



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT PELAKSANA
DENGAN PELAKSANAAN PERILAKU *CARING*
MENURUT PERSEPSI KLIEN DI IRNA LANTAI
JANTUNG RUMAH SAKIT HUSADA JAKARTA**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Oleh :

**Enni Juliani
0706194671**

**PROGRAM PASCASARJANA ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2009**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis

Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2009

Pembimbing I

Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc.

Pembimbing II

Rr. Tutik Sri H, S.Kp, MARS

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis

Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2009

Pembimbing I

Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc.

Pembimbing II

Rr. Tutik Sri H, S.Kp, MARS

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS

Depok, 16 Juli 2009

Ketua,

(Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc)

Anggota:

(Rr. Tutik Sri H, S.Kp., MARS)

(Debbie Dahlia, S.Kp., MHSM)

(Anwar Kurniadi, S.Kp., M.Kep)

**PROGRAM PASCASARJANA
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2009
Enni Juliani

Hubungan Beban Kerja dengan Pelaksanaan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Klien di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta.

xiii + 111 halaman + 16 tabel + 3 skema + 8 lampiran

Abstrak

Beban kerja yang tinggi pada perawat pelaksana dapat menyebabkan keletihan, kelelahan yang berakibat pada menurunnya perilaku *caring*, yang dapat dilihat dari hilangnya empati dan respon kepada klien, kemunduran dalam penampilan kerja. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan beban kerja perawat pelaksana dan pelaksanaan perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh klien di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta. Penelitian ini merupakan jenis deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yang melibatkan 24 perawat pelaksana dan 24 klien di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada. Instrumen yang digunakan dalam penelitian berupa kuesioner dan observasi. Hasil analisis univariat menunjukkan klien mempersepsikan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan kategori rendah yaitu 54,2%. Beban kerja lebih dari standar waktu optimum produktif (80%) terutama pada *shift* pagi 95,13% diikuti *shift* sore 93,45% dan *shift* malam 71,58% serta rata-rata dari ketiga *shift* ini adalah 86,2%. Tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik klien dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana. Hasil uji t independen menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana (p value 0,004). Implikasi dari penelitian ini adalah sebagai masukan bagi manajemen keperawatan rumah sakit Husada untuk mengkaji kembali ketenagaan perawat pelaksana baik secara kuantitatif maupun kualitatif, sistem atau metode penugasan. Menempatkan *caring* menjadi inti dari praktik keperawatan dengan terus meningkatkan pengajaran dan sosialisasi konsep *caring* dalam praktek keperawatan melalui pelatihan-pelatihan kepada perawat yang memberi pelayanan keperawatan kepada klien.

Kata Kunci: Beban kerja, perilaku *caring*, perawat, persepsi klien
Daftar Pustaka: 63 (1988-2008)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT
POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING**

Thesis, July 2009
Enni Juliani

The Relationship Between Workload and Caring Behavior of Staff Nurse Based on the Clients` Perception in Cardiology in Client Department Husada Hospital Jakarta

xiii + 111 pages + 16 tables + 3 figures + 8 appendices

Abstract

*High workload in staff nurse would have stimulated their fatigue and engendered loss of empathy, inadequate caring behavior, and poor work performance. Caring behavior was indispensable and central part of the nursing practice. **The aim** of this study was to recognize the relationship between staff nurses` workload and their caring behavior practice based on the clients` perception in Cardiology in client department Husada Hospital Jakarta. The research was a descriptive correlation study with cross sectional approach. The samples were 24 staff nurses and 24 clients in Cardiology in client department, Husada Hospital Jakarta. The research instrument were a questionnaire and an observation sheet. **The result** showed that client`s perception on staff nurses` caring behavior were low (54,2%). Meanwhile, the work load more than productive optimum standart (80%): the workload of day shift nurses was higher (95,13%) than evening shift (93,45%) and night shift (71,58%). The average workload was 86,2%. From the statistical analysis demonstrated that were was a significance relationship between staf nurses` workload and their caring behavior practice based on the clients` perception in cardiology in client department Husada Hospital Jakarta (p value=0.004, α =0.05). Meanwhile, characteristic respondents had no relationship with the clients` perception on the application of caring behavior among nurses. It could be inferred there was no interaction among confounding factors and only staff nurses` workload brought about their caring behavior practice in cardiology in client department Husada Hospital Jakarta. It was recommended yhat the hospital management should appraised the nursing workforce quantitatively and qualitatively. It was also suggested that caring behavior should be put into the core of nursing practice by way of caring concept couching and socialization continuously to the staff nurses.*

Keyword : caring behavior, workload, staff nurse, client`s perception
Reference : 63 (1988-2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan ke Hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas segala berkat dan kasihNya sehingga penyusunan tesis dengan judul penelitian “Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana Dengan Pelaksanaan Perilaku *Caring* Menurut Persepsi Klien di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta” dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari dalam menyusun tesis ini, peneliti telah dibimbing dengan baik oleh para dosen pembimbing dan mendapat banyak dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu sebagai bentuk rasa syukur, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dr. P. Setyabudi Tjokro Widodo, MMR selaku Direktur Utama Rumah Sakit Husada Jakarta bersama staff yang telah mendukung dan memberi ijin pelaksanaan penelitian.
4. DR. Ratna Sitorus, S.Kp, M.App. Sc. sebagai pembimbing I, yang dengan sabar memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai pengarahan, sharing, dan usul/saran.
5. Ibu Rr Tutik Sri H, S.Kp, MARS. sebagai pembimbing II, yang juga dengan sabar memberikan berbagai bimbingan ilmiah melalui pengarahan, sharing dan usul/saran.

6. Keluarga, terutama suami dan anak-anakku tercinta yang selalu mendukung dalam doa dan perhatian.
7. Seluruh rekan-rekan mahasiswa pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
8. Seluruh responden (perawat dan klien) ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah banyak memberi bantuan dalam penyusunan tesis ini.

Tesis ini masih jauh dari sempurna, peneliti mohon masukan dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Jakarta, Juli 2009

Peneliti

DAFTAR ISI

| | Hal |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN | ii |
| ABSTRAK | iv |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | x |
| DAFTAR SKEMA | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| | |
| BAB I : PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 10 |
| C. Tujuan Penelitian | 11 |
| D. Manfaat Penelitian | 12 |
| | |
| BAB II : TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep <i>Caring</i> | 13 |
| B. Kosep Beban Kerja | 29 |
| C. Karakteristik Klien Sebagai Individu | 46 |
| D. Kerangka Pikir Teoritis | 51 |
| | |
| BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFENISI OPERASIONAL | |
| A. Kerangka Konsep Penelitian | 53 |
| B. Hipotesis | 55 |
| C. Definisi Operasional | 55 |
| | |
| BAB IV : METODE PENELITIAN | |
| A. Desain Penelitian | 58 |
| B. Populasi dan Sampel | 58 |
| C. Tempat Penelitian | 61 |
| D. Waktu Penelitian | 62 |
| E. Etika Penelitian | 62 |
| F. Alat pengumpulan data | 63 |
| G. Prosedur Pengumpulan Data | 69 |
| H. Analisis Data | 72 |
| | |
| BAB V : HASIL PENELITIAN | |
| A. Hasil Analisis Univariat | 77 |
| B. Hasil Analisis Bivariat | 81 |
| C. Hasil Analisis Multivariat | 84 |

| | |
|--|------------|
| BAB VI : PEMBAHASAN | |
| A. Interpretasi dan Diskusi Hasil | 89 |
| B. Keterbatasa Penelitian | 105 |
| C. Implikasi Terhadap Pelayanan dan Penelitian | 106 |
| BABB VII : KESIMPULAN DAN SARAN | 108 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN-LAMPIRAN | |



DAFTAR TABEL

| | | |
|-----|---|----|
| 2.1 | Lima kategori karatif yang berhubungan dengan Intervensi karatif dari teori Watson (<i>Watson Theory</i>) | 25 |
| 2.2 | Subscala <i>caring</i> berdasarkan <i>Cronbach's alpa</i> (Cronin & Harrison, 1988) | 28 |
| 2.3 | Kebutuhan Waktu Untuk Pendidikan Kesehatan, Pengobatan dan Tindakan Untuk Tiap Shift | 35 |
| 2.4 | Format Observasi Kegiatan Keperawatan (Formulir <i>work sampling</i>) | 42 |
| 2.5 | Format Observasi Kegiatan Keperawatan (Formulir <i>continous sampling</i>) .. | 44 |
| 3.1 | Defenisi Operasional | 56 |
| 4.1 | Uji Statistik Pada Analisa Univariat | 75 |
| 4.2 | Uji Statistik Pada Analisa Bivariat | 75 |
| 5.1 | Distribusi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan Di Rumah Sakit Husada, Mei 2009 (n = 24) | 78 |
| 5.2 | Distribusi Responden Menurut Persepsi Klien Terhadap Pelaksanaan Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana Di Irna Lantai Jantung RS Husada, Mei 2009 (n = 24) | 79 |
| 5.3 | Analisis Beban Kerja Perawat Pelaksana (dalam menit) Berdasarkan <i>Shift</i> dan Jenis Kegiatan Keperawatan di Irna Lantai Jantung RS Husada, Mei 2009 (n = 24) | 80 |
| 5.4 | Analisis Hubungan Karakteristik Klien (Umur, Jenis kelamin, Pendidikan, Lama Hari Dirawat dan Frekuensi Pernah Dirawat) Dengan Persepsi Klien Terhadap Pelaksanaan Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana Di Irna Lantai Jantung RS Husada, Mei 2009 (n = 24) | 82 |
| 5.5 | Analisis Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana Dengan Pelaksanaan Perilaku <i>Caring</i> Di Irna Lantai Jantung RS Husada, Mei 2009 (n = 24) | 84 |
| 5.6 | Nilai p dari Analisis Bivariat Untuk Kandidat Model Pada Variabel Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Lama Hari Dirawat dan Beban Kerja Pada <i>Shift</i> Pagi Dengan Perilaku <i>Caring</i> di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta, Mei 2009 | 85 |

| | |
|---|----|
| 5.7 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Pada Variabel Beban Kerja, Pendidikan, Lama Hari Dirawat dan Variabel Interaksinya Dengan Pelaksanaan Perilaku <i>Caring</i> Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta, Mei 2009 | 86 |
| 5.8 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Pada Variabel Beban Kerja dan Konfounding (Pendidikan dan Lama Hari Dirawat) dengan Pelaksanaan Perilaku <i>Caring</i> Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta, Mei 2009 | 87 |



TABEL SKEMA

| | | |
|------|--|----|
| 2.1 | Diagram Skematis Beban Kerja dan Perilaku <i>Caring</i> | 52 |
| 3.1 | Kerangka Konsep Penelitian | 54 |
| 4.1. | Prosedur Teknis Pengumpulan Data Dengan Cara <i>Work Sampling</i> .. | 72 |



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1a : Surat permohonan ijin penelitian
- Lampiran 1b : Lembar penjelasan tentang penelitian (Perawat)
- Lampiran 1c : Lembar penjelasan tentang penelitian (Klien)
- Lampiran 2 : Lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 3 : Kuesioner perilaku *caring* perawat pelaksana
- Lampiran 4 : Kisi-kisi kuesioner perilaku *caring*
- Lampiran 5 : Lembar observasi kegiatan perawat pelaksana
- Lampiran 5a : Formulir A1 (Daftar kegiatan keperawatan langsung)
- Lampiran 5b : Formulir A2 (Daftar kegiatan keperawatan tidak langsung)
- Lampiran 5c : Formulir A3 (Daftar kegiatan non keperawatan)
- Lampiran 6 : Lembar rekap waktu hasil pengamatan
- Lampiran 7 : Jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 8 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan masyarakat yang padat modal, padat teknologi dan padat karya yang dalam pekerjaan sehari-hari melibatkan sumber daya manusia dengan berbagai jenis keahlian. Jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan sangat bergantung pada kapasitas dan kualitas tenaga di institusi pelayanan kesehatan terutama Rumah Sakit (Djojosingito, 2000). Sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan, rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan dalam penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan, baik rawat inap maupun rawat jalan (Kep.Men. Kes RI No. 228/Men.Kes/SK/III/2002).

Bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan dan pelayanan di rumah sakit tidak mungkin dapat dilaksanakan tanpa pelayanan keperawatan karena tenaga keperawatan merupakan tulang punggung rumah sakit yang bekerja selama 24 jam penuh dalam sehari. Sebagai tenaga kesehatan maka perawat dalam melaksanakan tugasnya berwajib untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak klien seperti yang dinyatakan pada UU.NO.23 tahun 1992 Psl.53 (2).

Pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat sangat mempengaruhi mutu asuhan keperawatan yang akan diterima oleh klien. Mutu pelayanan keperawatan diukur dari kepuasan klien karena pelayanan kesehatan yang terbesar adalah pelayanan keperawatan (Mahon, 1996; Obsert, 1984 dalam Wolf, 2003). Lebih lanjut disebutkan kepuasan klien pada pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan indikator penting terhadap mutu, pelayanan yang diberikan (Jointer, 1996; Niles et al, 1996 dalam Wolf, 2003).

Dari beberapa *survey* kepuasan pelanggan rumah sakit kebanyakan keluhan menyangkut tentang petugas termasuk perawat, disebutkan tidak profesional dalam memberikan pelayanannya, perawat tidak ramah, tidak peduli dan kurang kompeten, dalam menjalankan pelayanan terhadap pasien dan keluarga (Hakim, 2007). Sementara saat ini kepuasan pelanggan adalah inti dari pemasaran modern yang berorientasi kepada pelanggan (*customer*).

Tingkat kepuasan dapat berubah dari waktu ke waktu, namun apabila kepuasan pelanggan terpenuhi, mereka akan tetap datang mengunjungi dan membeli pelayanan yang ditawarkan (*repeat buying*). Bagaimanapun pelayanan yang memuaskan/berkualitas akan membentuk loyalitas pelanggan dan karena kepuasan sangat erat hubungannya dengan "*word of mouth*" (ungkapan dengan perkataan), maka pelayanan yang memuaskan tersebut juga akan mendatangkan pelanggan baru.

Oleh karena itu untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas maka perawat perlu berorientasi pada *outcome* klien yang lebih baik (Bellato &

Pereira, 2004). Perawat dapat meningkatkan pelayanan asuhan keperawatannya dengan cara memberikan pelayanan yang prima (*service excellent*) kepada para pelanggan/*costumernya*.

Pelayana prima (*service excellent*) adalah *going the extra mile* berarti pelayanan yang diterima pelanggan/customer baik internal maupun eksternal melebihi dari apa yang diharapkan pada saat mereka membutuhkan dan dengan cara yang mereka inginkan (Armbusten, et al, 2002). Salah satu bentuk untuk mencapai pelayanan yang prima adalah perawat menunjukkan sikap atau berperilaku *caring* dalam praktik pelayanan keperawatannya.

Caring merupakan pengetahuan kemanusiaan, inti dari praktik keperawatan yang bersifat etik dan filsafat. Esensi keperawatan yg didasarkan pada nilai-nilai kebaikan, perhatian, kasih terhadap diri sendiri & orang lain serta menghormati dimensi spiritual seseorang (Watson, 1988 dalam Tomey, 1994). Lebih lanjut Tomey (1994) menyebutkan *caring* bukan semata-mata perilaku tetapi *caring* juga adalah cara yang memiliki makna dan memotivasi tindakan. Sedangkan Curruth, et al, (1999), mendefinisikan *caring* sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan perhatian emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien. Sikap ini diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. Perilaku *caring* perawat akan menolong klien meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial.

Namun tidak jarang dalam praktik memberikan asuhan keperawatan perilaku *caring* menjadi sesuatu yang tidak penting dilakukan oleh perawat. Hal ini

biasanya terjadi dengan alasan perawat sudah terlalu capek, lelah, letih karena banyaknya tugas atau kegiatan yang harus dilakukan perawat dan beban kerja akan semakin berat bila klien yang menjadi tanggung jawabnya memerlukan tindakan keperawatan yang lebih sering (Gillies, 1996).

Menurut Tappen (1998 dalam Prayetni, 2001) perawat yang mengalami kelelahan kerja akan menunjukkan hilangnya simpati dan respon terhadap klien, selain itu akan menyebabkan kemunduran dalam penampilan kerja. Hal serupa disampaikan Prayetni (2001) dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kelelahan kerja perawat dengan hasil 82,89 % perawat mengalami kelelahan kerja tahap II (perasaan tidak ada harapan dan bosan terhadap tugas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan kelelahan tahap III (perilaku perawat memisahkan diri dari rekan kerja selama memberikan asuhan keperawatan). Sedangkan 11,8 % mengalami kelelahan kerja tahap IV (perilaku perawat yang di tunjukan melalui absensi, harga diri rendah, sinis dan berpikir negatif. Lebih lanjut disebutkan oleh Nelson (1992) dalam Prayetni (2001) mengatakan bahwa perawat yang telah mengalami kelelahan kerja berakibat *caring* akan berhenti.

Hal ini juga digambarkan oleh Moore, et al (2003 dalam Ronald & Burke, 2003) study mereka pada asuhan keperawatan akut dan Armstrong-Stassen (2003 dalam Ronald & Burke, 2003) dalam studynya terhadap kelelahan pada perawat, menyebutkan bahwa beban kerja pada perawat merupakan bagian yang paling bermakna untuk memprediksi adanya kesehatan mental yang negatif pada perawat, stress, kurangnya kepuasan kerja, keletihan dan kelelahan. Sobirin

(2006), melaporkan beban kerja perawat merupakan variabel utama yang mempengaruhi perawat ber *perilaku caring* dengan $p=0,000$; $n = 40$ hasil penelitian merupakan persepsi dari perawat pelaksana.

Ilyas (2004) mengatakan beban kerja perawat yang tinggi dapat menyebabkan keletihan, kelelahan. Lebih lanjut Ilyas menyebutkan keletihan, kelelahan perawat terjadi bila perawat bekerja lebih dari 80% dari waktu kerja mereka. Dengan kata lain waktu produktif perawat adalah kurang lebih 80%, jika lebih maka beban kerja perawat dikatakan tinggi atau tidak sesuai dan perlu dipertimbangkan untuk menambah jumlah tenaga perawat di ruang perawatan tersebut.

Marquis dan Houston (2000) mendefinisikan beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja (*work load*) biasanya diartikan sebagai *patient days* yang merujuk pada jumlah prosedur, pemeriksaan kunjungan (*visite*) pada klien. Untuk memperkirakan beban kerja perawat pada sebuah unit, manajer harus mengumpulkan data tentang jumlah klien yang masuk pada unit itu setiap hari/bulan/tahun, kondisi atau tingkat ketergantungan klien di unit tersebut, rata-rata hari perawatan, jenis tindakan yang dibutuhkan klien, frekuensi masing-masing tindakan keperawatan yang dilakukan, rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk memberi tindakan keperawatan, Gillies (1996).

Oleh karena itu peran seorang manager untuk mengukur beban kerja perawat sangatlah penting karena dengan mengukur beban kerja perawat maka akan

dapat memprediksi jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan dalam setiap *shift*nya (Wolf, et al, 1998).

Rumah Sakit Husada merupakan rumah sakit tipe A milik Swasta berada di tengah pusat Jakarta, memiliki visi memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang unggul berdasarkan cinta kasih, sedangkan misinya adalah memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang unggul. (Bidang Keperawatan RS Husada, 2008). Hasil studi dokumentasi di bagian rekam medik RS Husada bahwa berdasarkan data periode Januari - Desember 2008 didapatkan BOR RS 55,77 %, standar nasional adalah 60-80% (Wijono, 1997) artinya BOR rumah sakit Husada masih dibawah standar. Dengan ALOS RS 5,42 hari. TOI RS rata-rata 4,38 hari, BTO 3,14 kali. Saat ini RS Husada telah memiliki tenaga perawatan 564 orang terdiri dari SPR/SPK 82, D III Keperawatan 452, DIII Kebidanan 12, S1 Kep. 8, Bidan 12, S1 Kesmas. 2, S1 lain 8).

Hasil wawancara dengan kepala divisi keperawatan diketahui bahwa untuk jumlah tenaga yang disediakan disetting untuk BOR RS 55%, dengan alasan bahwa rata-rata BOR RS Husada adalah berkisar kurang lebih 55%, sehingga bila BOR RS atau BOR ruangan sudah lebih dari 55% biasanya perawat akan merasakan beban kerja berat. Laporan residensi Hermansyah (2005) menyebutkan beban kerja perawat di rumah sakit Husada terlalu tinggi karena kuantitas dan kualitas tenaga yang dibutuhkan belum sesuai dengan kebutuhan.

Sedangkan laporan Setiasih (2006) dalam risetnya di rumah sakit Husada Jakarta menyimpulkan klien di rumah sakit Husada kurang puas dengan sikap *caring*

perawat, kompetensi perawat, komunikasi, penjelasan kondisi dan perawatan diri yang diberikan perawat, sikap respek perawat, kesesuaian antara tindakan medis dan asuhan keperawatan (n perawat = 92; n klien = 138).

Instalasi rawat inap (Irna) lantai Jantung rumah sakit Husada merupakan ruang perawatan dewasa untuk penyakit bedah dan dalam dengan kapasitas 42 tempat tidur, jumlah perawat 30 orang yaitu 1 orang kepala ruangan, 1 orang wakil kepala ruangan dan 3 orang CI (*clinical instructor*) serta 25 orang perawat pelaksana. Tingkat pendidikan DIII keperawatan 29 orang dan SPK 1 orang. Berdasarkan data periode Januari-Desember 2008, irna lantai Jantung memiliki BOR rata-rata 66.06% ; AvLOs 5,18 ; TOI 4,38 ; BTO 3,1. Penyakit terbanyak DHE, gastroenteritis dan angka kematian terbanyak adalah kasus CVD (Rekam Medik RS Husada, 2008). Formasi jumlah tenaga perawat pelaksana adalah 6 - 7 orang dinas pagi, 5 - 6 orang dinas sore dan 3 orang dinas malam, sisanya cuti, izin dan libur. Hal ini berarti *ratio* perawat klien di lantai jantung berkisar 1 : 4,6 – 5,6. Keadaan seperti ini berpotensi besar terhadap beratnya beban kerja perawat pelaksana.

Hasil wawancara dengan kepala ruangan diketahui klasifikasi atau tingkat ketergantungan klien di irna lantai Jantung beragam mulai dari mandiri (*self care*) hingga bantuan penuh (*total care*). Berdasarkan pencatatan rata-rata jumlah klien dengan tingkat ketergantungan/ klasifikasi mandiri (*self care*) adalah 14,3% ; *partial care* sebanyak 50% dan bantuan penuh (*total care*) sebanyak 35,7%.

Dari hasil observasi penulis saat melakukan residen (2008) waktu kontak perawat dengan klien sedikit disebabkan karena tingginya beban kerja termasuk kegiatan keperawatan yang tidak langsung kepada klien, seperti membuat formulir pemeriksaan laboratorium, mengecek obat, menyusun rencana keperawatan pada status atau catatan keperawatan klien, mengambil hasil foto rontgen dan sebagainya sehingga jelas kegiatan seperti ini akan mengurangi waktu kontak perawat dengan klien menjadi lebih sedikit. Tidak jarang perawat *shift* pagi harus pulang pada pukul 15.00 WIB bahkan lebih jika kegiatan terlalu banyak padahal waktu tugas mereka adalah sampai pukul 14.00 WIB.

Hal ini diakui oleh 5 orang perawat pelaksana berdasarkan hasil wawancara pada dasarnya mereka selalu berupaya untuk dapat memberikan asuhan keperawatan secara maksimal kepada klien dan mencoba berperilaku *caring* dengan bersikap ramah, sopan, menghargai klien dan keluarga klien. Namun mereka juga mengakui bila aktivitas atau kegiatan di ruangan/di bangsal cukup banyak bisa saja saat klien banyak atau tidak, mereka merasa lelah dan biasanya sensitif dan hal ini dapat tercermin dari ekspresi non verbal perawat yang seolah-olah tidak ramah dan kurang dapat melaksanakan perilaku *caring* lainnya. Kesibukan terjadi tidak saja ketika jumlah klien di ruangan banyak tetapi dapat juga karena kondisi / tingkat ketergantungan klien tinggi (*partial* hingga *total care*).

Kondisi ini berpotensi terhadap penurunan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit Husada. Pihak manajemen keperawatan pada dasarnya sudah mencoba untuk mengatasi ini dengan melakukan rotasi tenaga keperawatan,

rekrutmen perawat baru pada bulan agustus 2008, namun sejauh ini penanganan masalah ini belum menunjukkan hasil yang maksimal. Hal ini dibuktikan oleh laporan hasil residensi Juliani (2008), diperoleh data berdasarkan hasil kuesioner bahwa 77 % kepala ruangan menyatakan beban kerja yang harus dilakukan cukup tinggi dan 69,6% perawat pelaksana menyatakan bahwa beban kerja mereka masih tinggi.

Hasil wawancara dengan manajer SDM dan Diklat keperawatan rumah sakit Husada saat peneliti melaksanakan residen Desember 2009 diperoleh data bahwa evaluasi terhadap kepuasan klien berdasarkan angket yang diisi oleh klien pulang masih ditemukan adanya pernyataan bahwa perawat tidak ramah, tidak mudah tanggap dan komunikasi masih kurang.

Memperhatikan hasil penelitian dan gambaran atau kondisi yang terjadi di irna lantai Jantung rumah sakit Husada tergambar penerapan perilaku *caring* perawat masih kurang dilaksanakan dengan alasan capek, lelah (beban kerja berat) , selain itu peneliti belum menemukan adanya penelitian tentang hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* yang akan dipersepsikan oleh klien. Oleh karena itu peneliti tertarik ingin mengetahui beban kerja perawat pelaksana dan pelaksanaan perilaku *caring* di ruang rawat inap lantai Jantung rumah sakit Husada Jakarta.

Dalam mengukur beban kerja perawat penulis mengacu pada pengukuran terhadap aktivitas atau kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan non keperawatan (Situmorang, 1994) yang selanjutnya

dikelompokkan menjadi kegiatan produktif dan kegiatan non produktif dan variabel ini merupakan variabel independen. Sedangkan menilai pelaksanaan perilaku *caring* mengacu pada 7 faktor karatif yang berhubungan dengan 10 karatif perilaku *caring* yang dikemukakan Jean Watson (Cronin & Harrison, 1988) dan disebut sebagai variabel dependen. Penilaian pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana akan dilakukan berdasarkan persepsi klien sebagai objek yang mendapatkan perilaku *caring* perawat selama mendapatkan pelayanan keperawatan di irna lantai Jantung rumah sakit Husada Jakarta.

B. Perumusan Masalah

Kualitas pelayanan keperawatan suatu rumah sakit dapat dinilai dari kepuasan klien selama dirawat dan yang pernah dirawat. (Wijono, 2003). Perawat sebagai "*caring profession*" harus berupaya untuk menjaga dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sekalipun dengan beban kerja yang berat dengan tetap memperhatikan aspek *caring* dan menerapkannya dalam kegiatan asuhan keperawatan kepada klien demi tercapainya tingkat kepuasan klien yang optimal.

Ketidakpuasan klien terhadap sikap *caring* perawat selama dirawat mengindikasikan terhadap penurunan mutu pelayanan keperawatan di irna lantai Jantung khususnya dan rumah sakit Husada secara umum. Hal ini didukung oleh BOR rumah sakit yang berada dibawah standar (BOR = 55,77 %). Kondisi ini berpotensi buruk terhadap perkembangan dan eksistensi pelayanan kesehatan di rumah sakit Husada.

Berdasarkan fenomena tersebut di atas maka dapat dirumuskan masalah penelitian ini adalah hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan penerapan perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh klien di irna lantai Jantung rumah sakit Husada Jakarta.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan penerapan perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh klien di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta.

2. Tujuan Khusus

Diketuinya:

- a. Beban kerja perawat pelaksana di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta.
- b. Pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta.
- c. Karakteristik klien (responden) yang dirawat di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta.
- d. Hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta.
- e. Hubungan karakteristik klien dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta.
- f. Variabel yang paling berhubungan dengan pelaksanaan perilaku *caring* di irna lantai Jantung RS Husada Jakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Bidang Keperawatan

Sebagai masukan berarti bagi bidang keperawatan untuk melihat ketepatan dalam menentukan kebutuhan tenaga keperawatan dikaitkan beban kerja di ruang rawat inap rumah sakit Husada.

2. Untuk Kepala Ruangan Lantai Jantung

Dapat melihat apakah perilaku *caring* perawat pelaksana dipengaruhi oleh beban kerja yang terlalu tinggi dan menjadi acuan untuk mempertimbangkan, menganalisis dan memperhitungkan ketenagaan yang sesuai baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

3. Untuk Perawat Pelaksana

Dapat mengetahui apakah beban kerja berhubungan dengan pelaksanaan perilaku *caring* mereka dan semakin dapat menilai apa yang menjadi harapan klien selama masa perawatan mereka dari perilaku *caring* perawat pelaksana.

4. Untuk Peneliti

Meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh klien dan mendapatkan pengalaman baru yang sangat berharga dalam menambah wawasan keilmuan tentang beban kerja dan hubungannya dengan perilaku *caring* perawat pelaksana.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan teori *caring* dan beban kerja (*workload*) dimana dua konsep teori ini akan menjadi pedoman dalam penelitian ini.

A. Kosep Caring

Florence Nightingale mempublikasikan teori keperawatannya pada tahun 1860, ia merefleksikan sebuah *filosofi caring*, dimana *caring* menyangkut bentuk moral dalam keperawatan. Sejak munculnya keperawatan modern, *caring* merupakan inti atau fokus dalam pelayanan keperawatan. *Theory of Human Caring* Jean Watson menekankan dimensi moral dan etik pada *caring*. Ia mendasari teori *caring* dan *human care* pada asumsi bahwa kesehatan menunjuk pada keserasian atau keselarasan pikiran, tubuh dan roh/jiwa sebagai kesatuan yang utuh dan diekspresikan oleh kecocokan atau kesesuaian antara apa yang dimengerti dan bagaimana pengalaman yang dialami (Kim and Kollak, 1999 dalam Peery, 2006).

1. Pengertian

Teori keperawatan yang diterbitkan oleh Watson (1979), *The Phylosophy and Science of Caring* dalam George (1990), menyatakan *caring* adalah suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan melalui genetika, tetapi dipelajari melalui pendidikan sebagai budaya profesi. Selanjutnya Watson

(1979, dalam Fitz Patrick dan Whall, 1989), menjelaskan bahwa dalam konteks keperawatan *caring* bukan merupakan suatu hal yang unik tetapi *caring* merupakan suatu bentuk pendekatan seni dan ilmu dalam merawat klien yang merupakan sentral praktik perawat.

Watson (2004), menyatakan *caring* adalah esensi dari keperawatan dan merupakan fokus serta sentral dari praktik keperawatan yang dilandaskan pada nilai-nilai kebaikan, perhatian, kasih terhadap diri sendiri dan orang lain serta menghormati keyakinan spiritual klien. Watson juga membedakan dengan jelas antara *curing* dengan *caring*. *Curing* adalah domain yang digunakan oleh dokter dalam intervensi penyaki. *Caring* adalah domain yang digunakan perawat untuk intervensi keperawatan.

Menurut Leininger (1997, dalam Watson, 2004), perilaku *caring* dapat terlihat pada perawat antara lain, memberi rasa nyaman, perhatian, kasih sayang, peduli, pemeliharaan kesehatan, memberi dorongan, empati, minat, cinta, percaya, melindungi, kehadiran, mendukung, memberi sentuhan dan siap membantu serta mengunjungi klien. Selanjutnya menurut Leininger (1979, dalam Lea, Watson dan Deary, 1998) karakteristik *caring* dibagi menjadi tiga, yaitu: *Profesional caring*, yaitu perwujudan kemampuan *kognitif* dimana perawat bertindak terhadap respon yang ditunjukkan klien berdasarkan ilmu, sikap dan ketrampilan profesional sehingga dalam memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan klien. *Scientific caring*, adalah segala keputusan dan tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki perawat. *Humanistic caring*, adalah proses bantuan kepada

orang lain yang bersifat kreatif *intuitif/kognitif* yang didasarkan pada filosofis *fenomenologic* yaitu menghargai martabat manusia. Meleis (1997), *caring* adalah pertimbangan pribadi, psikologis, perspektif budaya, manifestasi perasaan empati, dedikasi dan intervensi terapeutik kepada klien.

Dengan demikian dapat disimpulkan *caring* bukanlah sesuatu yang baru dan unik karena sudah ada sejak jaman Florence Nightingale dan tidak diturunkan melalui *genetic* tetapi dapat dipelajari melalui budaya profesi. *Caring* merupakan perilaku profesional perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan kemampuan intelektual, teknikal yang diberikan kepada klien, keluarga dan masyarakat dengan penuh perhatian, peduli, ramah, santun, komunikasi terapeutik serta selalu siap sedia untuk memberikan yang terbaik untuk klien.

Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam menentukan kualitas pelayanan keperawatan dan citra rumah sakit karena 90% pelayanan kesehatan di rumah sakit diberikan oleh perawat (Huber, 1996). Perawat harus ahli dalam menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, perencanaan, tindakan hingga evaluasi dalam praktik keperawatan untuk menerapkan *caring* (De Wit, 2005). Lebih lanjut Gadow (1990) menyebutkan apabila perawat ingin menempatkan *caring* sebagai inti dalam praktik keperawatan maka harus berjuang secara terus menerus mengajarkan dan mensosialisasikan konsep *caring* dalam praktik keperawatan/pelatihan kesehatan kepada semua masyarakat

Perilaku *caring* akan dipersepsikan berbeda-beda pada setiap klien atau lingkungan tempat dimana klien mendapatkan pelayanan keperawatan. Hasil riset Kimble (2003), tentang persepsi klien terhadap perilaku *caring* perawat di Unit Gawat Darurat untuk kategori karatif *humanistic/ Faithhope/ sensitivity* disebut yang dimaksud perilaku *caring* oleh klien apabila perawat menjawab pertanyaan dengan cepat, mengetahui apa yang mereka (perawat) lakukan. Sikap *caring* yang lain adalah perawat tahu menggunakan alat-alat, perawat tahu cara injeksi, mengganti balutan, benar-benar mendengarkan ketika klien berbicara. Memberi obat nyeri ketika klien kesakitan, memberikan informasi kepada keluarga klien tentang perkembangan klien juga disebutkan sebagai perilaku *caring* dalam riset ini.

Namun dalam memberikan pelayanan keperawatan klien dan perawatan klien dapat merupakan *stressor* bagi perawat. Hal ini bisa saja terjadi karena perawatan yang terlalu lama, klien dengan penyakit kronik, klien lansia, klien yang akan meninggal klien yang tidak mengalami kemajuan dalam perawatan atau pengobatan, klien yang perilakunya/kebiasaannya tidak bisa diterima dan klien yang tidak dapat berkomunikasi. Bagaimanapun stress adalah sangat individual dan stress pada seseorang belum tentu stress bagi orang lain. Ketika seseorang sudah banyak memberi atau melakukan sesuatu dan menerima sangat sedikit dari apa yang sudah ia lakukan, stress terakumulasi maka terjadilah kelelahan (*burnout*), Schaufeli & Enzmann (1998 dalam Peery, 2006).

Disebutkan bahwa stress dan kelelahan merupakan alasan perawat meninggalkan profesinya (Chung & Corbett, 1998; Gray-Toft and Aderson, 1981; Kennedy & Barloon, 1997; Walls & Dolan, 1998 dalam Wolf, 1998). Riset terhadap stress dan kelelahan tradisinya berfokus pada tugas yang berhubungan dengan variable beban kerja (*workload*), *caring* terhadap penyakit kritis dan terminal, persiapan yang tidak adekuat, kurangnya support staff, konflik dengan perawat lain, supervisor dan dokter (Gray-Toft and Aderson (1981 dalam Wolf, 2003). Semua kondisi diatas dapat mengakibatkan kepuasan klien tidak terpenuhi dan mengindikasikan kualitas / mutu pelayanan keperawatan rendah.

2. *Caring* Menurut Watson

Kepuasan klien (*patient satisfaction*) diartikan sebagai opini atau pendapat klien terhadap pelayanan yang diterima dari tenaga keperawatan yang bekerja dan merupakan kriteria hasil dari pelayanan keperawatan Hinshaw & Atwood (1981 dalam Wolf, 1998). Oleh karena itu Watson menekankan agar sepuluh faktor karatif dalam berperilaku *caring* harus tercermin dalam memberikan asuhan keperawatan (Watson, 1988; Tomey, 1994; Fitpatrick dan Whall, 1989; Chitty, 1997; Nurachmah, 2001, Hermansyah, 2004). Kesepuluh karatif dijelaskan sebagai berikut:

a) Pembentukan sistem nilai *humanistic* dan *altruistik*.

Hal ini sesuai dengan pandangan Watson (1998) tentang manusia yaitu individu merupakan totalitas dari bagian-bagian memiliki harga diri didalam dan dari dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan,

dipahami dan kebutuhan untuk dibimbing. Disamping itu lingkungan (perawat) yang memiliki sifat *caring* dapat meningkatkan dan membangun potensi seseorang untuk membuat pilihan tindakan terbaik bagi dirinya (Tomey, 1994; George, 1990).

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan pengertian *humanistic and altruistik* adalah memanggil nama klien dengan nama yang paling disukai, memenuhi dan merespon panggilan klien dengan segera, menghormati dan melindungi *privacy* klien, menghargai dan menghormati pendapat dan keputusan klien, menghargai dan mengakui sistem nilai klien, melakukan pengakuan terhadap kebutuhan klien. Perilaku ini dilakukan perawat saat pengkajian, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

b) Menanamkan sikap penuh pengharapan (*Faith hope*).

Dapat dilakukan dengan cara memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Di samping itu, perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan dan membantu memahami alternatif terapi yang diberikan, memberi keyakinan akan adanya kekuatan penyembuhan atau kekuatan spiritual dan penuh pengharapan (Tomey, 1994; George, 1995).

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan pengertian *faith hope* adalah memberi motivasi kepada klien untuk terus berusaha mencari pengobatan dan perawatan, melaksanakan perawatan dengan kepedulian

yang tinggi, menganjurkan klien untuk terus berdoa demi kesembuhannya, menunjukkan sikap yang hangat, kesan mendalam pada klien.

c) Menumbuhkan sensitifitas terhadap diri dan orang lain.

Perawat harus bisa belajar menghargai kesensitifan dan perasaan kepada klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitif, murni, dan bersikap wajar pada orang lain karena penerimaan terhadap perasaan diri merupakan kualitas personal yang harus dimiliki perawat sebagai orang yang memberi bantuan kepada klien (Tomey, 1994; George, 1995).

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan pengertian menumbuhkan sensitifitas terhadap diri dan orang lain adalah menunjukkan sikap tenang dan sabar, menemani atau mendampingi klien, menawarkan bantuan dan memenuhi kebutuhan klien.

d) Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu.

Sikap ini merupakan hubungan saling menguntungkan dan sangat penting bagi terbentuknya transcultural *caring* atau bersikap *caring* antara perawat dan klien yang dapat meningkatkan penerimaan perwujudan perasaan baik positif maupun negatif. Hubungan ini menyangkut 3 hal yaitu: kecocokan yang meliputi kesesuaian dengan kenyataan, kejujuran, ketulusan (tidak minta imbalan) dan nyata: *non possessive warmth* ditunjukkan dengan bicara dengan volume suara rendah, rileks, sikap terbuka dan ekspresi wajah sesuai dengan komunikasi orang lain (Tomey, 1994; George, 1995).

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan pengertian mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu adalah mengucapkan salam dan memperkenalkan diri serta menyepakati dan menepati kontrak yang dibuat bersama, mempertahankan kontak mata, berbicara dengan suara lembut, posisi berhadapan, menjelaskan prosedur, mengorientasikan klien baru, melakukan terminasi. Perawat memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dialami klien.

- e) Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien.

Tujuan dari sikap ini adalah untuk menciptakan hubungan perawat-klien yang terbuka, saling menghargai perasaan dan pengalaman antara perawat, klien dan keluarga. Perawat harus memahami dan menerima pikiran dan perasaan baik positif ataupun negatif yang berbeda pada situasi berbeda.

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien adalah memberi kesempatan pada klien untuk mengekspresikan perasaannya, perawat mengungkapkan penerimaannya terhadap klien, mendorong klien untuk mengungkapkan harapannya, menjadi pendengar yang aktif.

- f) Menggunakan metode secara sistematis dalam penyelesaian masalah untuk pengambilan keputusan.

Perawat menggunakan metoda proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan dalam penyelesaian masalah dan mengambil keputusan secara

sistematis. Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan menggunakan metode secara sistematis dalam penyelesaian masalah untuk pengambilan keputusan adalah melakukan proses keperawatan sesuai masalah klien, memenuhi kebutuhan klien, melibatkan klien, menetapkan rencana keperawatan bersama dengan klien, melibatkan klien dan keluarga dalam setiap tindakan dan evaluasi tindakan.

g) Meningkatkan pembelajaran dan pengajaran interpersonal

Caring efektif bila dilakukan melalui hubungan interpersonal sehingga dapat memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien. Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan meningkatkan pembelajaran dan pengajaran interpersonal adalah menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pemberian pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan klien, menjelaskan keluhan secara rasional dan ilmiah, meyakinkan klien tentang kesiapan perawat untuk memberikan informasi.

h) Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, dan spritual yang mendukung.

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan kondisi penyakit klien.

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, dan spritual yang mendukung adalah menyetujui keinginan dan memfasilitasi klien untuk bertemu dengan pemuka agama dan menghadiri pertemuannya, bersedia mencarikan alamat

atau menghubungi keluarga yang ingin ditemui oleh klien, menyediakan tempat tidur yang selalu rapih dan bersih, menjaga kebersihan dan ketertiban ruang perawatan.

- i) Memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia

Perawat perlu mengenali kebutuhan komperhensif diri dan klien. Pemenuhan kebutuhan paling dasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat selanjutnya. Kebutuhan klien yang paling rendah adalah biofisikal misalnya makan, minum, eliminasi, dll. Kebutuhan aktualisasi yang tertinggi dari kebutuhan intra dan interpersonal.

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia adalah bersedia memenuhi kebutuhan ADL dengan tulus dan menyatakan perasaan bangga dapat menolong klien, menghargai dan menghormati *privacy* klien, menunjukkan kepada klien bahwa klien orang yang pantas dihormati dan dihargai.

- j) Mengijinkan untuk terbuka pada *eksistensial fenomenological* agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai.

Fenomenologi yaitu tentang data serta situasi yang membantu pemahaman klien terhadap fenomena. Psikologi *eksistensial* adalah keberadaan ilmu tentang manusia yang digunakan untuk menganalisis *fenomenologi*.

Watson mengatakan hal ini sulit dipahami dan yang termasuk dalam hal ini adalah pengalaman berpikir dan memfokuskan untuk pemahaman yang lebih baik tentang diri sendiri. (Tomey, 1994; George, 1995).

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan mengizinkan untuk terbuka pada *eksistensial fenomenological* agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai adalah memberi kesempatan kepada klien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual, memfasilitasi klien dan keluarga dalam keinginannya untuk melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya, memotivasi klien dan keluarga untuk berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, menyiapkan klien dan keluarga saat menghadapi fase berduka.

Kesepuluh faktor karatif ini perlu selalu dilakukan oleh perawat agar semua aspek dalam diri klien dapat tertangani sehingga asuhan keperawatan profesional dan bermutu dapat diwujudkan. Selain itu, melalui penerapan faktor karatif ini perawat juga dapat belajar untuk lebih memahami diri sebelum memahami orang lain.

3. Tujuan *caring*

Pada dasarnya tujuan *caring* adalah agar perilaku perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan dan menjaga/ mengabadikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain dalam proses penyembuhan penyakit, penderitaan dan keberadaannya

membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri dengan sentuhan kemanusiaan (Watson 2004).

4. Cara mengukur *caring*

- a. Watson dan Lea dalam Watson (2004) telah mengembangkan *Caring Dementia Inventory* (CDI) untuk meneliti perilaku perawat (perilaku *caring*), dengan 25 daftar dimensi *caring*. Semua item pada CDI mempunyai korelasi positif dengan item lainnya, kecuali CDI nomor 3 dan 16.
- b. Larson (1984 dalam Watson, 2004) dengan *Care Q (Caring assessement inventory)* untuk mempersepsikan perilaku *caring* perawat. Dilakukan pada dua sampel perawat profesional ($n = 57$ & $n = 112$) merawat klien kanker. Perawat mengidentifikasi perilaku yang penting adalah mendengarkan, sentuhan, kesempatan mengekspresikan perasaan, komunikasi dan melibatkan klien dalam perencanaan keperawatannya. Dengan menggunakan 40 perilaku *caring* pada kuesioner dibagi dalam 5 variabel yaitu, kemudahan diakses, penjelasan dan peralatan, rasa nyaman, antisipasi dan hubungan saling percaya.
- c. Wolf, et al (1994) menggambarkan dimensi perilaku *caring* dalam study pengembangan instrumentnya. Menggunakan 4 skala likert yaitu 1 = sangat tidak setuju; 2 = tidak setuju; 3 = setuju; 4 = sangat setuju. Test reliabilitas terhadap sampel perawat diperoleh koefisien α kuesioner 0.83 Dengan formasi klien 263 orang dan perawat 278 orang dilengkapi *Caring Behavior Inventory* (CBI). Wolf, et al (1994) membuat konsep Lima

kategori karatif dalam penelitian mereka dan lima kategori karatif atau dimensi perilaku *caring* tersebut tergambar pada tabel berikut :

Tabel: 2.1

Lima kategori karatif yang berhubungan dengan Intervensi karatif dari teori Watson (*Watson Theory*)

| Kategori | Karatif | Berhubungan dengan Intervenis karatif dari teori Watson |
|----------|--|--|
| I | Mengakui keberadaan manusia. | <ul style="list-style-type: none"> • Pembentukan sistem nilai humanistik dan altruistik • Memberikan kepercayaan – harapan • Menumbuhkan sensitifan terhadap diri dan orang lain. |
| II | Menanggapi dengan rasa hormat. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan hubungan saling percaya • Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien. |
| III | pengetahuan dan ketrampilan profesional. | <ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan sistematis metoda penyelesaian masalah untuk pengambilan keputusan • Peningkatan pembelajaran dan pengajaran interpersonal. |
| IV | Menciptakan hubungan positif | <ul style="list-style-type: none"> • Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, dan spritual yang mendukung. |
| V | Perhatian terhadap yang dialami orang lain | <ul style="list-style-type: none"> • Memberi bimbingan dalam memuaskan kebutuhan manusia • Mengijinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai. |

Kategori 1) mengakui keberadaan manusia, kategori ini merupakan kombinasi dari tiga intervensi karatif yaitu : pembentukan sistem nilai *humanistic dan altruistik*, memberikan kepercayaan – harapan dan menumbuhkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain. Kategori mengakui keberadaan manusia terdiri dari aktivitas *caring* seperti

menolong klien, berbicara dengan klien, menghargai klien sebagai manusia dan bertindak cepat jika klien memanggil.

Kategori 2) menanggapi dengan rasa hormat, kategori ini merupakan kombinasi dari dua intervensi karatif yaitu: mengembangkan hubungan saling percaya dan meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien. Kategori menanggapi dengan rasa hormat terdiri dari aktivitas *caring* seperti jujur, tulus hati, terus terang dengan klien, menunjukkan sikap tanggap terhadap klien dan memberikan informasi kepada klien untuk dapat mengambil keputusan.

Kategori 3) pengetahuan dan ketrampilan profesional, kategori ini merupakan kombinasi dari dua intervensi karatif yaitu, penggunaan sistematis metoda penyelesaian masalah untuk pengambilan keputusan dan peningkatan pembelajaran dan pengajaran interpersonal. Kategori ini terdiri dari aktivitas *caring* seperti menjaga klien, mempercayai klien dan memberikan perhatian khusus pada saat kunjungan klien pertama kali.

Kategori 4) menciptakan hubungan positif, kategori ini hanya terdiri dari satu intervensi karatif yaitu menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, dan spritual yang mendukung. Kategori ini terdiri dari aktivitas *caring* seperti memberi harapan kepada klien, membiarkan klien mengekspresikan perasaannya dan mempercayai klien.

Kategori 5) adalah perhatian terhadap yang dialami orang lain, kategori ini mencakup dua intervensi karatif yaitu memberi bimbingan dalam memuaskan kebutuhan manusiawi dan mengijinkan terjadinya tekanan yang bersifat *fenomenologis* agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai. Kategori ini terdiri dari aktivitas membebaskan klien dari gejala-gejala, melakukan perawatan klien dengan lembut dan baik.

d. Cronin & Harrison (1988), mengembangkan *The Caring Behavior Assessment (CBA)* tool, digunakan untuk mengkaji perilaku *caring*. Merupakan yang pertama kali tercatat dalam literatur keperawatan untuk menjelaskan teori atau konsep dasar dengan item yang spesifik. CBA tool disusun berdasarkan *theory* Watson (1985,1988) dan identifikasi 10 faktor karatif dalam pekerjaannya.

Mengandung 63 item perilaku *caring* perawat dan dikelompokkan kedalam 7 subskala yang sama dengan faktor-faktor karatif Watson yang diasumsikan oleh pengarang harus melekat dalam seluruh aspek dalam pelayanan keperawatan. Menggunakan skala likert 1 = Sangat tidak penting/perlu hingga 5 = sangat penting/perlu untuk mencerminkan derajat dan mengetahui tiap perilaku perawat yang menggambarkan perilaku *caring*. Klien diminta untuk memilih skor perilaku *caring* yang telah dilakukan padanya.

Pada riset yang dilakukan diamati perilaku dari sampel 22 orang klien *coronary* dengan *infark miocard*. Kebenaran isi (*content validity*) sudah

dibuktikan oleh empat orang yang berpengalaman terhadap teori *caring* Watson. Cronin dan Harrison menempatkannya sebagai laporan yang dapat dibaca (*readability*) dan dapat dipercaya (*reliability*) serta isi benar, sah (*content valid*). *Consistency reliabilities* dicatat berdasarkan *Cronbach's alpha* (Cronin & Harrison, 1988) dapat dilihat pada table berikut ini:

Tabel : 2.2
Subscala *caring* berdasarkan *Cronbach's alpha* (Cronin & Harrison, 1988)

| Subscala (Kategori karatif) | Ítems | Cronbach alpha |
|--|---|----------------|
| <i>Humanism/faith-hope-sensitifty</i> (Kemanusiaan/ keyakinan-harapan –sensitivitas) | 1-16 | 0.84 |
| <i>Helping/trust</i> (Membantu, membina kepercayaan) | 17-27 | 0.76 |
| <i>Expresion of positive/negative felings</i> (menerima ekspresi/perasaan positif/negatif klien) | 28-31 | 0.67 |
| <i>Teaching/learning</i> (Pembelajaran/pengajaran interpersonal) | 32-39 | 0.90 |
| <i>Supportive/protective/corrective environment</i> (menciptakan lingkungan yang mendukung, melindungi) | 40-49 (50-51) tambahan setelah riset selesai | 0.79 |
| <i>Human need/asistanse</i> (Membantu memenuhi kebutuhan dasar) | 52-60 | 0.89 |
| <i>Existensial/phenomenologteal</i> (mengijinkan terjadinya fenomenologi) | 61-63 | 0.66 |

Kebenaran ini dilaporkan juga oleh Huggins, et al (1993 dalam Watson, 2004) dengan sampel 288 klien dapat berjalan (*ambulatory*) di ruang darurat (*emergency*). CBA juga sudah digunakan untuk mengukur perilaku *caring* dengan klien bedah 19 orang dan 46 klien dewasa yang tenderita AIDS atau HIV (Parson, et al., 1993; Mullins, 1996). Namun dua study yang terakhir ini tidak dilaporkan dapat dipercaya (Kyle, 1995; Beck, 1999).

Dalam riset aslinya, ditemukan dua item khusus yang sangat penting dalam riset tentang persepsi klien terhadap perilaku *caring* perawat adalah: “merasakan kehadiran seseorang saat ia/klien membutuhkan” dan “mengetahui apa yang mereka (petugas) lakukan”. Selanjutnya yang dianggap penting adalah item “kunjungi saya ketika pindah ke ruang lain”, dan “ tanyakan saya apa yang saya ingin sampaikan” Penemuan ini menyarankan bahwa perilaku *caring* sangat perlu dipersepsikan oleh klien karena dapat menunjukkan kompetensi profesional perawat.

Pengukuran perilaku *caring* perawat akan dipersepsikan oleh klien yang sedang dirawat dan menerima asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit Husada Jakarta. Persepsi klien direkomendasikan sebagai cara mengukur yang tepat terhadap mutu pelayanan kesehatan karena persepsi klien lebih sensitif terhadap apa yang ia peroleh selama masa perawatan dan akan menggambarkan tingkat kepuasan klien serta hak klien untuk mengetahui apakah pelayanan yang klien terima sudah terbaik dan memuaskannya. (Rosenthal & Shannon, 1997 dalam Meeboon, 2006).

B. Konsep Beban Kerja (*work load*)

1. Pengertian Beban Kerja

Marquis dan Houston (2000) mendefinisikan beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja (*work load*)

biasanya diartikan sebagai *patient days* yang merujuk pada jumlah prosedur, pemeriksaan kunjungan (*visite*) pada klien. Disebutkan pula beban kerja adalah jumlah total waktu keperawatan baik secara langsung/tidak langsung dalam memberikan pelayanan keperawatan yang di perlukan oleh klien dan jumlah perawat yang di perlukan untuk memberikan pelayanan tersebut (Gaudine, 2000).

Beban kerja dapat berupa beban kerja kuantitatif maupun kualitatif. Mayoritas yang menjadi beban kerja pada beban kerja kuantitatif adalah banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien, sedangkan beban kualitatif adalah tanggung jawab yang tinggi dalam memberikan asuhan kepada klien. Beban kerja yang tinggi dapat meningkatkan terjadinya komunikasi yang buruk antar perawat dengan pasien, kegagalan kolaborasi antara perawat dan dokter, ketuarnya perawat dan ketidakpuasan kerja perawat (Carayon dan Gurses, 2005).

Untuk memperkirakan beban kerja perawat pada sebuah unit, manajer harus mengumpulkan data tentang jumlah klien yang masuk pada unit itu setiap hari/bulan/tahun, kondisi atau tingkat ketergantungan klien di unit tersebut, rata-rata hari perawatan, jenis tindakan yang dibutuhkan klien, frekuensi masing-masing tindakan keperawatan yang dilakukan, rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk memberi tindakan keperawatan (Gillies, 1996). Hal ini dibuktikan oleh hasil penelitian Trisna (2007), kegiatan perawat tidak langsung merupakan kegiatan yang banyak dilakukan di ruang rawat inap dan

faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah klien, jumlah perawat, jumlah aktifitas.

O'Brian-Pallas, et al, (1997), menyatakan standar emas dalam mengukur sumber daya keperawatan akan menjadi proses atau model yang valid dan reliable terhadap pengukuran beban kerja dengan memasukkan beberapa faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat. Faktor-faktor yang dimaksud adalah kondisi keperawatan klien, kondisi medis klien, karakteristik yang memberikan perawatan terhadap klien, tindakan keperawatan yang diberikan dan lingkungan kerja.

Selain faktor-faktor yang disebutkan diatas, masih ada faktor-faktor lain dapat memperberat beban kerja perawat selama episode melakukan kegiatan pelayanan keperawatan yaitu, beratnya tanggungjawab, tuntutan atau permintaan dalam waktu bersamaan, kejadian-kejadian yang tidak diantisipasi, interupsi dan kejadian-kejadian yang berisik atau gaduh (Gaudine, 2000).

Namun beban kerja perawat yang berlebihan dapat dihindari pada setiap unit keperawatan dengan menggunakan jumlah tenaga dan volume pekerjaan yang sesuai. Dengan demikian perhitungan atau perkiraan beban kerja perawat perlu dilakukan pada setiap unit keperawatan, tentunya tidak selalu sama namun tetap menjadi sangat penting (Kosim, 1995).

2. Tujuan Menghitung Beban Kerja (*Work Load*)

Menghitung beban kerja perawat memiliki beberapa alasan penting, seperti yang dikemukakan Gillies (1999), menyebutkan alasan diukurnya beban kerja perawat adalah: untuk mengkaji status kebutuhan perawatan klien, menentukan dan mengelola staff, kondisi kerja dan kualitas asuhan, menentukan dan mengeluarkan biaya alokasi sumber-sumber yang adekuat dan untuk mengukur hasil intervensi keperawatan

3. Mengukur Beban Kerja Perawat

Sistim pengukuran beban kerja adalah hal yang kompleks, proses dinamis yang dirancang untuk menetapkan dan mengalokasikan sumber-sumber keperawatan, misal alokasi staff dan rencana pengalokasian biaya. Analisis beban kerja merupakan suatu proses penentuan jumlah jam kerja (*man hours*) yang dipergunakan atau diperlukan untuk menyelesaikan suatu beban kerja tertentu, jumlah jam setiap karyawan, akan menunjukkan jumlah karyawan yang dibutuhkan (Mutiara, 2004).

Untuk mengukur beban kerja dikembangkan berdasarkan sistim klasifikasi klien, (Gillies, 1994). Perhitungan ini menghasilkan perhitungan beban kerja yang lebih akurat karena dalam sistem klasifikasi klien dikelompokkan sesuai tingkat ketergantungan klien atau sesuai waktu, tingkat kesulitan serta kemampuan yang diperlukan untuk memberikan perawatan. Lebih jauh Swansburg & Swansburg (1999) membagi tingkat ketergantungan klien menjadi lima kategori: (halaman 130-131):

a. Kategori 1: perawatan mandiri

- 1) Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut: makan dan minum dapat di lakukan sendiri atau dengan sedikit bantuan, merapikan diri dapat melakukan sendiri dan kebutuhan eliminasi dapat ke kamar mandi sendiri serta mengatur kenyamanan posisi tubuh dapat di lakukan sendiri.
- 2) Keadaan umum baik, masuk ke RS untuk prosedur diagnosik, simpel atau bedah minor
- 3) Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi: membutuhkan penjelasan untuk tiap prosedur tindakan, membutuhkan penjelasan/orientasi waktu, tempat dan orang tiap *shift*.
- 4) Tindakan dan pengobatan tidak ada atau hanya tindakan dan pengobatan sederhana.

b. Kategori 2: perawatan minimal

- 1) Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut: makan/minum perawat membantu dalam mempersiapkan, masih dapat makan dan minum sendiri, merapikan diri perlu sedikit bantuan demikian juga dengan penggunaan urinal, kenyamanan posisi tubuh perlu sedikit bantuan.
- 2) Keadaan umum: tampak sakit sedang, perlu monitoring tanda-tanda vital, urine diabetik, drainage atau infus.
- 3) Kebutuhan pendidikan kesehatan: dibutuhkan 5-10 menit setiap *shift*, klien mungkin sedikit bingung atau agitasi tetapi dapat dikendalikan dengan obat.

- 4) Pengobatan dan tindakan: diperlukan waktu 20-30- menit setiap *shift*. Di perlukan evaluasi terhadap aktifitas pengobatan dan tindakan. Perlu observasi status mental setiap 2 jam.

c. Kategori 3: perawatan moderat.

- 1) Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini di uraikan sebagai berikut: makan dan minum disuapi, masih dapat mengunyah dan menelan makanan, merapikan diri tidak dapat dilakukan sendiri, eliminasi di sediakan pispot atau urinal, ngompol 2x setiap *shift*, kenyamanan posisi tergantung pada perawat.
- 2) Keadaan umum: gejala sakit dapat hilang timbul, perlu observasi fisik dan emosi setiap 2-4 jam. Infus monitoring setiap 7 jam.
- 3) Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi perlu 10-30 menit setiap *shift*, gelisah, menolak bantuan dapat dikendalikan dengan obat.
- 4) Pengobatan dan tindakan: perlu 30-60 menit per *shift*, perlu sering di awasi terhadap efek samping atau reaksi alergi. Perlu observasi status mental setiap 1 jam.

d. Kategori 4: perawatan ekstensif (semi-total)

- 1) Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut: makan dan minum, tidak bisa mengunyah dan menelan, perlu sonde, merapikan diri perlu dibantu semua, dimandikan, perawatan rambut dan kebersihan gigi dan mulut harus dibantu, eliminasi sering ngompol lebih dari 2x setiap *shift*. Kenyamanan posisi perlu dibantu dua orang.

- 2) Keadaan umum: tampak sakit berat, dapat kehilangan cairan atau darah, gangguan sistem pernapasan akut, perlu sering di pantau.
- 3) Kebutuhan pendidikan dan kesehatan dan dukungan emosi,: perlu lebih dari 30 menit setiap *shift*, klien gelisah, agitasi dan tidak dapat di kontrol atau di kendalikan dengan obat.
- 4) Pengobatan atau tindakan: perlu lebih dari 60 menit per *shift*. Pengobatan lebih banyak dilakukan dalam 1 *shift*. Observasi status mental perlu lebih sering (kurang dari satu jam).

e. Kategori 5 : perawatan intensive (total)

Klien yang termasuk dalam kategori ini memerlukan pengawasan secara intensive terus menerus dalam setiap *shift* dan dilakukan satu perawat untuk satu klien. Semua kebutuhan klien diurus/ dibantu oleh perawat. (Johnson, 1984 dalam Swansburg and Swansburg, 1999). Sedangkan kebutuhan waktu untuk pendidikan kesehatan, pengobatan dan tindakan lain dijelaskan pada tabel 2.3.

Tabel : 2.3
Kebutuhan Waktu Untuk Pendidikan Kesehatan,
Pengobatan dan Tindakan Untuk Tiap Shift

| No | Kategori | Pendidikan Kesehatan | Pengobatan dan Tindakan Lain | Jumlah |
|----|------------|----------------------|------------------------------|--------|
| 1 | Mandiri | Minimal (asumsi 20') | Minimal (asumsi 0') | 20' |
| 2 | Minimal | 5' – 10' | 20' – 30' | 40' |
| 3 | Moderat | 10' – 30' | 30' – 60' | 90' |
| 4 | Semi total | > 30' (asumsi 50') | > 60% (asumsi 80%) | 130' |
| 5 | Total | Klien di ICU | Klien di ICU | |

Sumber Swansburg 1999).

Waktu yang di perlukan untuk melakukan pendidikan kesehatan pada klien dengan kategori mandiri relatif lebih tinggi dari kategori klien minimal karena

pada klien mandiri memerlukan pendidikan kesehatan yang terkait dengan perawatan diri di rumah (*discharge planning*). Menurut Meyer (dalam Gillies, 1994) dibutuhkan waktu 15 menit untuk pendidikan kesehatan. Untuk *shift* malam hari kegiatan langsung yang diterima oleh klien hanya berupa tindakan dan pengobatan, sebab klien perlu beristirahat dan tidur. Jadi pendidikan kesehatan umumnya diberikan pada *shift* pagi dan sore.

Perhitungan beban kerja berdasarkan tingkat ketergantungan atau klasifikasi klien dapat dilakukan berdasarkan kegiatan keperawatan selama memberi asuhan keperawatan. Kegiatan keperawatan seperti kegiatan keperawatan langsung dan kegiatan keperawatan tidak langsung (Johnson, 1984 dalam Swansburg & Swansburg, 1999). Lebih lanjut Situmorang (1994), mengatakan bahwa kegiatan keperawatan selama memberikan asuhan keperawatan terbagi dalam tiga kategori, yaitu:

a. Kegiatan keperawatan langsung (*direct care*).

Kegiatan keperawatan langsung adalah kegiatan yang difokuskan pada klien dan keluarganya, meliputi komunikasi dengan klien dan keluarganya, pemeriksaan atau kontrol klien, mengukur tanda-tanda vital, tindakan atau prosedur keperawatan atau pengobatan, nutrisi dan eliminasi, kebersihan klien, mobilisasi, transfusi, serah terima klien, pemeriksaan specimen untuk pemeriksaan laboratorium, termasuk pendidikan kesehatan. Menurut Gillies (1994) kebutuhan waktu untuk keperawatan langsung setiap klien adalah 4 jam/ hari, sedangkan untuk klasifikasi perawatan mandiri (*self care*) dibutuhkan waktu $\frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 2 \text{ jam}$; *partial care* dibutuhkan waktu $\frac{3}{4} \times 4$

jam = 3 jam; *total care* dibutuhkan waktu $1-1 \frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 4 - 6 \text{ jam}$; *intensive care* dibutuhkan waktu $2 \times 4 \text{ jam} = 8 \text{ jam}$. Penyuluhan kesehatan tiap klien = 0,25 jam.

b. Kegiatan keperawatan tidak langsung (*indirect care*).

Kegiatan keperawatan tidak langsung (*indirect care*) adalah kegiatan yang tidak langsung pada klien tetapi berhubungan dengan persiapan atau kegiatan untuk melengkapi asuhan keperawatan seperti: mendokumentasikan hasil pengkajian, membuat diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan, mendokumentasikan hasil evaluasi keperawatan, melakukan kolaborasi dengan dokter tentang program terapi/*visite*, mempersiapkan status klien, mempersiapkan fomulir untuk memeriksa laboratorium/ radiologi, mempersiapkan alat untuk pelaksanaan tindakan keperawatan/ pemeriksaan atau tindakan khusus.

Masih merupakan kegiatan tidak langsung yaitu merapikan lingkungan klien, menyiapkan atau memeriksa alat dan obat emergensi, melakukan koordinasi/konsultasi dengan tim kesehatan lainnya, mengadakan atau mengikuti pre dan post konferens, keperawatan/kegiatan ilmiah keperawatan dan medis, memberikan bimbingan dalam melakukan tindakan keperawatan, melakukan komunikasi tentang obat klien dengan pihak farmasi/apotik, mengirim/menerima berita klien melalui telepon dan membaca status klien.

Waktu yang dibutuhkan untuk kegiatan tidak langsung tidak dipengaruhi oleh tingkat ketergantungan klien. Apapun tingkat ketergantungan klien waktu yang dibutuhkan untuk kegiatan tidak langsung tetap sama yaitu 38 menit/hari/klien (Gillies, 1989). Sedang menurut Wolf & Young dalam Gillies, 1994, hal. 228) = 60 menit/hari/klien, hal yang sama berdasar hasil riset di John Hopkins Hospital dibutuhkan 60 menit/hari/klien untuk kegiatan tidak langsung (Gillies, 1994).

c. Kegiatan non keperawatan (pribadi perawat)

Kegiatan pribadi perawat adalah kegiatan untuk memenuhi keperluan perawat, seperti, sholat, makan, minum, kebersihan diri, duduk di *nurse station*, ganti pakaian dan ke toilet, dengan lokasi 15% dari total waktu kerja setiap *shift*. Kegiatan lain perawat dan tidak produktif adalah kegiatan yang tidak terkait dengan tugas dan tanggung jawab sebagai perawat, merupakan kegiatan pribadi, misalnya: nonton TV, baca koran, mengobrol, telepon urusan pribadi, pergi keluar ruangan/ pergi untuk keperluan pribadi atau keluarga, datang terlambat dan pulang lebih awal dari jadwal.

Perhitungan beban kerja juga dapat dilihat dengan mengkategorikan kegiatan ke dalam kegiatan produktif atau tidak produktif. Waktu produktif adalah waktu maksimum atau optimum yang dipakai/digunakan karyawan atau staf untuk kegiatan utama (sesuai tugas, peran dan fungsinya), artinya disini dilakukan dengan cara benar oleh orang yang benar dan menggunakan alat/peralatan yang benar (Mochal, 2001). Lebih lanjut disebutkan secara umum rata-rata jam produktif perhari karyawan adalah 6 - 6,5 jam perhari dari 8 jam perhari atau

75%-80%, sedang sisanya digunakan untuk kegiatan yang non produktif seperti aktifitas administratif, bersifat pribadi seperti kebutuhan untuk berobat, ke kamar mandi (toilet) dan lainnya.

Hasil penelitian juga menyebutkan, waktu kerja produktif pada instansi pemerintah adalah antara pukul 08.00-12.00, kemudian terjadi penurunan produktivitas kerja. Fakta di lapangan menunjukkan pegawai di daerah saat istirahat, salat, makan, pulang ke rumah dan sebagian besar tidak kembali lagi ke kantor (Poedjanarto, 2008).

Dalam penelitian ini yang termasuk kegiatan produktif adalah kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung yang berdampak terhadap klien sedang kegiatan tidak produktif adalah kegiatan non keperawatan/pribadi, sehingga akan diketahui berapa waktu kerja yang digunakan perawat untuk kegiatan produktif. Waktu kerja produktif optimum perawat adalah berkisar 80%. Parameter ini digunakan untuk menilai apakah betul beban kerja perawat tinggi (tidak sesuai). Jika perawat sudah bekerja diatas 80% waktu produktifnya maka dapat dikatakan beban kerja perawat sudah tidak sesuai dan perlu mempertimbangkan penambahan tenaga perawat di unit tersebut (Ilyas, 2004).

Hal yang senada tergambar juga pada formula hasil lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dalam menghitung kebutuhan tenaga perawat dimana hasil perhitungan tenaga perawat masih perlu dikali 125% karena tingkat produktivitas diasumsikan perawat oleh PPNI dihitung hanya sebesar 75%.

Sementara menurut ILO standar produktifitas kerja berkisar 65%-85%. Standar beban kerja perawat adalah 7 jam *shift* pagi, 7 jam *shift* sore dan 10 jam *shift* malam (Gillies, 1994).

4. Teknik Perhitungan Beban Kerja

Menghitung beban kerja personal secara sederhana dapat dilakukan dengan mengobservasi apakah beban kerja yang ada dapat di selesaikan dengan baik dan tepat waktu dengan menunjukkan langsung pada yang bertugas, hasilnya bersifat kualitas sehingga sulit untuk menggambarkan beban kerja personal tersebut dan sangat subjektif.

Swamburg and swamburg (1999), mengatakan bahwa ada empat teknik perhitungan beban kerja perawat, yaitu:

a. *Time study and task frequency*

Adalah studi untuk menghitung beban kerja dari sisi kualitas yang dikaitkan pekerjaan dengan waktu yang di butuhkan. Tujuannya untuk mengetahui waktu yang di butuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan, langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

- 1) menentukan sampel yang akan diambil setelah diklasifikasikan.
- 2) membuat formulir kegiatan yang akan di amati serta waktu yang digunakan.
- 3) menentukan observer, harus yang mengetahui kompetensi responden.
- 4) satu observer mengamati satru orang perawat selama 24 jam.

b. *Work sampling* (merupakan variasi dari *time study and task frequency*)

Work sampling adalah mengamati apa yang dilakukan perawat. Informasi yang dibutuhkan dengan teknik ini adalah waktu dan kegiatan yang dilakukan oleh perawat melalui pengamatan interval waktu tertentu atau secara *random* sebagai sample kegiatan. pada *work sampling* orang yang diamati harus dilihat/amati dari kejauhan.

Ilyas (2004), menjelaskan pada *work sampling* dapat di amati hal-hal spesifik terhadap pekerjaan seperti: a) aktifitas apa yang sedang dilakukan personal pada waktu jam kerja; b) apakah aktifitas personal tersebut berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja; c) proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif; d) pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja. Masih menurut Ilyas (2004) dengan cara *work sampling* peneliti akan mendapatkan informasi yang tepat dari sejumlah personal yang diteliti mengenai kegiatan dan banyaknya pengamatan kegiatan dari mulai datang sampai pulang nya responden.

Beberapa tahap yang harus dilakukan dalam melakukan *survey* adalah:

- 1) Menentukan jenis personal perawat yang ingin diteliti
- 2) Bila jenis personel ini jumlahnya banyak, perlu dilakukan *simple random sampling*
- 3) Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif atau diklasifikasikan kegiatan langsung dan tidak langsung

- 4) Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*. Pengamat diharapkan memiliki latar belakang sejenis dengan subjek yang ingin diamati. Setiap peneliti/ pengamat akan mengamati 5-8 orang perawat yang bertugas saat itu.
- 5) Pengamatan kegiatan perawat dilakukan dengan interval 2-15 menit tergantung karakteristik pekerjaan yang dilakukan perawat. Semakin tinggi tingkat mobilitas pekerjaan yang diamati, maka makin pendek waktu pengamatan. Semakin pendek jarak pengamatan semakin banyak sampel pengamatan yang dapat diambil oleh peneliti sehingga akurasi penelitian menjadi lebih akurat. Pengamatan dilakukan selama jam kerja (7 jam) dan bila jenis tenaga yang diteliti berfungsi 24 jam atau 3 *shift*, maka pengamatan dilakukan sepanjang hari. Contoh formulir kegiatan teknik *work sampling* pada tabel berikut:

Tabel: 2.4
Format Observasi Kegiatan Keperawatan
(Formulir *work sampling*)

Pengamat :
 Ruang :
 Tanggal :
 Dinas Pagi/ Sore/ Malam.*)

| No | Jam | Kode Responden | Kegiatan keperawatan (dituliskan nomor kegiatan yang dilaksanakan) | | |
|----|-------|----------------|--|----------------|-----------------|
| | | | Langsung | Tidak langsung | Non keperawatan |
| 1 | 07.30 | | | | |
| 2 | 07.45 | | | | |
| 3 | 08.00 | | | | |
| 4 | 08.15 | | | | |
| | dst | | | | |

Sumber Ilyas, (2004)

Secarah teknis proses pengamatan kegiatan dengan menggunakan teknik *work sampling* ini adalah sebagai berikut:

- 1) Mempersiapkan semua peralatan yang di butukan untuk pengamat
- 2) Setiap pelaksana pengamatan (*observer*) mengamati 5 orang tenaga perawat di 1 ruangan
- 3) Memulai pelaksanaan kegiatan pengamatan mulai pukul 07.00 pagi
- 4) Menetapkan waktu interval pengamatan setiap 5 menit
- 5) Bentuk pengamatan sebagai berikut :
 - a) Pada menit pertama observer mengamati kegiatan perawat A
 - b) Pada lima menit kedua observer mengamati kegiatan perawat B
 - c) Pada lima menit ketiga observer mengamati kegiatan perawat C
 - d) Pada lima menit keempat observer mengamati kegiatan perawat D
 - e) Pada lima menit kelima observer mengamati kegiatan perawat E
 - f) Pada lima menit keenam observer kembali mengamati kegiatan perawat A, demikian seterusnya.

Pengamatan pada hari kedua dan seterusnya dapat dilakukan pada perawat yang berbeda sepanjang perawat tersebut masih bertugas pada ruangan yang sedang diobservasi beban kerjanya. Teknik *work sampling* merupakan cara yang efektif dalam mengumpulkan data mengenai jenis dan waktu perawatan karena laporan tersebut sedikit bias oleh minat pribadi. Untuk memastikan adanya objektivitas dan kepercayaan, maka pengamat harus dilatih dalam hal pengamatan (Gillies, 1994).

c. *Continuous Sampling*

Sama dengan *work sampling*, perbedaannya terletak pada cara pengamatan yang dilakukan terus menerus terhadap setiap kegiatan perawat dan dicatat secara terperinci serta dihitung lamanya waktu untuk melaksanakan kegiatan tersebut. Pencatatan dilakukan mulai perawat datang sampai pulang. Pengamatan dapat dilakukan pada satu atau lebih responden secara bersamaan. Bentuk formulir observasi kegiatan yang digunakan terlihat pada tabel berikut:

Tabel : 2.5
Format Observasi Kegiatan Keperawatan
(Formulir *continuous sampling*)

Pengamat :
Ruang :
Tanggal :
Dinas Pagi/ Sore/ Malam*)

| No | Kegiatan Perawat | Dimulai | Diakhiri | Jumlah waktu |
|-----|------------------|---------|----------|--------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| Dst | | | | |

Sumber : Swansburg and Swansburg (1999)

Total jumlah kegiatan = ...

Total waktu (dalam menit) = ...

d. *Self Reporting (variasi time study and task frequency)*

Perawat memeriksa daftar kegiatan yang ditetapkan lebih dahulu atau formulir tugas harian yang dilaksanakan. Catatan-catatan dalam formulir tugas harian dapat dibuat untuk periode waktu tertentu untuk pekerjaan-

pekerjaan yang ditugaskan. Dengan formulir tugas harian akan didapatkan data tentang jenis kegiatan, waktu dan lamanya kegiatan dilakukan.

Masih menurut Ilyas (2004) cara lain untuk menghitung beban kerja personal personal perawat dapat dilakukan dengan cara:

1. *Time and motion study*

Observer mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang sedang diamati. Teknik ini tidak sekedar mengetahui beban kerja dari personel/perawat tetapi juga dapat mengetahui kualitas/mutu kerja personel yang diamati. Pada teknik ini ditetapkan sampel perawat yang diklasifikasikan sebagai tenaga perawat mahir, maka penentuan *sampling* dengan cara *purposive sampling*. Jumlah perawat yang diamati dapat satu orang saja sepanjang perawat tersebut dapat mewakili klasifikasi perawat mahir. Pelaksana pengamatan juga dilakukan oleh perawat mahir yang memiliki kompetensi dan fungsi perawat mahir bidangnya dari rumah sakit yang berbeda. Penelitian dengan *time and motion study* dapat juga untuk mengevaluasi tingkat kualitas suatu pelatihan dan pendidikan bersertifikat keahlian.

2. *Daily log*

Daily log merupakan bentuk sederhana dari *work sampling*. Kegiatan pada teknik ini adalah orang yang diteliti menulis sendiri kegiatan yang ia lakukan dan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan tersebut. *Daily log* sangat bergantung pada relatif sederhana dan murah karena peneliti hanya menyiapkan pedoman dan formulir. Gillies (1994) mengatakan metode atau

teknik *daily log* ini memiliki kelemahan seperti ketidakcakapan beberapa perawat dalam melaporkan kegiatan yang mereka lakukan secara objektif atau mengatur waktunya secara akurat. Bahkan perawat bisa cenderung untuk menghitung waktu yang digunakan pada kegiatan yang bernilai tinggi saja misalnya kegiatan mengganti balutan dan mengabaikan menghitung waktu untuk kegiatan yang dianggap tidak penting, misalnya mengambil hasil foto ke bagian radiologi, dan sebagainya.

Dalam penelitian ini beban kerja yang akan diteliti dengan menggunakan teknik *continuous sampling* (modifikasi) dengan pertimbangan teknik ini sesuai dengan tujuan dimana akan diketahui beban kerja pada setiap responden yang diasumsikan akan berpengaruh terhadap pelaksanaan perilaku *caring*.

C. Karakteristik Klien Sebagai Individu

1. Umur

Pada umumnya semakin tua usia maka harapannya akan semakin rendah sehingga cenderung untuk mudah puas terhadap apa yang ia terima yang diperlakukan terhadap dirinya (perilaku *caring* perawat) daripada usia yang lebih muda (Loundon & Britta, 1988; Iezzoni (2003 dalam Meeboon, 2006). Bahkan pada usia yang lebih tua lebih bijak menanggapi perilaku daripada yang berusia muda (Derose, 1997; Iezzoni, 2003 dalam Meeboon, 2006). Hal ini bisa saja terjadi karena penurunan status fisiologis klien dan ini dibuktikan oleh Pallen, Klein & Seydel (1997 dalam Meeboon, 2006) yang melaporkan

bahwa terdapat perubahan persepsi dalam tiap bertambahnya satu tahun usia setiap tahunnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lamri (1997 dalam Meeboon, 2006) mengemukakan bahwa tingkat kepuasan klien (terhadap perilaku *caring* perawat) pada usia 18-45 tahun cenderung tinggi dibandingkan klien yang berusia 12-17 tahun dan 45 tahun keatas. Pernyataan ini semakin mendukung penelitian yang dilakukan oleh Drain (2001 dalam Meeboon, 2006) melaporkan bahwa terdapat hubungan yang erat antara kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan berdasarkan usia. Namun dalam penelitian ini karena pengelompokan usianya berbeda dengan penelitian sebelumnya maka peneliti tetap akan meneliti/ melihat hubungan usia klien dalam menilai perilaku *caring* perawat (kepuasan klien)

2. Jenis Kelamin

Dinyatakan bahwa jenis kelamin pria lebih muda puas dibandingkan dengan wanita (Loundon & Britta, 1988). Bahwa wanita lebih ekspresif dalam menyampaikan persepsi dibanding pria (Woods & Heidari, 2003 dalam Meeboon, 2006). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Drain (2001 dalam Meeboon, 2006) yaitu *Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions*, menemukan bahwa wanita mempunyai kepuasan yang lebih tinggi terhadap pelayanan keperawatan yang diterimanya dibandingkan dengan pria ($p < 0.05$).

Namun berbanding terbalik dengan laporan Wolf et al (2003) pada penelitian/ *study relationship between nursing caring and patient satisfaction in patient undergoing interventional cardiology*, bahwa pria dan wanita tidak memiliki persepsi yang berbeda terhadap perilaku *caring* perawat dan kepuasan klien. Pendapat ini didukung oleh Larrabee, 2004 dalam Meeboon (2006).

Pelayanan keperawatan yang baik dan bermutu dapat dilihat dari bagaimana hubungan (interaksi) perawat - klien yang tergambar sebagai perilaku *caring*, Risser (1975 dalam Wolf, 1998). *Study fenomenologi* yang dilakukan Riemen (1986 dalam Wolf, 1998) menggambarkan interaksi klien dengan perilaku *caring* perawat. Diperoleh hasil yang signifikan tentang apa yang dimaksud dengan *caring* menurut klien perempuan, yaitu: mau mendengarkan, tanggap terhadap keunikan klien, memberi support terhadap keadaan klien, selalu ada, hadir, memiliki sikap dan menunjukkan perilaku yang membuat klien merasa bernilai sebagai manusia bukan sebagai objek yang dipajang dan tidak bisa bergerak, memberi rasa nyaman, relaks, suara lembut dan sopan, membangkitkan perasaan klien.

Sedang pada klien pria perilaku yang dianggap penting dan merupakan gambaran *caring* adalah kehadiran perawat sehingga klien merasa memiliki nilai diri, membuat klien merasa nyaman, relaks dan aman, memperhatikan kebutuhan rasa nyaman klien sebelum melakukan sesuatu tindakan, ramah, lembut, menyenangkan, suara lembut dan sopan.

Perilaku tidak *caring* digambarkan apakah perawat tergesa-gesa atau tidak efisien dalam melakukan tugas, menganggap klien sama saja atau lebih kecil, tidak respon atau tanggap dan mengobati klien sebagai objek sehingga klien menjadi merasa malu dan ketakutan. Berdasarkan perbedaan pendapat diatas masih perlu pembuktian melalui penelitian ini.

3. Tingkat Pendidikan

Pendidikan seseorang akan mempengaruhi orang tersebut dalam menentukan tingkat kepuasannya terhadap pelayanan yang diterimanya. Pendidikan tinggi cenderung diasosiasikan dengan tingkat kepuasan yang rendah sehingga memerlukan pelayanan yang berkualitas yang tinggi untuk mendapatkan kepuasan (Loundon & Britta, 1988). Sedangkan menurut Skarstein, et al, (2002) tidak ditemukan adanya persepsi yang berbeda atas perilaku *caring* perawat berdasarkan tingkat pendidikan pada klien dengan cancer. Pendapat ini didukung oleh Hudak, Hogg-Johnson, Bombardier, McKeever & Wright (2004). Hal ini perlu dibuktikan dalam penelitian ini.

4. Lama Hari Dirawat

Semakin lama klien dirawat akan memberi kesempatan kepada klien untuk mendapatkan *caring* perawat dan lebih dapat menilai perilaku *caring* perawat Hal yang senada disampaikan Wolf et al (1998), pendeknya waktu rawat klien mungkin akan mempengaruhi persepsi klien terhadap perilaku *caring* perawat dan tentunya terhadap kepuasan klien. Namun pada klien kronik dan lama dirawat bahkan berulang biasanya lebih berpengalaman dalam merawat atau

manage dirinya dibanding klien yang baru didignosa, hal ini mempengaruhi persepsi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

Hasil penelitian di salah satu rumah sakit di Jepang melaporkan bahwa klien yang dirawat kurang dari 1 minggu mereka merasa puas jika perilaku perawat dapat menunjukkan sikap perhatian dan penting untuk merawat kulit mereka. Bila lebih dari 1 minggu namun kurang dari 1 bulan klien ingin perawat dapat mengerti opini/pandangan serta perasaan-perasaan klien. Lebih 1 bulan klien ingin perawat dapat mengurangi nyeri, mengerti opini dan perasaan mereka. Aspek yang penting lagi adalah ingin mendapat kepuasan dan ingin terbebas dari stress, dan cemas serta dokter yang kompeten (Tokunaga & Imanaka, 2003).

5. Frekuensi Pernah Dirawat (5 Tahun Terakhir)

Persepsi atau pemahaman klien terhadap suatu produk atau pelayanan yang diterima dipengaruhi oleh citra (*image*) terhadap pengalaman masa lalu. Pengalaman masa lalu yang menyenangkan akan mempengaruhi positif terhadap penilaian klien terhadap pelayanan yang akan diterimanya. Klien dengan riwayat masuk rumah sakit lebih sering mempersepsikan perawat lebih *caring* dan merasa lebih puas (Meeboon, 2006). Sedangkan Holman & Lorig (2004) mengingatkan sangat perlu untuk mempelajari pengalaman klien dalam hal perawatan.

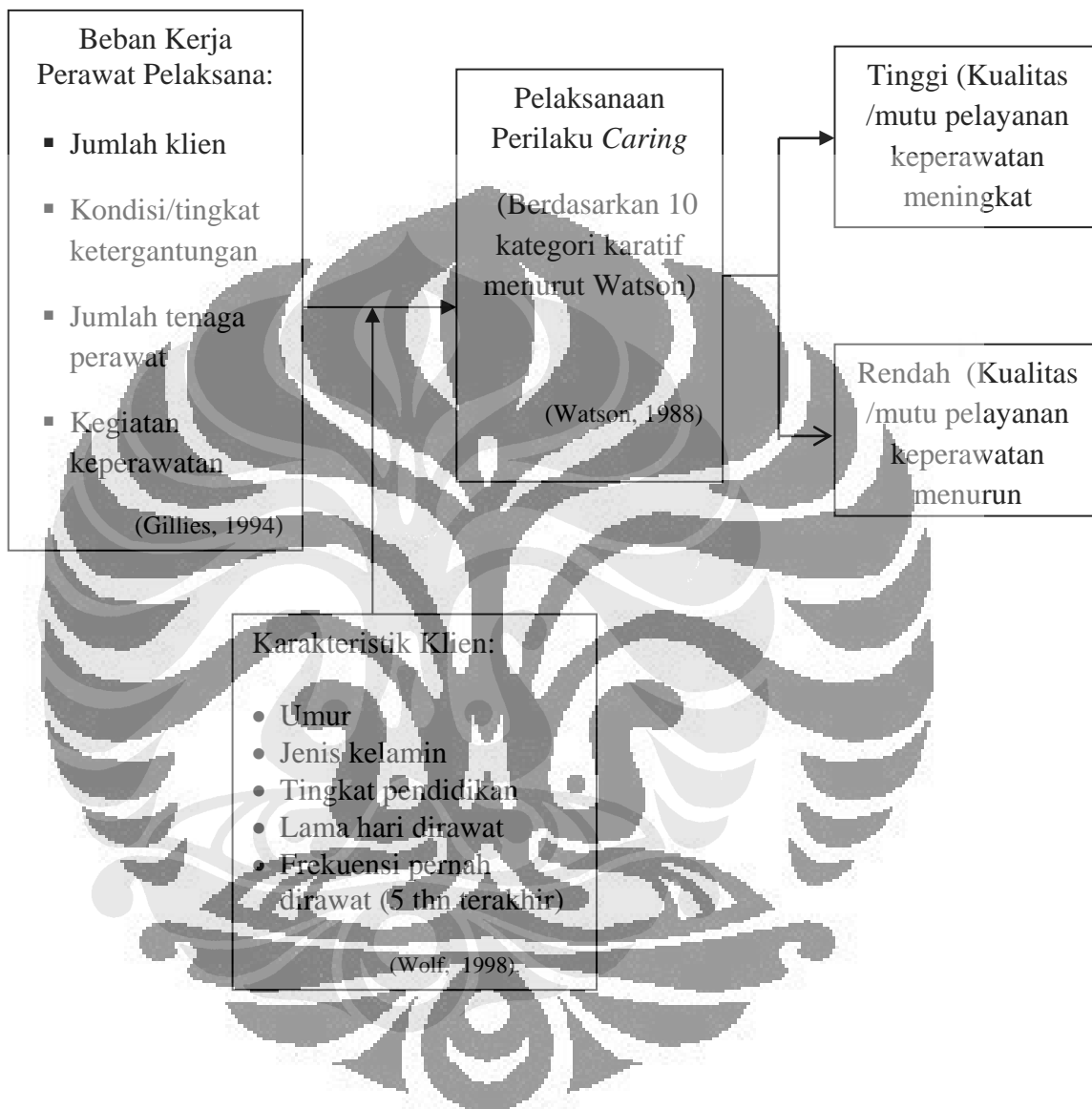
D. Kerangka Pikir Teoritis

Gillies (1994) keinginan atau motivasi perawat dalam menjalankan tugasnya termasuk pelaksanaan perilaku *caring* dipengaruhi oleh ketidakseimbangan jumlah tenaga perawat yang ada. Bila jumlah perawat kurang dari kebutuhan maka akan mengarah kepada terjadinya frustrasi, keletihan, kekecewaan, dan bila jumlah tenaga berlebih akan mendorong terjadi kejenuhan dan perselisihan antar individu perawat. Jika jumlah klien meningkat maka jumlah kegiatan keperawatan juga akan bertambah sehingga beban kerja perawat juga bertambah dan akan lebih berat lagi jika tingkat ketergantungan klien lebih banyak berada pada kategori *total care* yang lebih banyak membutuhkan waktu *direct care* dari perawat.

Keletihan, kelelahan yang dialami perawat karena beban kerja yang meningkat dapat menurunkan motivasi perawat dalam menerapkan perilaku *caring* sehingga dampaknya menurunkan kinerja dan kualitas asuhan keperawatan dan pada akhirnya menurunkan tingkat kepuasan klien. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Illyas (2004) salah satu faktor yang dapat menurunkan motivasi atau keinginan kerja personal adalah tingginya beban kerja.

Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* yang dipersepsikan klien di irna lantai Jantung rumah sakit Husada Jakarta. Persepsi klien akan menjadi indikator mutu pelayanan keperawatan mulai dari level unit hingga level rumah sakit. Kerangka teoritis dapat dilihat pada skema 2.1 berikut ini:

Skema 2.1
Diagram Skematis Beban Kerja dan Perilaku *Caring*



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

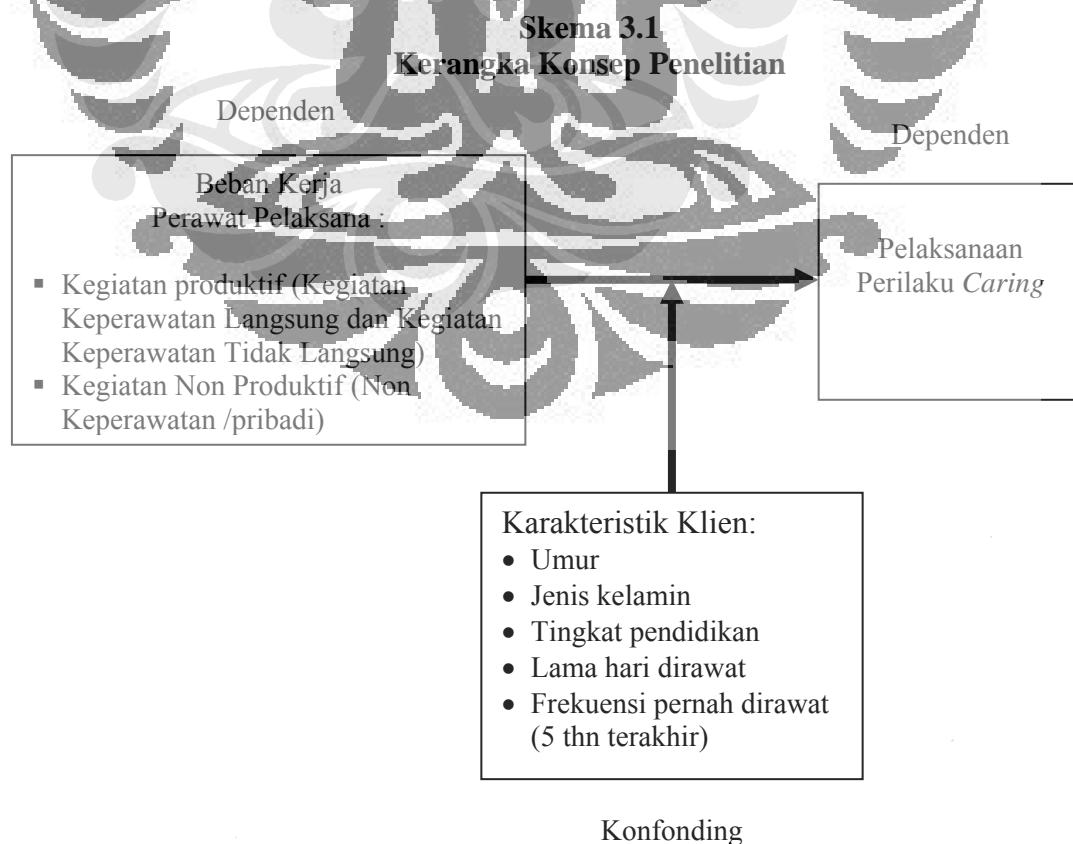
A. Kerangka Konsep

Variabel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel bebas (*independent*) adalah beban kerja (*workload*) dengan sub variabel kegiatan produktif (kegiatan keperawatan langsung dan kegiatan keperawatan tidak langsung) dan kegiatan non produktif (non keperawatan/pribadi). Beban kerja ini akan dipengaruhi jumlah klien, kondisi/tingkat ketergantungan klien dan jumlah tenaga perawat (Gillies, 1994). Semakin banyak jumlah klien biasanya akan banyak pula tindakan/kegiatan yang harus dilakukan perawat dan jumlah waktu yang diperlukan. Kondisi ini akan menjadi lebih berat lagi bila kondisi klien berada pada kategori V berdasarkan tingkat ketergantungan klien.
2. Variabel terikat (*dependent*) yaitu pelaksanaan perilaku *caring*. Perilaku *caring* merupakan esensi dari kegiatan/praktik keperawatan sehingga mempunyai arti yang dalam terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Pada penelitian ini perilaku *caring* akan dikelompokkan menjadi 7 kategori karatif berdasarkan 10 kategori karatif dari teori Watson (Cronin & Harrison, 1988). Perilaku *caring* perawat pelaksana akan dinilai oleh klien yang sedang dirawat berdasarkan sikap

caring yang ditunjukkan perawat dan dapat dirasakan dan diterima oleh klien. Jika dalam melaksanakan asuhan atau pelayanan keperawatan perawat menunjukkan sikap yang mencerminkan 10 kategori karatif Watson artinya perawat telah berperilaku *caring* kepada klien. Sebaliknya jika perawat tidak menunjukkan sikap yang mencerminkan 10 kategori karatif Watson artinya perawat tidak berperilaku *caring* kepada klien (Leininger, 1997 dalam Watson, 2004),

3. Variabel pengganggu atau konfounding yaitu karakteristik klien dengan sub variabel : umur, jenis kelamin, pendidikan, jumlah hari dirawat dan frekuensi pernah dirawat di rumah sakit 5 tahun terakhir (Wolf, 1998). Variabel ini merupakan faktor yang memiliki kontribusi terhadap persepsi/penilaian pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana. Secara rinci digambarkan dalam skema berikut:



B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep, maka hipotesis pada penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring*.
2. Ada hubungan antara karakteristik individu klien terkait umur dengan penilaian terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana.
3. Ada hubungan antara karakteristik individu klien terkait jenis kelamin dengan penilaian terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana.
4. Ada hubungan antara karakteristik individu klien terkait tingkat pendidikan dengan penilaian terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana.
5. Ada hubungan antara karakteristik individu klien terkait lama hari dirawat dengan penilaian terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana.
6. Ada hubungan antara karakteristik individu klien terkait frekuensi pernah dirawat (5 tahun terakhir) dengan penilaian terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana.

C. Definisi Operasional

Untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diteliti dan untuk menentukan metode penelitian yang digunakan dalam analisa data maka perlu dibuat definisi operasional variabel independent, variabel dependen dan konfounding yang dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| Variabel Independen | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|-------------------|
| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur & Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
| Beban Kerja | Jumlah waktu yang digunakan perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mencakup kegiatan produktif (kegiatan keperawatan langsung dan kegiatan keperawatan tidak langsung) dan kegiatan non produktif (kegiatan non keperawatan/pribadi) dalam 24 jam (3 <i>shift</i>) selama 12 hari pengamatan di RS Husada Jakarta | Alat ukur: Formulir observasi kegiatan perawat pelaksana. Cara ukur: <i>Work sampling</i> Dengan menjumlah waktu yang diperlukan perawat pelaksana untuk melakukan kegiatan produktif dan non produktif. | Jumlah dalam menit | Interval |
| Variabel Dependen | | | | |
| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur & Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
| Pelaksanaan Perilaku <i>Caring</i> | Persepsi klien terhadap perilaku yang terlihat pada perawat saat memberi asuhan keperawatan antara lain, memberi rasa nyaman, perhatian kasih sayang, peduli, pemeliharaan kesehatan, memberi dorongan, empati, minat, cinta, percaya, | Alat ukur dengan menggunakan kuesioner B Terdiri dari 63 item perilaku <i>caring</i> Menggunakan skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah | Skor responden antara 40 – 160 1 = pelaksanaan perilaku <i>caring</i> rendah < 108 2 = pelaksanaan perilaku <i>caring</i> tinggi ≥ 108 | Ordinal |

| Variabel | Defenisi Operasional | Alat Ukur & Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|--|--|--|--|------------|
| | melindungi, kehadiran, mendukung, memberi sentuhan dan siap membantu serta mengunjungi klien. | Cara ukur: Dengan menjumlah skor seluruh item perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana yang dipersepsikan klien | | |
| Variabel konfounding | | | | |
| Variabel | Definisi Operasional | Alat ukur & Cara ukur | Hasil ukur | Skala Ukur |
| Umur | Umur klien dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner. | Diukur dengan kuesioner A | 1 = ≤ 30 tahun 2 = > 30 tahun | Ordinal |
| Jenis Kelamin | Karakteristik klien tentang jenis kelamin yang terdiri dari "laki-laki" dan "perempuan" | Diukur dengan Kuesioner A | Pengolompokan: 1 = wanita, 2 = pria | Nominal |
| Pendidikan | Pendidikan formal klien yang terakhir diikuti dan telah selesai di buktikan dengan tanda lulus dari institusi pendidikan tersebut. | Diukur dengan kuesioner A | Pengolompokan: 1 = SD; 2 = SMP; 3 = SMA; 4 = PT. | Ordinal. |
| Lama hari dirawat | Jumlah hari klien di rawat di ruang rawat inap di RS Husada Jakarta | Diukur dengan kuesioner A | 1 = ≤ 5 hari 2 = > 5 hari | Ordinal |
| Frekuensi responden pernah di rawat di RS (5 tahun terakhir) | Frekuensi pernah di rawat di rumah sakit dalam 5 tahun terakhir | Diukur dengan kuesioner A | 1 = < 2 kali 2 = ≥ 2 kali | Ordinal |

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis korelasi deskriptif (*descriptive correlational*) dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yang bertujuan untuk meneliti hubungan antara variabel independen yaitu beban kerja perawat pelaksana yang meliputi kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan non keperawatan serta karakteristik klien yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, lama hari dirawat dan frekuensi pernah dirawat dalam 5 tahun terakhir, dengan variabel dependen yaitu pelaksanaan perilaku *caring* perawat berdasarkan 7 kategori karatif yang berhubungan dengan 10 kategori karatif menurut teori Watson dimana data dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (Polit & Hungler, 1999).

B. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini terdiri dari dua kelompok yaitu perawat dan klien.

1. Perawat

a) Populasi

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan terhadap hasil penelitian yang akan dilakukan (Arikunto, 2002). Populasi pada

penelitian adalah seluruh perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap lantai Jantung Rumah Sakit Husada berjumlah 25 orang.

b) Sampel

Teknik penentuan jumlah sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi perawat pelaksana yaitu: bertugas di ruang rawat inap lantai Jantung, latar belakang pendidikan SPK, D3 keperawatan, masa kerja minimal 1 tahun, dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Sedangkan kriteria eksklusi adalah perawat yang sedang cuti, sakit, mengikuti tugas belajar, dinas di ruang rawat inap lainnya.

Untuk menentukan besarnya sampel pengamatan (*survey*) peneliti menggunakan rumus berdasarkan proporsi yang dikemukakan oleh Issac & Michael, dalam Arikunto (2002):

$$S = \frac{X^2 \cdot N \cdot p(1-p)}{d^2(n-1) + X^2 \cdot p(1-p)}$$

S = besar sampel yang diinginkan

N = besar populasi

p = taksiran proporsi

d = perkiraan penyimpangan terhadap nilai prevalensi sebenarnya (*true prevalence*) yang besarnya disesuaikan dengan prevalensi. Secara umum nilai d yang sering dianggap bermakna (*degree of reliability*) adalah 5%.

X² = nilai tabel Chi-Square untuk satu *degree of freedom, confidence level* 95% setara dengan 1,96 = 3,841

Dari rumus diatas maka didapatkan hasil sebagai berikut :

$$S = \frac{3,841 \times 25 \times 0.5 \times 0.5}{0.06 + 0.9604}$$

$$S = \frac{24.01}{1.020} = 23.53 = 24 \text{ sampel perawat pelaksana.}$$

Berdasarkan perhitungan diatas maka perawat yang diamati adalah 24 orang (24 x 3 *shift*) setiap perawat diamati sebanyak 3 kali sehingga jumlah pengamatan mencapai 72 kali (24 kali *shift* pagi, 24 kali *shift* sore dan 24 kali *shift* malam). Setiap perawat yang diamati diikuti hingga selesai dalam 1 *shift* penuh. Pengamatan yang dilakukan adalah seluruh kegiatan perawat pelaksana selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan baik kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan non keperawatan atau pribadi.

2. Klien

a) Populasi

Populasi yang digunakan adalah seluruh klien yang dirawat di ruang rawat inap lantai Jantung rumah sakit Husada.

b) Sampel

Sampel penelitian yaitu klien yang dirawat di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta dengan kriteria inklusi: dirawat minimal 3x24 jam, sadar dan mampu berbahasa Indonesia, mampu baca tulis tingkat ketergantungan *self care* dan *partial care* serta bersedia

menjadi responden. Besarnya sampel ditentukan dengan cara *purposive sampling* dimana kriteria inklusi diatas ditentukan peneliti mengacu pada kondisi atau gambaran klien yang terdapat di irna lantai Jantung. Rata-rata BOR ruangan ini adalah 66,06 % dan kapasitas tempat tidur 42 tempat tidur sehingga diperkirakan jumlah klien perhari adalah 28 orang. Besar sampel pada penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2002) sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

n = besar sampel yang diinginkan

d = derajat akurasi yang diinginkan (0,05)

N = besarnya populasi yang diteliti

Dari rumus diatas maka didapatkan hasil sebagai berikut :

$$n = \frac{28}{1 + 28 (0,0025)} = 26,16 \text{ dibulatkan } 26 \text{ klien}$$

Pada penelitian ini jumlah klien yang memenuhi kriteria inklusi hingga batas waktu penelitian sebanyak 24 orang.

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di rumah sakit Husada Jakarta. Alasan utama menggunakan rumah sakit Husada yaitu selama penulis melakukan residensi di RS Husada masalah prioritas yang ditemukan adalah tentang kepuasan klien yang belum optimal atas pelayanan terutama pelayanan keperawatan yang ditandai dengan kurangnya sikap *caring* yang ditunjukkan perawat

selama memberikan asuhan keperawatan dengan alasan beban kerja perawat cukup berat (Hasil residensi peneliti, 2008).

Alasan menggunakan ruang rawat inap lantai Jantung adalah bahwa beban kerja tiap ruang rawat inap berbeda, lantai Jantung memiliki BOR lebih dari 60% (lebih tinggi dari ruang lain), perawat mengeluh beban kerja berat, sehingga penulis berkeinginan hasil penelitian ini menjadi data awal bagi bidang keperawatan RS Husada khususnya dalam upaya meningkatkan kepuasan klien melalui penerapan perilaku *caring* dengan melihat beban kerja perawat.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai dari uji coba kuesioner sampai pengumpulan data dari tanggal minggu I-III Mei 2009. Rancangan waktu penelitian mulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan tesis dapat dilihat secara lebih rinci pada lampiran 4 tentang jadwal kegiatan penelitian.

E. Etika Penelitian

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti lebih dahulu memberikan penjelasan kepada responden dalam penelitian ini yaitu perawat pelaksana dan klien yang dirawat di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta. Bahwa responden dilindungi dari berbagai aspek dalam penelitian ini (Polit & Hungler, 1999) yaitu 1) *Self determination* yaitu peneliti memberi kesempatan kepada responden untuk menentukan apakah bersedia atau tidak bersedia menjadi responden; 2) *Privacy* yaitu peneliti meyakinkan responden bahwa

data yang terkumpul tidak akan disebarluaskan oleh peneliti; 3) *Anonimity* yaitu peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan memberikan kode pada setiap instrument; 4) *Confidentiality* yaitu peneliti berjanji merahasiakan informasi yang didapatkan dan data yang terkumpul hanya digunakan untuk penelitian; 5) *Protection from discomfort* yaitu peneliti mengupayakan kenyamanan responden tidak terganggu; 6) *Referred* yaitu mengadakan rujukan jika diperlukan responden yang memperlihatkan tanda-tanda keluhan psikososial yang diakibatkan kuesioner.; 7) *Informed consent* yaitu responden menyetujui maka responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan.

F. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner dan pedoman observasi.

1) Kuesioner

Kuesioner perilaku *caring* perawat terdiri atas 2 (dua) bagian, yaitu: Kuesioner A merupakan pernyataan untuk mendapatkan informasi tentang karakteristik klien sebagai individu dalam bentuk isian yang meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, lama hari dirawat dan frekuensi pernah dirawat dalam 5 tahun terakhir.

Kuesioner B tentang penampilan perilaku *caring* perawat yang akan dipersepsikan oleh klien diadopsi dan dimodifikasi berdasarkan *Caring Behavior Assessment tool* (CBA) yang dikembangkan oleh Chron & Harrison (1988). CBA tool disusun berdasarkan *theory* Watson (1985,

1988) untuk identifikasi 10 faktor karatif dalam pekerjaannya/intervensinya. Kuesioner mengandung 40 pernyataan perilaku *caring* perawat dan dikelompokkan kedalam 7 subskala yang sama dengan 10 faktor-faktor karatif Watson (lampiran 3).

Pernyataan mengenai kemanusiaan/ keyakinan-harapan –sensitivitas 10 pertanyaan no 1-10; pernyataan mengenai membantu, membina kepercayaan 7 pertanyaan no 11- 17; pernyataan mengenai menerima ekspresi/ perasaan positif/negatif klien 5 pertanyaan no 18-22; pernyataan mengenai pembelajaran/pengajaran interpersonal 5 pertanyaan no 23-27; pernyataan mengenai menciptakan lingkungan yang mendukung, melindungi 4 pertanyaan no 28-31; pernyataan mengenai membantu memenuhi kebutuhan dasar 6 pertanyaan no 32-37 dan pernyataan mengenai mengizinkan terjadinya fenomenologi 3 pertanyaan no 38-40.

Pernyataan dalam kuesioner pelaksanaan perilaku *caring* dibuat dalam bentuk pernyataan positif (*favorable*) dan negatif (*unfavorable*). Pernyataan *favorable* terdapat pada pernyataan nomor 7, 13, 16, 25, dan 30. Cara pengukuran kuesioner B (*perilaku caring*) untuk pernyataan *favorable* menggunakan skala Likert 4 point yaitu 4 = selalu; 3 = sering; 2 = jarang; 1 = tidak pernah. sedang untuk pernyataan *unfavorable* menggunakan skala likert 4 point yaitu: 4 = tidak pernah; 3 = jarang; 2 = sering; 1 = selalu. Skor alternatif jawaban oleh responden memiliki rentang nilai 40 – 160.

Pada penelitian ini peneliti melakukan uji coba kuesioner terlebih dahulu sebelum melakukan pengumpulan data. Uji coba dilakukan di rumah sakit Husada Jakarta di ruang rawat inap yang bukan tempat penelitian tetapi memiliki karakteristik yang hampir sama dengan ruang yang akan diteliti yaitu ruang rawat inap Mawar dan Melati RS Husada Jakarta. Karena penelitian ini bersifat deskripsi korelasi, maka uji coba instrumen dilakukan sekurang-kurangnya pada 30 orang sampel (Sugiyono, 1999).

Uji *validitas* dilakukan dengan uji korelasi *Pearson Product Moment* (r) dengan menggunakan *Alpha Cronbach's*. Uji *validitas* dilakukan dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Nilai r tabel pada penelitian ini dilihat pada tabel r dengan menggunakan $df = n-2$ ($n = 30$, $df = 28$) pada tingkat kemaknaan 5% maka diperoleh nilai r tabel = 0,361. Bila r hitung $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut dinyatakan *valid*.

Hasil uji kuesioner tersebut adalah sebagai berikut:

a). Uji Validitas

Hasil r hitung berkisar 0,390-0,776. Dari 40 item yang dilakukan uji validitas terdapat 14 item yang memiliki nilai r hitung $<$ r tabel atau nilai hitung $<$ 0,361 (r hitung antara -0,002 – 0,317), yaitu item atau pernyataan nomor 4, 6, 7, 8, 9, 13, 16, 22, 25, 29, 30, 37, 39 dan 40

Setelah 14 item yang memiliki nilai $r < 0,361$ dikeluarkan dan dilakukan uji validitas ulang sebanyak 2 kali lagi masih di temukan 2 item pernyataan yang memiliki nilai $r < 0,361$ (pernyataan no 14 dan 17), sehingga didapatkan 24 item pernyataan yang valid.

b) Uji reliabilitas

Uji *reliabilitas* dilakukan setelah uji *validitas*. Setelah semua pernyataan dinyatakan *valid*, dilakukan uji *reliabilitas* dengan membandingkan nilai r tabel dengan r alpha, jika nilai r alpha $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut *reliabel* (Hastono, 2007).

Pernyataan 24 item yang dinyatakan valid selanjutnya dianalisis dengan uji reliabilitas. Hasil nilai r *Alpha Cronbach's* pada uji kuesioner ini adalah 0,910, artinya nilai *Alpha Cronbach's* $>$ r tabel maka 24 item dinyatakan reliabel.

Enambelas (16) item diatas yang memiliki nilai $r < 0,361$ tetap akan digunakan karena dianggap penting dan akan diperbaiki redaksinya, sehingga jumlah item yang akan digunakan dalam kuesioner tetap 40 item. Tahap berikutnya kuesioner digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas lagi dan masih ditemukan 2 item yang tidak valid, yaitu pernyataan no 7 dan 17.

2. Lembar Observasi dan Observer

Untuk mengukur beban kerja dilakukan dengan menghitung jenis kegiatan baik kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan non keperawatan atau pribadi serta mencatat waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan tersebut. Selanjutnya

mengklasifikasikan kegiatan yang diamati menjadi kegiatan produktif atau tidak produktif.

Pedoman terhadap observasi beban kerja perawat di susun berdasarkan kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan kegiatan non keperawatan (Situmorang, 1994 dan modifikasi sesuai dengan kegiatan yang ada di irna lantai Jantung RS Husada). Pengamatan atau observasi dilakukan dengan menggunakan formula teknik *work sampling* terhadap kegiatan yang dilakukan perawat pelaksana selama 3 *shift* atau 24 jam (Ilyas, 2004).

Cara pengukuran metoda observasi dengan menggunakan lembar observasi dan lembar jenis kegiatan langsung (formulir A1) terdiri dari 59 item; lembar daftar kegiatan keperawatan tidak langsung (formulir A2) terdiri dari 36 item; dan lembar daftar kegiatan non keperawatan (formulir A3) terdiri dari 20 item.

Untuk memastikan adanya objektivitas dan kepercayaan, maka pengamat harus dilatih dalam hal pengamatan (Gillies, 1994). Pada penelitian ini observer atau pengumpul data diuji persamaan persepsi yaitu dengan uji *Interrater Reliability* (uji *Kappa*), yaitu uji untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan observer atau numerator (pengumpul data). Seyogianya uji coba dilakukan dengan pengamatan langsung di bangsal namun karena keterbatasan waktu dari calon observer yaitu mahasiswa tingkat akhir akademi keperawatan RS Husada Jakarta maka uji

menyamakan persepsi dilakukan peneliti di ruang kuliah Akademi Keperawatan RS Husada dengan cara *role play*.

Pertama-tama peneliti membagikan kepada 44 mahasiswa calon observer lembar observasi dan lampiran jenis kegiatan yang akan diamati (kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan kegiatan non keperawatan) berikut dengan kode nomor kegiatan dan menjelaskan cara pengisiannya. Calon observer diminta untuk membaca dan memahami isi lembar yang dibagikan. Selanjutnya peneliti melakukan 10 *role play* dari beberapa jenis kegiatan yang ada kemudian calon observer diminta untuk menjawab jenis kegiatan yang dilakukan oleh peneliti pada lembar observasi yang sudah disiapkan. Jawaban dari calon observer selanjutnya diuji apakah sudah sesuai dengan yang dipersepsikan oleh peneliti dengan melakukan uji Kappa. Bila $p \text{ value} < \alpha$ berarti hasil uji Kappa signifikan atau bermakna.

Berdasarkan hasil uji Kappa diperoleh hasil: dari 44 calon observer terdapat 42 calon observer memiliki nilai $p \text{ value} < \alpha$ ($p \text{ value}$ berkisar 0,000 – 0,004) artinya uji Kappa bermakna/signifikan dan kesimpulannya terdapat persamaan persepsi mengenai aspek yang dinilai antara peneliti dan numerator. Sedangkan 2 calon observer memiliki nilai $p \text{ value} 0,063$ atau $p \text{ value} > \alpha$, artinya tidak bermakna dan tidak diikutkan menjadi observer pada penelitian ini. Namun karena alasan sakit dan lain hal maka jumlah observer yang terlibat dalam penelitian ini adalah 40 orang.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Setelah mendapatkan hasil uji kuesioner yang *valid* dan *reliabel*, peneliti meminta surat persetujuan penelitian yang dibuat oleh Dekan FIK-UI melalui koordinasi dengan pembimbing dan KPS Pascasarjana yang disampaikan kepada Direktur Utama RS Husada Jakarta, dengan tembusan kepada Kepala Divisi Keperawatan.
- 2) Setelah mendapat ijin dari Direktur Utama RS Husada, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Divisi Keperawatan, Kepala ruangan, perawat pelaksana, klien dan berbagai pihak yang terkait untuk pelaksanaan penelitian.
- 3) Responden 1 (Klien)
 - a) Sebelum melakukan penelitian peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan dalam kuesioner, dan penelitian tidak berdampak negatif bagi responden klien dan perawat pelaksana (lampiran 1b).
 - b) Selanjutnya peneliti memberikan lembaran pernyataan persetujuan sebagai bukti kesediaan sebagai responden dalam penelitian ini dan setelah itu kuesioner diberikan kepada responden (lampiran 2).
 - c) Klien diberikan kuesioner dan diberi kesempatan untuk mempelajari terlebih dahulu.
 - d) Selama responden mengisi kuesioner peneliti mendampingi sehingga bila ada pernyataan yang kurang jelas dapat langsung dijelaskan. Lama pengisian untuk kuesioner adalah 45-60 menit.

e) Semua data yang ada dikumpulkan, diperiksa kelengkapannya dan kemudian akan dianalisis oleh peneliti.

4) Responden II (perawat pelaksana)

a) Peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan (1a).

b) Peneliti menjelaskan bahwa akan dilakukan pengamatan terhadap seluruh aktifitas perawat pelaksana selama 24 jam atau 3 *shift*.

c) Meminta responden tetap melaksanakan tugasnya seperti biasa tanpa merasa terganggu karena observer mengamati dari jauh.

d) Selanjutnya peneliti memberikan lembaran pernyataan persetujuan sebagai bukti kesediaan sebagai responden dalam penelitian ini (lampiran 2).

e) Prosedur teknis pengumpulan data:

(1) Pengumpulan data dilakukan dalam 24 jam (3 *shift*) selama 12 hari kerja oleh observer yang sudah dinyatakan pantas melalui uji Kappa. *Shift* pagi mulai pkl. 07.00–14.00 WIB, *shift* sore mulai pkl. 14.00–21.00 WIB, *shift* malam mulai pkl. 21.00–07.00 WIB.

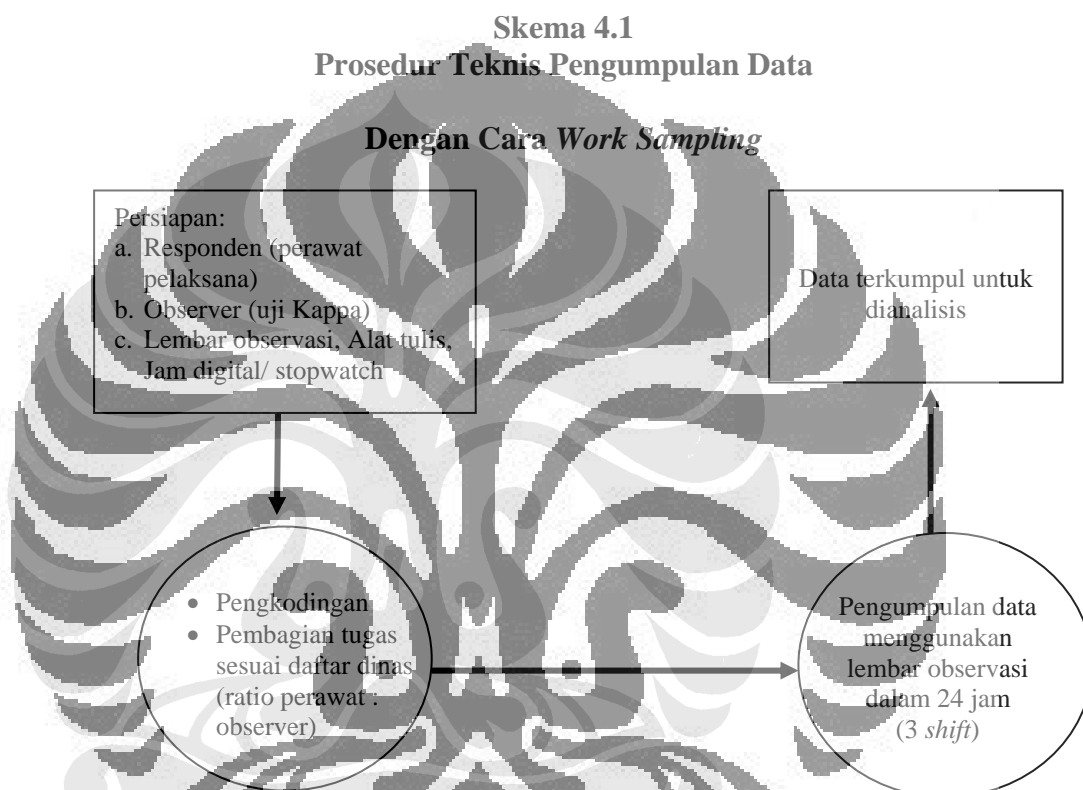
(2) Untuk mengetahui siapa dan berapa orang perawat yang akan diamati setiap *shift*-nya maka peneliti akan meminjam dan melihat daftar dinas perawat dari ruangan kemudian menyusun jadual pengamatan sehingga diketahui responden yang akan berdinas saat pengamatan.

(3) Memberi kode tertentu pada perawat pelaksana yang menjadi sumber data yaitu kode A–X dan pada *observer* dengan kode nomor 1–40.

- (4) Dipastikan observer adalah yang telah dinyatakan memiliki persepsi yang sama dengan peneliti (berdasar hasil uji Kappa).
- (5) Setiap 1 observer akan mengamati 2 orang perawat. Tiap *shift* akan terdapat 2 observer yang berarti akan diamati 4 perawat dalam tiap *shift*, kecuali *shift* malam hanya 3 perawat yang diamati.
- (6) Melaksanakan pengumpulan data dengan instrumen yang sudah disiapkan selama 1 *shift* penuh dengan pendampingan oleh peneliti.
- (7) Setiap kegiatan yang dilakukan perawat dicatat waktu mulainya dan kapan berakhirnya (pendampingan pada malam hari tidak dapat dilakukan peneliti).
- (8) Untuk pengumpulan data, pada hari kedua dan seterusnya adalah responden sesuai dengan daftar dinasnya.
- (9) Perawat pelaksana yang sudah ditentukan untuk diamati jika pada hari pengamatan ternyata tidak hadir karena ganti dinas atau sakit maka otomatis perawat pelaksana yang diamati adalah perawat yang menggantikannya.
- (10) Selama masa pengamatan tidak selalu tiap hari penuh 3 *shift* pengamatan, tetapi ada masa dimana dalam satu hari hanya dilakukan pengamatan pada *shift* pagi dan malam saja atau pagi dan sore saja. Hal ini terjadi karena peneliti harus menyesuaikan dengan waktu yang dimiliki observer (mahasiswa). Namun demikian target pengamatan sebanyak 72 kali dapat tercapai.

(11) Setelah observasi selesai, diperiksa kelengkapannya untuk kemudian data diolah dan dianalisis dengan menggunakan lembar rekap waktu hasil pengamatan (lampiran 6).

Secara skematis dapat digambarkan sebagai berikut:



H. Analisis Data

Analisis data meliputi pengolahan data dan analisis data terhadap kuesioner maupun observasi, seperti berikut:

a. Pengolahan Data

Pengolahan data dibantu dengan menggunakan perangkat komputer dengan tahapan pengolahannya sebagai berikut:

1) *Editing*

Pada tahap ini peneliti melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan pengisian, kejelasan tulisan, relevansi jawaban dengan pertanyaan, dan konsistensi jawaban dari setiap pertanyaan dan kejelasan hasil observasi agar dapat diolah dengan baik.

2) *Coding*

Pada tahap ini, peneliti melakukan konversi jawaban kuesioner. Setiap jawaban/data yang berbentuk huruf diubah menjadi data berbentuk angka/bilangan/kode untuk setiap pernyataan dalam instrumen sehingga memudahkan dalam pengolaan data. Untuk hasil observasi peneliti melakukan pengkodean untuk nama perawat.

3) *Scoring*

Pada tahap ini peneliti memberi skor atau nilai pada format isian sesuai dengan kategori data dan jumlah item pernyataan dari setiap variabel untuk memudahkan proses analisis. Untuk skor atau nilai pada jawaban *unfavorable* maka nilai skor adalah kebalikan dari nilai skor pernyataan *favorable*. Variabel dependen (perilaku *caring*) dilakukan skoring dengan menjumlah seluruh hasil skor responden klien kemudian dilakukan uji KS (*Kolmogorov Smirnov*), hasil distribusi tidak normal karena $p \text{ value} < 0,05$ maka digunakan median yaitu 108.

Variabel independen (beban kerja) dilakukan skoring dengan menjumlahkan waktu yang digunakan untuk melakukan seluruh aktifitas atau kegiatan yang dilakukan perawat pelaksana baik kegiatan produktif (kegiatan keperawatan langsung dan kegiatan

keperawatan tidak langsung) dan kegiatan non produktif (kegiatan non keperawatan/pribadi.

4) *Entry Data (Processing)*

Setelah pemberian kode pada setiap format, data dimasukkan ke dalam program komputer SPSS V. 17 untuk dapat dianalisis.

5) *Cleaning*

Data-data yang telah dimasukkan ke program komputer diperiksa kembali kebenarannya dilakukan dengan cara: 1) mengetahui *missing data*, dengan melakukan *list* (distribusi frekuensi) dari variabel yang ada; 2) mengetahui variasi data dengan cara mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel; 3) mengetahui konsistensi data dengan cara mendeteksi adanya ketidakkonsistensian data dengan menghubungkan dua variabel.

b. Teknik Analisis Data

1) *Univariat*

Pada penelitian ini analisis *univariat* bertujuan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi, mean, median dan simpangan baku sesuai dengan skala masing-masing data. Karakteristik klien ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi. Variabel beban kerja ditampilkan dalam bentuk rata-rata hitung (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal).

Tabel 4.1 : Uji Statistik Pada Analisa Univariat

| No | Variabel | Jenis data | Cara Analisis |
|----|---|------------|--|
| 1 | Beban kerja | Numerik | Rata-rata hitung (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal) |
| 2 | Perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana | Kategorik | Distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi |
| 3 | Karakteristik klien : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jenis kelamin ▪ Pendidikan ▪ Umur ▪ Lama dirawat ▪ Frekuensi pernah dirawat | Kategorik | Distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi |

2) Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan beban kerja, konfounding (karakteristik klien) dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan menggunakan uji statistik sebagaimana terlihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.2: Uji Statistik Pada Analisa Bivariat

| No | Variabel Independen | Skala | Variabel Dependen | Skala | Uji Statistik |
|----|--------------------------|----------|--|---------|------------------|
| 1 | Beban kerja | Interval | Pelaksanaan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana | Ordinal | Uji t independen |
| No | Variabel Confounding | Skala | Variabel Dependen | Skala | Uji Statistik |
| 1 | Umur | Ordinal | Pelaksanaan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana | Ordinal | Chi Square |
| 2 | Jenis Kelamin | Nominal | Pelaksanaan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana | Ordinal | Chi Square |
| 3 | Tingkat pendidikan | Ordinal | Pelaksanaan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana | Ordinal | Chi Square |
| 4 | Lama dirawat | Ordinal | Pelaksanaan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana | Ordinal | Chi Square |
| 5 | Frekuensi pernah dirawat | Ordinal | Pelaksanaan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana | Ordinal | Chi Square |

3) *Multivariat*

Analisa *multivariat* dilakukan untuk mengetahui variabel independent dan konfounding mana yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen, uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda dengan alasan variabel dependen adalah variabel kategorik. Regresi logistik ganda dengan model faktor risiko dengan tujuan mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel konfounding.

Dalam analisa *multivariat* dilakukan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independent, konfounding dan dependennya. Variabel yang mempunyai nilai p value $<0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk dalam model *multivariat*.
- 2) Melakukan analisis secara bersamaan dengan memasukkan dan mengeluarkan variabel yang masuk dalam model hingga diperoleh hasil analisis *multivariat* dengan model akhir yang sederhana dan tepat.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil pengumpulan data yang dilakukan dari tanggal 11-23 Mei 2009. Kuesioner yang dibagikan untuk mengukur pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana sebanyak 40 item pernyataan diisi oleh 24 klien yang dirawat di ruang perawatan lantai Jantung. Pengisian kuesioner oleh klien dilakukan bersamaan waktunya pada minggu yang sama dengan pelaksanaan pengamatan terhadap beban kerja perawat yaitu kegiatan keperawatan selama 24 jam atau 3 *shift* yaitu *shift* pagi, sore dan malam meliputi kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan kegiatan non keperawatan. Sebelum dilakukan analisis seluruh kuesioner yang diisi klien maupun lembar hasil pengamatan dari observer dicek kelengkapannya. Secara rinci hasil analisis dimulai dari analisis univariat, bivariat dan multivariat dapat dilihat pada uraian berikut ini.

1. Hasil Analisis Univariat

A. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden klien meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama hari dirawat dan frekuensi pernah dirawat di Rumah Sakit Husada dalam 5 tahun terakhir.

Tabel 5.1

**Distribusi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan
Di Rumah Sakit Husada, Mei 2009 (n = 24)**

| Karakteristik Responden | n | Prosentase (%) |
|---|----------|-----------------------|
| Umur | | |
| < 30 tahun | 7 | 29,2 |
| > 30 tahun | 17 | 70,8 |
| Jenis kelamin | | |
| Wanita | 14 | 58,3 |
| Laki-laki | 10 | 41,7 |
| Pendidikan | | |
| SMA | 15 | 62,5 |
| PT | 9 | 37,5 |
| Lama hari klien dirawat | | |
| ≤ 5 hari | 19 | 79,2 |
| > 5 hari | 5 | 20,8 |
| Frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir | | |
| < 2 kali | 18 | 75 |
| ≥ 2 kali | 6 | 25 |

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar umur klien adalah > 30 tahun (70,8%) dan sebagian besar klien berjenis kelamin wanita yaitu sebanyak 58,3%. Tingkat pendidikan klien yang paling banyak adalah SMA (62,5%). Lama hari klien dirawat sebagian besar adalah kurang dari 5 hari (79,2%), sedangkan frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir adalah kurang dari 1 kali (75%).

B. Pelaksanaan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana

Distribusi statistik untuk persepsi klien terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana merupakan komposit dari 7 faktor karatif yang mengacu pada 10 faktor karatif Watson (Cronin & Harrison, 1988).

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Persepsi Klien Terhadap Pelaksanaan
Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Di Irna Lantai Jantung
RS Husada, Mei 2009 (n = 24)

| Variabel | N | Prosentase (%) |
|------------------------|-----------|----------------|
| Perilaku <i>caring</i> | | |
| Rendah | 13 | 54,2 |
| Tinggi | 11 | 45,8 |
| Jumlah | 24 | 100 |

Tabel 5.2 memperlihatkan proporsi responden dalam mempersepsikan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana adalah hampir sama yaitu 54,2% untuk pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana rendah.

C. Beban Kerja Perawat Pelaksana

Distribusi beban kerja perawat pelaksana merupakan komposit dari seluruh kegiatan perawat pelaksana selama 24 jam atau 3 *shift* yaitu *shift* pagi, *shift* sore dan *shift* malam. Kegiatan perawat pelaksana meliputi kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan kegiatan non keperawatan/pribadi. Selanjutnya dikelompokkan dalam kegiatan produktif dan tidak produktif. Yang termasuk kegiatan produktif yaitu kegiatan keperawatan langsung dan kegiatan keperawatan tidak langsung, sedang yang dimaksud dengan kegiatan tidak produktif yaitu kegiatan non keperawatan/pribadi).

Tabel 5.3
Analisis Beban Kerja Perawat Pelaksana (dalam menit) Berdasarkan Shift
dan Jenis Kegiatan Keperawatan di Irna Lantai Jantung
RS Husada, Mei 2009 (n = 24)

| Kegiatan | Mean | Median | Min | Maks | SD | 95% CI |
|------------------|--------|--------|-----|------|-------|---------------|
| Pagi : | 484,04 | 479 | 420 | 536 | 36 | 468,84-499,25 |
| Produktif | 460,50 | 456 | 334 | 525 | 52,59 | 438,29-482,71 |
| Tidak Produktif | 23,54 | 22 | 8 | 86 | 20,45 | 14,91-32,18 |
| Sore : | 479,79 | 486 | 420 | 523 | 32,10 | 466,15-493,26 |
| Produktif | 448,38 | 465 | 333 | 510 | 55,9 | 424,73-472,02 |
| Tidak Produktif | 31,33 | 21 | 10 | 87 | 26,01 | 20,35-42,32 |
| Malam : | 636,83 | 639 | 603 | 682 | 21,52 | 627,75-645,92 |
| Produktif | 455,88 | 449,50 | 419 | 489 | 21,06 | 446,98-464,77 |
| Tidak Produktif | 180,96 | 184,00 | 121 | 250 | 31,77 | 167,54-194,37 |
| Rata-rata shift: | 527,97 | 536,83 | 378 | 559 | 34,46 | 513,42-542,52 |
| Produktif | 454,92 | 461,33 | 404 | 490 | 25,87 | 443,99-465,84 |
| Tidak Produktif | 78,61 | 75,7 | 55 | 116 | 17,77 | 71,11-86,12 |

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa rata-rata jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana pada shift pagi: 484,04 menit setara dengan 8,06 jam, artinya tidak sesuai atau lebih dari batas waktu shift pagi yaitu 420 menit (7 jam). Shift sore: 479,79 menit setara dengan 7,9 jam, artinya tidak sesuai atau lebih dari batas waktu shift sore yaitu 420 menit (7 jam). Shift malam: 636,83 menit setara dengan 10,61 jam, artinya tidak sesuai atau lebih dari batas waktu shift malam yaitu 600 menit (10 jam). Dapat disimpulkan rata-rata jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana yang paling tinggi adalah pada shift pagi dengan standar deviasi 36. Jumlah waktu paling sedikit adalah 420 menit dan jumlah waktu paling banyak 536 menit. Dari hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata

jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana untuk kegiatan pada *shift* pagi adalah diantara 468,84-499,25 menit atau 7,81 jam-8,32 jam.

Rata-rata jumlah waktu untuk **kegiatan produktif** lebih banyak dibandingkan dengan kegiatan non produktif. Kegiatan produktif yang paling tinggi terjadi pada *shift* pagi: 460,50 menit setara dengan 7,67 jam, artinya tidak sesuai atau lebih dari standar optimum waktu produktif *shift* malam yaitu 336 menit (5,6 jam). Dengan standar deviasi 52,59, jumlah waktu paling sedikit adalah 334 menit dan jumlah waktu paling banyak 525 menit. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana untuk kegiatan produktif pada *shift* pagi adalah diantara 438,29-482,71 menit atau 7,30jam-8 jam.

Rata-rata jumlah waktu untuk kegiatan **non produktif** yang paling banyak terjadi pada *shift malam*: 180,96 menit setara dengan 3,01 artinya beban kerja pada *shift* malam masih sesuai dengan waktu non produktif. Dengan standar deviasi 31,77, jumlah waktu paling sedikit adalah 121 menit dan jumlah waktu paling banyak 250 menit. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana untuk kegiatan non produktif pada *shift* malam adalah diantara 167,54-194,37 menit atau 2,79 jam - 3,23 jam.

2. Hasil Analisis Bivariat (Korelasi)

Analisis bivariat pada penelitian ini untuk mengetahui : 1)hubungan antara karakteristik klien dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat

pelaksana; 2) hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring*

Tabel 5.4
Analisis Hubungan Karakteristik Klien (Umur, Jenis kelamin, Pendidikan, Lama Hari Dirawat dan Frekuensi Pernah Dirawat) Dengan Persepsi Klien Terhadap Pelaksanaan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Di Irna Lantai Jantung RS Husada, Mei 2009 (n = 24)

| Karakteristik | Persepsi Klien Terhadap Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR (95% CI) | p-Value |
|--------------------------|--|------|--------|------|-------|-----|-------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | n | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Umur | | | | | | | | |
| < 30 tahun | 4 | 57,1 | 3 | 42,3 | 7 | 100 | 1,185 | 1,000 |
| > 30 tahun | 9 | 52,9 | 8 | 47,1 | 17 | 100 | 0,20-6,99 | |
| Total | 13 | 54,2 | 11 | 45,8 | 24 | 100 | | |
| Jenis kelamin: | | | | | | | | |
| Wanita | 7 | 50 | 7 | 50 | 14 | 100 | 0,667 | 0,697 |
| Laki-laki | 6 | 60 | 4 | 40 | 10 | 100 | 0,13-3,45 | |
| Total | 13 | 54,2 | 11 | 45,8 | 24 | 100 | | |
| Pendidikan : | | | | | | | | |
| SMA | 9 | 60 | 6 | 40 | 15 | 100 | 1,875 | 0,675 |
| PT | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | 9 | 100 | 0,35-9,98 | |
| Jumlah | 11 | 54,2 | 13 | 45,8 | 24 | 100 | | |
| Lama dirawat | | | | | | | | |
| < 5 hari | 11 | 57,9 | 8 | 42,1 | 19 | 100 | 2,063 | 0,630 |
| > 5 hari | 2 | 40 | 3 | 60 | 5 | 100 | 0,28-15,4 | |
| Total | 13 | 54,2 | 11 | 45,8 | 24 | 100 | | |
| Frekuensi pernah dirawat | | | | | | | | |
| < 2 kali | 10 | 55,6 | 8 | 44,4 | 18 | 100 | 1,250 | 1,000 |
| ≥ 2 kali | 3 | 50 | 3 | 50 | 6 | 100 | 0,19-7,79 | |
| Total | 13 | 54,2 | 11 | 45,8 | 24 | 100 | | |

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui klien dengan kelompok umur > 30 tahun lebih banyak mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibanding dengan kelompok umur ≤ 30 tahun, yaitu 8 (47,1%) dari 17 klien. Mempunyai peluang 1,185 kali untuk mempersepsikan

perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi. Klien wanita lebih banyak mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* termasuk kategori tinggi dibandingkan klien laki-laki, yaitu 7 (50%) dari 14. Mempunyai peluang 0,667 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi

Klien dengan pendidikan PT lebih banyak mempersepsikan perawat melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibanding klien dengan pendidikan SMA, yaitu sebanyak 5 (55,6%) dari 9 klien. Mempunyai peluang 1,875 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi. Klien dengan lama hari rawat > 5 hari lebih banyak mempersepsikan perawat melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibandingkan klien dengan lama hari dirawat < 5 hari yaitu sebanyak 3 (60%) dari 5 klien. Mempunyai peluang 2,063 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi

Tabel 5.4 juga menjelaskan klien dengan frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir ≥ 2 kali lebih banyak mempersepsikan perawat melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibandingkan klien dengan frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir < 2 kali, yaitu sebanyak 3 (50%) dari 6 klien. Mempunyai peluang 1,250 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi

Dari keseluruhan karakteristik klien (umur, jenis kelamin, pendidikan, lama hari dirawat dan frekuensi pernah dirawat dalam 5 tahun terakhir) tidak ada yang

memiliki hubungan yang signifikan atau bermakna terhadap persepsi pelaksanaan *caring* perawat pelaksana karena nilai p value $> 0,05$ (berkisar 0,630-1,000).

Tabel 5.5
Analisis Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana Dengan
Pelaksanaan Perilaku *Caring* Di Irna Lantai Jantung
RS Husada, Mei 2009 (n = 24)

| Variabel | Mean | SD | SE | p-Value | n |
|---|--------|--------|-------|---------|----|
| Beban Kerja | | | | | |
| Penerapan perilaku <i>caring</i> rendah | 464,59 | 18,289 | 5,073 | 0,044 | 13 |
| Penerapan perilaku <i>caring</i> tinggi | 443,48 | 29,557 | 8,911 | | 11 |

Data pada tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa rata-rata beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* rendah adalah 464,59 menit dengan standar deviasi 18,289 sedangkan untuk perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* tinggi rata-rata beban kerjanya lebih sedikit yaitu 443,48 menit dengan standar deviasi 29,557. Hasil analisa lebih lanjut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata beban kerja antara perawat pelaksana yang melaksanakan perilaku *caring* tinggi dengan perawat pelaksana yang melaksanakan perilaku *caring* rendah ($p=0,044$).

3. Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat. Pada penelitian ini analisis dilakukan dengan uji regresi logistik ganda. Alasan menggunakan analisis regresi logistik ganda

karena pada penelitian ini variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom/binary. Langkah pertama yang dilakukan adalah melakukan analisis bivariat dari masing-masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan p value $< 0,25$ maka variabel tersebut masuk dalam tahap multivariat. Hasil uji regresi logistik sederhana untuk kandidat model dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6
Nilai p dari Analisis Bivariat Untuk Kandidat Model Pada
Variabel Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Lama Hari Dirawat
dan Beban Kerja Pada Shift Pagi Dengan Perilaku *Caring* di
Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta, Mei 2009

| Variabel yang dilakukan uji regresi logistik sederhana | Nilai p |
|--|---------|
| Beban Kerja | 0,037* |
| Umur dengan perilaku <i>caring</i> | 0,851 |
| Jenis kelamin dengan perilaku <i>caring</i> | 0,627 |
| Pendidikan dengan perilaku <i>caring</i> | 0,359 |
| Lama hari dirawat dengan perilaku <i>caring</i> | 0,375 |
| Frekuensi pernah dirawat dengan perilaku <i>caring</i> | 0,813 |

* variabel yang diikutsertakan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda (nilai p $< 0,25$)

Berdasarkan tabel 5.6, maka dapat diketahui bahwa variabel bebas yang akan diikutsertakan dalam analisis regresi logistik ganda adalah variabel beban kerja ($p=0,037$). Variabel pendidikan dan lama hari dirawat p valuenya masing-masing 0,359 dan ,0375 (p value $> 0,25$) sehingga secara statistik tidak dapat lanjut ke multivariat, namun karena secara substansi variabel ini penting maka variabel ini akan dianalisis multivariat.

Pada penelitian ini digunakan regresi logistik dengan model faktor resiko dengan tujuan mengestimasi secara valid hubungan beban kerja dengan perilaku *caring* mengontrol beberapa variabel konfonding. Pertama-tama melakukan pemodelan lengkap mencakup variabel beban kerja sebagai variabel utama, semua kandidat konfonding dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama yaitu beban kerja dengan semua konfonding). Selanjutnya dilakukan penilaian interaksi dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai p Wald-nya tidak signifikan, dikeluarkan secara berurutan satu persatu dari nilai p Wald yang terbesar. Hasil regresi logistik dengan model faktor resiko pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Pada Variabel Beban Kerja, Pendidikan, Lama Hari Dirawat dan Variabel Interaksinya Dengan Pelaksanaan Perilaku *Caring* Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta, Mei 2009

| Model | Variabel Bebas dan Variabel Interaksi | B | p Wald | OR | 95% CI |
|-------|---------------------------------------|--------|--------|-------|-------------|
| 1 | Beban kerja | -0,107 | 0,194 | 0,898 | 0,764-1,056 |
| | Pendidikan | -20,76 | 0,292 | 0,000 | 0,000-3,811 |
| | Lama hari dirawat | -0,925 | 0,971 | 0,397 | 0,000-7,953 |
| | Beban Kerja* Pendidikan | 0,046 | 0,273 | 1,047 | 0,964-1,137 |
| | Beban Kerja*Lama Hari Dirawat | 0,04 | 0,946 | 1,004 | 0,901-1,118 |
| 2 | Beban kerja | -0,104 | 0,107 | 0,901 | 0,795-1,023 |
| | Pendidikan | -20,58 | 0,271 | 0,000 | 0,000-9,532 |
| | Lama hari dirawat | 0,767 | 0,514 | 2,154 | 0,215-21,59 |
| | Beban Kerja* Pendidikan | 0,047 | 0,254 | 1,048 | 0,967-1,136 |

| Model | Variabel Bebas dan Variabel Interaksi | B | P Wald | OR | 95% CI |
|-------|---------------------------------------|-------|--------|-------|-------------|
| 3 | Beban kerja | -0,38 | 0,052 | 0,963 | 0,927-1,000 |
| | Pendidikan | 0,770 | 0,432 | 2,160 | 0,316-14,76 |
| | Lama hari dirawat | 0,477 | 0,680 | 1,611 | 0,168-15,46 |

Berdasarkan tabel 5.7, maka dapat diketahui bahwa tidak terdapat variabel interaksi dan selanjutnya akan dilanjutkan dengan uji konfounding dengan cara melihat perbedaan nilai OR untuk variabel utama yaitu beban kerja dengan diketuarkannya variabel kandidat konfounding, bila perubahannya >10% maka variabel tersebut dianggap sebagai variabel konfounding. Hasil uji konfounding dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Pada Variabel Beban Kerja dan Konfounding (Pendidikan dan Lama Hari Dirawat) dengan Pelaksanaan Perilaku *Caring* Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta, Mei 2009

| Model | Variabel Bebas dan Konfounding | B | p Wald | OR | 95% CI |
|-------|--------------------------------|-------|--------|-------|-------------|
| 1 | Beban kerja | -0,38 | 0,050 | 0,963 | 0,927-1,000 |
| | Pendidikan | 0,80 | 0,373 | 2,342 | 0,360-15,24 |
| 2 | Beban kerja | -0,37 | 0,046 | 0,963 | 0,928-1,001 |

(akhir)

Berdasarkan tabel 5.8, setelah variabel lama hari rawat dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel beban kerja tidak > 10 %. Dengan demikian variabel lama hari rawat bukan konfounding. Pada model kedua setelah konfounding pendidikan dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel beban kerja juga

tidak >10% maka variabel pendidikan bukan konfounding. Dari hasil pemodelan terakhir dapat diketahui bahwa hanya variabel beban kerja yang dominan mempengaruhi pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta.



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan hasil penelitian dan membahas secara rinci hasil-hasil penelitian yang dikaitkan dengan tujuan penelitian. Penulisan dibagi menjadi tiga bagian yaitu pertama menginterpretasikan dan mendiskusikan hasil penelitian dari variabel beban kerja yang dihubungkan dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi klien dikaitkan dengan konsep dan hasil peneliti lain, kedua menjelaskan tentang keterbatasan penelitian, dan ketiga menjelaskan tentang implikasi untuk keperawatan.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Hubungan Karakteristik Klien Dengan Persepsi Terhadap Pelaksanaan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta

a. Umur Klien

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa klien dalam kelompok umur > 30 tahun lebih banyak dari pada klien yang berumur < 30 tahun (tabel 5.1). Hal ini bisa terjadi karena irna lantai Jantung adalah ruang perawatan penyakit bedah dan dalam untuk orang dewasa. Untuk variasi umur memang lebih banyak klien yang berumur 30 tahun keatas dengan masalah paling banyak penyakit dalam.

Klien dengan kelompok umur > 30 tahun lebih banyak mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi (47,1%) dibandingkan klien dengan kelompok umur \leq 30 tahun. Mempunyai peluang 1,185 kali untuk mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibandingkan klien dengan umur < 30 tahun.

Peneliti berasumsi semakin bertambah usia maka seseorang lebih mudah untuk menerima keberadaan atau kondisi, tidak banyak menuntut dan mudah memberikan penghargaan atau penilaian yang baik terhadap perlakuan yang sudah ia terima. Analisa lebih lanjut menunjukkan bahwa dalam penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara umur klien dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=1,000$). Hal ini bisa saja terjadi karena klien yang berusia > 30 tahun lebih banyak jumlahnya dibanding klien yang berumur \leq 30 tahun. Secara statistik perbandingan jumlah tersebut mempengaruhi nilai prosentase persepsi klien sehingga umur klien tidak mempengaruhi atau tidak ada perbedaan yang signifikan dengan persepsi klien terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana.

Penelitian inipun tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Drain (2001) melaporkan bahwa terdapat hubungan yang erat penilaian klien terhadap pelaksanaan perilaku *caring* pelaksana dalam pelayanan keperawatan berdasarkan umur.

Namun sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Loundon & Britta, 1988; Iezzoni (2003 dalam Meeboon, 2006) bahwa pada umumnya semakin tua usia maka harapannya akan semakin rendah sehingga cenderung untuk mudah puas dan memberi penilaian yang baik terhadap apa yang ia terima yang diperlakukan terhadap dirinya (perilaku *caring* perawat) daripada usia yang lebih muda. Bahkan pada usia yang lebih tua lebih bijak menanggapi perilaku daripada yang berusia muda (Derose, 1997; Iezzoni, 2003 dalam Meeboon, 2006).

Lebih lanjut Pallen, Klein & Seydel, (1997 dalam Meeboon, 2006) menambahkan bahwa hal diatas bisa saja terjadi karena penurunan status fisiologis klien, dan terdapat perubahan persepsi dalam tiap bertambahnya satu tahun usia setiap tahunnya.

b. Jenis Kelamin

Sebagian besar responden klien berjenis kelamin wanita (58,3%). Ruang rawat inap lantai Jantung sebenarnya memiliki alokasi jumlah tempat tidur yang sama untuk klien pria dan wanita. Namun pada saat dilakukan penelitian klien laki-laki lebih banyak berada pada kondisi *total care* sehingga tidak memenuhi kriteria inklusi menjadi responden.

Klien wanita mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* termasuk kategori tinggi (50%) dibandingkan klien laki-laki.

Mempunyai peluang 0,667 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibandingkan klien laki-laki. Analisa lebih lanjut menunjukkan bahwa dalam penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin klien dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=0,697$).

Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Wolf, et al (2003) pada study *relationship between nursing caring and patient satisfaction in patient undergoing interventional cardiology*, bahwa pria dan wanita tidak memiliki persepsi yang berbeda terhadap perilaku *caring* perawat dan kepuasan klien. Pendapat ini juga didukung oleh Larrabee, 2004 dalam Meeboon (2006).

Berbeda dengan pendapat yang dikemukakan oleh Leoundon & Britta (1988) yang menyatakan bahwa jenis kelamin pria lebih mudah puas dibandingkan dengan wanita. Disebutkan juga bahwa wanita lebih ekspresif dalam menyampaikan persepsi dibanding pria (Woods & Heidari, 2003). Pernyataan ini didukung oleh hasil penelitian Drain (2001) yaitu *Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions*, menemukan bahwa wanita mempunyai kepuasan yang lebih tinggi terhadap pelayanan keperawatan yang diterimanya dibandingkan dengan pria ($p<0.05$). Pernyataan inipun didukung oleh Johansson, et al (2002 dalam Meeboon, 2006) dimana laki-laki memiliki lebih sedikit

harapan atau tuntutan dibanding wanita dan laki-laki lebih spontan menerima informasi dari perawat yang merawatnya.

Menurut peneliti dalam penelitian ini prosentase wanita lebih banyak mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* dalam pelayanan keperawatan bisa saja dipengaruhi oleh faktor usia klien yang berjenis kelamin wanita berada pada rentang > 30 tahun sehingga lebih mudah mengekspresikan rasa puas atau lebih bisa menerima pelayanan keperawatan yang diterimanya.

c. Pendidikan

Sebagian besar pendidikan klien adalah SMA (62,5%). Pada analisis bivariat klien dengan pendidikan PT lebih banyak mempersepsikan perawat melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi (55,6%) dibandingkan dengan klien dengan pendidikan SMA. Mempunyai peluang 1,875 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi. Analisa statistik lebih lanjut menunjukkan ($p=0,675$) artinya dalam penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan klien dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana

Peneliti melihat bahwa klien yang memiliki pendidikan lebih rendah seperti SMA akan lebih mudah memberikan penilaian yang baik atau puas terhadap perlakuan yang ia terima dalam hal ini adalah sikap atau perilaku

caring perawat pelaksana dalam memberi pelayanan keperawatan dibandingkan dengan klien dengan pendidikan PT.

Hasil ini tidak sejalan dengan yang disampaikan oleh Loundon & Britta, (1988) yang menyebutkan bahwa pendidikan seseorang akan mempengaruhi orang tersebut dalam memberikan suatu penilaian atau menentukan tingkat kepuasannya terhadap pelayanan yang diterimanya. Sebaliknya pendidikan yang tinggi cenderung diasosiasikan dengan tingkat kepuasan yang tinggi sehingga memerlukan pelayanan yang berkualitas yang tinggi untuk mendapatkan kepuasan.

Berbeda dengan apa yang disampaikan oleh Skarstein, et al. (2002 dalam Meeboon, 2006) bahwa tidak ditemukan adanya persepsi yang berbeda atas perilaku *caring* perawat berdasarkan tingkat pendidikan pada klien dengan cancer. Pendapat ini didukung oleh Hudak, Hogg-Johson, Bombardier, McKeever & Wright (2004).

d. Lama Hari Dirawat

Sebagian besar lama hari klien dirawat adalah ≤ 5 hari (79,2%). Klien dengan lama hari dirawat > 5 hari lebih banyak mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* termasuk kategori tinggi (60%) dibandingkan klien dengan lama hari rawat ≤ 5 hari. Mempunyai peluang 2,063 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibandingkan klien dengan lama hari dirawat

≤ 5 hari. Tidak ada hubungan yang bermakna antara lama hari dirawat dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=0,630$).

Menurut peneliti semakin lama klien dirawat maka masa kontak dan komunikasi serta banyaknya klien mendapat *caring* selama masa perawatan akan lebih mudah bagi klien untuk menilai perilaku *caring* perawat pelaksana dibandingkan klien yang dirawat dengan waktu rawat yang cukup pendek (klien baru). Demikian juga yang terjadi di irna lantai Jantung klien yang baru masuk rawat cenderung ingin segala sesuatu segera terpenuhi, misalnya terapi, kunjungan dokter yang akan merawatnya ataupun pemeriksaan penunjang ayang akan dilakukan. Sementara perawat masih harus menghubungi dokter dan mengecek obat yang dibutuhkan. Keterlambatan perawat bisa jadi diasumsikan klien sebagai perilaku yang tidak peduli, tidak tanggap dengan kebutuhan klien.

Berbeda dengan klien yang sudah dirawat beberapa hari cenderung dapat menerima dan menyatakan pelayanan yang diterimanya baik. Tentunya hal ini juga tergantung pada suatu kondisi dimana perawat tampak peduli, cepat berespon mengetahui dan mau membantu kebutuhan klien secara tulus selama masa perawatan klien.

Hal yang senada disampaikan Wolf, et al (1998) pendeknya waktu rawat klien mungkin akan mempengaruhi persepsi klien terhadap perilaku *caring*

perawat dan tentunya terhadap kepuasan klien. Pada klien dengan waktu rawat yang cukup pendek maka tuntutan atau harapan mereka sangat tinggi. Namun pada klien kronik dan lama dirawat bahkan berulang biasanya lebih berpengalaman dalam merawat atau *memanage* dirinya dibanding klien yang baru didiagnosa, hal ini mempengaruhi persepsi terhadap asuhan keperawatan yang diterimanya. Pada kelompok ini maka klien lebih mudah menerima perlakuan, sikap dari perawat yang merawatnya.

Hasil penelitian di salah satu rumah sakit di Jepang melaporkan bahwa klien yang dirawat kurang dari 1 minggu mereka merasa puas jika perilaku perawat dapat menunjukkan sikap perhatian terhadap kondisi fisik mereka, misalnya merawat kulit mereka. Bila lebih dari 1 minggu namun kurang dari 1 bulan klien ingin perawat dapat mengerti atau memahami opini/pandangan serta perasaan-perasaan klien. Lebih 1 bulan klien ingin perawat dapat mengurangi nyeri, mengerti opini dan perasaan mereka secara keseluruhan. Aspek yang penting lagi adalah ingin mendapat kepuasan dan ingin terbebas dari stress, dan cemas serta dokter yang kompeten (Tokunaga & Imanaka, 2003).

e. Frekuensi Pernah Dirawat Di RS Husada Dalam 5 Tahun Terakhir

Hasil univariat menunjukkan bahwa sebagian besar frekuensi klien pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir adalah <2 kali sebanyak 75%. Klien dengan frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir ≥ 2 kali lebih banyak mempersepsikan perawat melaksanakan

perilaku *caring* pada kategori tinggi (50%) dibandingkan klien pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir < 2 kali. Mempunyai peluang 1,250 kali mempersepsikan perawat pelaksana melaksanakan perilaku *caring* pada kategori tinggi dibandingkan klien dengan frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir < 2 kali. Lebih lanjut hasil analisis menunjukkan bahwa dalam penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=1,000$).

Menurut peneliti, klien yang memiliki pengalaman dirawat di rumah sakit lebih dari satu kali maka akan lebih bisa merasakan pelayanan keperawatan yang ia terima selama dirawat di rumah sakit. Klien memiliki perasaan bahwa perilaku *caring* yang ia terima selama beberap kali dirawat sudah cukup banyak, sehingga akan lebih cenderung untuk memberi suatu penilaian bahwa perilaku *caring* perawat cukup tinggi. Tentunya untuk menyatakan semua ini tergantung dari pengalaman atau *image* klien terhadap mutu pelayanan keperawatan atau perilaku *caring* perawat pada pengalaman sebelumnya.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilaporkan oleh Meeboon (2006) bahwa pengalaman masa lalu yang menyenangkan akan memberi pengaruh positif terhadap penilaian klien terhadap pelayanan yang akan diterimanya. Klien dengan riwayat masuk rumah sakit lebih sering mempersepsikan

perawat lebih *caring* dan merasa lebih puas. Sedangkan Holman & Lorig (2004 dalam Meeboon, 2006) mengingatkan sangat perlu untuk mempelajari pengalaman klien dalam hal perawatan.

2. Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana dengan Pelaksanaan Perilaku

Caring di Ruang Rawat Inap Lantai Jantung RS Husada Jakarta.

Menurut Marquis & Houston (2000) beban kerja adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Disebutkan pula beban kerja adalah jumlah total waktu keperawatan baik secara langsung/tidak langsung dalam memberikan pelayanan keperawatan yang di perlukan oleh klien (Gaudine, 2000).

Standar beban kerja menurut Gillies (1994) adalah 420 menit (7 jam) untuk *shift* pagi dan sore sedangkan untuk *shift* malam adalah 600 menit (10 jam). Waktu optimal kerja perawat adalah 80% (Ilyas, 2004). Mengacu pada pendapat Gillies (1994) dan Ilyas (2004) diatas maka peneliti menyimpulkan bahwa waktu produktif perawat yang selanjutnya disebut sebagai beban kerja (*workload*) pada *shift* pagi dan sore adalah 336 menit (5,6 jam) dan untuk *shift* malam adalah 480 menit (8 jam). Jika perawat sudah bekerja diatas 80% waktu produktifnya (standar produktif optimum) maka dapat dikatakan beban kerja perawat sudah tidak sesuai (Ilyas, 2004).

Hasil penelitian menunjukkan jumlah rata-rata waktu kegiatan perawat pelaksana pada *shift* pagi lebih banyak dari *shift* sore dan malam yaitu 484,04

menit (8,06 jam) . Jumlah waktu kegiatan berkisar 420 menit (7 jam) sampai dengan 536 menit (8,9 jam) terdiri dari kegiatan produktif 460,50 menit (7,6 jam) dan kegiatan non produktif 23,54 menit. Dari hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana untuk kegiatan pada *shift* pagi adalah diantara 468,84-499,25 menit (7,81-8,32 jam). Artinya beban kerja perawat pada *shift* pagi cukup tinggi atau tidak sesuai yaitu 94,3%.

Di irna lantai jantung hal ini bisa terjadi karena kegiatan pada pagi hari cukup banyak. Mulai dari kegiatan rutinitas memenuhi kebutuhan dasar klien (makan, minum, mandi, *toileting*, dll), memberi terapi, dokumentasi, pengebonan obat, pemeriksaan penunjang dimana perawat harus mengantar dan menjemput klien. Jumlah dokter yang *visite* juga cukup banyak pada *shift* pagi karena pada sore hari dokter buka praktek pribadi diluar maupun didalam lingkungan RS Husada. Fenomena yang dapat lihat di irna lantai Jantung adalah perawat *shift* pagi jarang pulang tepat waktu sesuai jam tugas (7 jam), sebaliknya tidak jarang perawat *shift* pagi masih harus menyelesaikan tugasnya hingga lewat pukul 15.00 WIB (8 jam lebih).

Jumlah rata-rata waktu kegiatan perawat pelaksana pada *shift* sore lebih sedikit dari *shift* malam yaitu 479,79 menit (7,9 jam) . Jumlah waktu kegiatan berkisar 333 menit (5,56 jam) sampai dengan 510 menit (8,5 jam) terdiri dari kegiatan produktif 448,38 menit (7,4 jam) dan kegiatan non produktif 31,33 menit. Dari hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95%

diyakini rata-rata jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana untuk kegiatan pada *shift* sore adalah diantara 466,15-493,26 menit (7,7-8,2 jam). Artinya beban kerja perawat pada *shift* sore juga cukup tinggi atau tidak sesuai yaitu 93,67%.

Beban kerja perawat pada *shift sore* cukup tinggi dapat terjadi karena selain rutinitas, kegiatan mempersiapkan klien pulang pada sore lebih banyak dibanding pada pagi hari demikian juga dengan penerimaan klien baru, melaporkan hasil laboratorium dan sebagainya.

Jumlah rata-rata waktu kegiatan perawat pelaksana pada *shift* malam lebih sedikit dari *shift* pagi dan sore yaitu 636,83 menit (10,6 jam). Jumlah waktu kegiatan berkisar 603 menit (10 jam) sampai dengan 682 menit (11,36 jam) terdiri dari kegiatan produktif 455,88 menit (7,5 jam) dan kegiatan non produktif 180,96 menit (3 jam). Dari hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana untuk kegiatan pada *shift* malam adalah diantara 627,75-645,92 menit (10,46—10,76 jam). Artinya beban kerja perawat pada *shift* malam masih sesuai yaitu 70,7%.

Beban kerja perawat pada *shift* malam masih sesuai karena kegiatan pada malam hari lebih sedikit. Kurangnya beban kerja pada *shift* malam dapat disebabkan beberapa faktor, yaitu kegiatan pada malam hari tidak sebanyak kegiatan pada *shift* pagi dan sore; klien lebih banyak tidur atau istirahat malam

dan adanya keluarga yang menunggu klien sehingga setidaknya dapat mengurangi kegiatan keperawatan terutama untuk pemenuhan kebutuhan eliminasi klien).

Kegiatan perawat lebih banyak di *nurse station* merapikan dan mengecek dokumen keperawatan, melaporkan hasil laboratorium dan lainnya. Memberi terapi, mengontrol klien istirahat. Kondisi ini sesuai dengan pernyataan Meyer (dalam Gillies, 1994) yang menyatakan bahwa untuk *shift* malam hari kegiatan langsung yang diterima oleh klien hanya berupa tindakan dan pengobatan, sebab klien perlu beristirahat dan tidur.

Situasi ini bisa terjadi kemungkinan disebabkan oleh jumlah tenaga perawat pelaksana yang ada kurang sesuai. Bila dilihat dari jumlah perawat pelaksana dan kapasitas tempat tidur yang ada di irna lantai Jantung maka perbandingan perawat dan klien adalah 1:1,4-5,6.

Perilaku *caring* perawat pelaksana yang dipersepsikan oleh klien di irna lantai Jantung RS Husada termasuk kategori tinggi hanya 45,8% artinya lebih dari separuh klien mengkategorikan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta pada kategori rendah (54,2%). Analisa lebih lanjut pada penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* ($p=0,044$).

Menurut peneliti hal ini sangat berpengaruh terhadap penampilan kerja perawat pelaksana terutama dalam pelaksanaan perilaku *caring* selama memberikan asuhan keperawatan di irna lantai Jantung. Dengan kondisi seperti ini perawat pelaksana tentunya sulit untuk dapat memberi rasa nyaman, perhatian kasih sayang, peduli, memelihara kesehatan, memberi dorongan, empati, menunjukkan minat, mencintai, percaya, melindungi, selalu ada jika dibutuhkan, mendukung, memberi sentuhan dan siap membantu serta mengunjungi klien. Sementara menurut Leininger (1997, dalam Watson, 2004) perilaku seperti inilah sikap *caring* yang sesungguhnya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan bidang diklat keperawatan Rumah Sakit Husada saat penulis melakukan residensi program kegiatan pelatihan dan pendidikan tentang *service excellence* sedang berlangsung bagi seluruh karyawan Rumah Sakit Husada termasuk seluruh perawat. Namun hingga penulis melakukan penelitian ternyata program ini tidak lagi berjalan dan belum semua perawat mengikuti kegiatan ini. Demikian pula dengan penyusunan draf *moment of truth in nursing* yang pernah disusun penulis saat residen bersama dengan bidang keperawatan tidak dilanjutkan.

Kondisi ini tentunya sangat disayangkan karena program tersebut sangatlah mendukung bagaimana perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang baik dan dapat memberikan lebih dari apa yang diharapkan klien. Demikian pula halnya dengan supervisi yang diakui oleh bidang keperawatan masih kurang dan hanya bersifat rutinitas. Salah satu program yang sangat baik

yang saat ini ada adalah dengan pemilihan perawat teladan. Diharapkan dengan program ini dapat memotivasi kerja perawat dengan tetap menitikberatkan perilaku *caring* sebagai inti dalam praktik pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang pernah dilaporkan oleh Setiasih (2006) dalam risetnya (n perawat = 92; n klien = 138) di rumah sakit Husada Jakarta menyimpulkan klien di rumah sakit Husada kurang puas dengan sikap *caring* perawat, kompetensi perawat, komunikasi, penjelasan kondisi dan perawatan diri yang diberikan perawat, sikap respek perawat, kesesuaian antara tindakan medis dan asuhan keperawatan.

Tappen (1998 dalam Prayetni, 2001) menyebutkan perawat yang memiliki beban kerja yang tinggi akan mengalami kelelahan kerja dan akan menunjukkan hilangnya simpati serta respon terhadap klien, selain itu akan menyebabkan kemunduran dalam penampilan kerja. Pernyataan Tappen (1998 dalam Prayetni, 2001) sejalan dengan hasil penelitian ini, dimana beban kerja perawat pelaksana yang tinggi di irna lantai Jantung RS Husada menyebabkan perawat pelaksana mengalami kelelahan dan berdampak kurang respon terhadap klien, kurang ramah demikian pula dengan komunikasi terapeutik tidak terjalin dengan baik.

Hal senada juga digambarkan oleh Moore, et al (2003) dalam study mereka pada asuhan keperawatan akut dan Amstrong-Stassen (2003) dalam studynya terhadap kelelahan pada perawat, menyebutkan bahwa beban kerja pada perawat merupakan bagian yang paling bermakna untuk memprediksi adanya kesehatan mental yang negatif pada perawat, stress, kurangnya kepuasan kerja, keletihan dan kelelahan.

Kondisi ini tentunya bukanlah suatu hal yang positif bagi rumah sakit terutama bidang pelayanan keperawatan karena *caring* adalah esensi dari keperawatan dan merupakan fokus serta sentral dari praktek keperawatan yang dilandaskan pada nilai-nilai kebaikan, perhatian, kasih terhadap diri sendiri dan orang lain serta menghormati keyakinan spiritual klien Watson (2004).

Caring juga merupakan perilaku profesional perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan kemampuan intelektual, teknikal yang diberikan kepada klien, keluarga dan masyarakat dengan penuh perhatian, peduli, ramah, santun, komunikasi terapeutik serta selalu siap sedia untuk memberikan yang terbaik untuk klien. Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam menentukan kualitas pelayanan keperawatan dan citra Rumah Sakit karena 90% pelayanan kesehatan di rumah sakit diberikan oleh perawat (Huber,1996). Oleh karena itu haruslah mampu memberi asuhan keperawatan yang berorientasi pada *outcome* klien yang lebih baik (Bellato & Pereira, 2004).

Hasil penelitian Sobirin (2006) tentang pelaksanaan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap BRSUD Unit Swadana Kabupaten Subang melaporkan lebih dari setengahnya (52,5%) termasuk kategori rendah dan 47,5% termasuk kategori tinggi. Selanjutnya disebutkan beban kerja perawat merupakan variabel utama yang mempengaruhi perawat ber perilaku *caring* dengan $p=0,000$; $n = 40$ dalam hal ini hasil penelitian merupakan persepsi dari perawat pelaksana.

B. Keterbatasan Penelitian

1. Proses pengumpulan data

Pada penelitian ini pengumpulan data beban kerja perawat pelaksana dengan cara observasi langsung terhadap keseluruhan aktivitas atau kegiatan perawat selama 24 jam sudah cukup baik, namun pendampingan selama observasi hanya dapat dilakukan peneliti pada *shift* pagi dan sore sementara *shift* malam pendampingan tidak dilakukan. Demikian juga dengan penilaian perilaku *caring* perawat pelaksana yang dipersepsikan langsung oleh klien sudah cukup objektif, namun akan lebih baik lagi jika persepsi klien terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana dilakukan secara *in depth interview* (kualitatif).

2. Pemahaman klien dalam menginterpretasikan atau mempersepsikan perilaku *caring* pelaksana mungkin belum sama karena berbagai faktor, misalnya pendidikan, nilai-nilai budaya, adapt atau kebiasaan dan lain-lain.

C. Implikasi Terhadap Pelayanan dan Penelitian Keperawatan

1. Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan dampak yang positif dan menjadi masukan yang berarti bagi pimpinan RS Husada Jakarta khususnya bagi Manager Bidang Keperawatan dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan dengan menerapkan atau melaksanakan perilaku *caring* selama memberikan asuhan atau pelayanan keperawatan dengan memperhatikan beban kerja perawat terutama perawat pelaksana, memperhatikan ketenagaan baik secara kuantitatif maupun kualitatif agar diperoleh kesesuaian terhadap jenis kerja dan tanggungjawab kerja yang diemban dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian ini juga dapat menjadi acuan bagi bidang keperawatan bekerjasama dengan kepala ruangan dalam memahami dan menyelesaikan berbagai permasalahan dalam hal beban kerja dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap lantai Jantung khususnya dan RS Husada Jakarta umumnya. Diharapkan pula dapat menjadi panduan dalam menentukan strategi peningkatan mutu pelayanan di RS Husada Jakarta.

Bagi perawat pelaksana, penelitian ini menjadi suatu informasi mengenal karakteristik klien dan mengetahui apa yang diharapkan klien pada masa klien dalam perawatan di ruang rawat inap.

2. Implikasi terhadap penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini juga dapat menjadi dasar bagi peneliti yang berminat melakukan pendekatan secara kualitatif pada kelompok klien tentang bagaimana persepsi mereka terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat selama mereka (klien) dalam masa perawatan sehingga lebih objektif. Selain itu peneliti lain juga dapat mengembangkan penelitian tentang hubungan antara variabel lain selain beban kerja yang dapat mempengaruhi pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana misalnya faktor motivasi, supervise, fasilitas/sarana, penilaian prestasi kerja, karakteristik individu perawat dan imbalan atau reward.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Karakteristik klien di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta meliputi sebagian besar umur klien adalah > 30 tahun dan sebagian besar klien berjenis kelamin wanita. Tingkat pendidikan klien yang paling banyak adalah SMA, lama hari klien dirawat sebagian besar adalah kurang dari 5 hari sedangkan frekuensi pernah dirawat di RS Husada dalam 5 tahun terakhir paling banyak adalah kurang dari 2 kali.
2. Lebih dari separuh persepsi klien terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana adalah kategori rendah.
3. Beban kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap lantai Jantung RS Husada Jakarta lebih dari standar waktu optimum produktif (standar 80%). Beban kerja yang paling tinggi atau tidak sesuai adalah pada *shift* pagi selanjutnya *shift* sore sedangkan *shift* malam beban kerja sesuai.
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku *caring* yang persepsikan oleh klien.
5. Pada variabel konfonding yaitu karakteristik klien seluruh subvariabel tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan persepsi terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana.

B. Saran

Berdasarkan temuan yang telah disimpulkan diatas maka beberapa saran yang dapat disampaikan kepada beberapa pihak terkait adalah:

1. Manager Bidang Keperawatan RS Husada Jakarta

Manager Bidang Keperawatan RS Husada Jakarta perlu meningkatkan pelaksanaan perilaku *caring* di ruang rawat inap dengan menjadikan *caring* sebagai inti dari praktek keperawatan di seluruh ruang rawat inap RS Husada Jakarta dengan cara:

- a. Menempatkan materi *caring* sebagai materi inti yang wajib disosialisasikan saat merekrut perawat baru.
- b. Melanjutkan program pendidikan dan latihan melalui kegiatan *role play* tentang perilaku *caring* secara regular dan merata pada seluruh perawat.
- c. Melanjutkan program penyusunan *moment of truth in nursing* yang berbasis perilaku *caring* (*caring behaviours*) untuk mencapai pelayanan yang prima (*service excellence*).

2. Kepala Ruangan

Melihat masih tingginya beban kerja dan rendahnya pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana maka kepala ruangan perlu:

- a. Mengkaji kembali ketepatan perencanaan jumlah tenaga yang ada di ruang rawat inap lantai Jantung dan pendistribusiannya untuk setiap shift.

- b. Mengkaji kembali pendayagunaan jumlah tenaga keperawatan yang ada saat ini di irna lantai Jantung Rumah Sakit Husada..
- c. Meningkatkan supervisi terhadap seluruh kegiatan perawat dalam memberikan asuhan pelayanan keperawatan secara reguler.
- d. Mengkaji kembali gambaran tugas (*job description*) dan distribusi tugas (*job distribution*) perawat pelaksana di irna lantai Jantung Rumah Sakit Husada.
- e. Melanjutkan program pemilihan perawat terbaik (teladan) dilakukan secara berkala dengan menitikberatkan pada point perilaku *caring* perawat pelaksana selama memberi pelayanan keperawatan.
- f. Kepala ruangan dapat menjadi *role model* dalam berperilaku *caring*.

3. Peneliti selanjutnya

- a. Mengingat keterbatasan peneliti sebaiknya untuk penelitian selanjutnya supaya menggali persepsi klien terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana dengan melakukan *in depth interview* (kualitatif) agar hasil data yang dikumpulkan dapat dianalisa secara mendalam.
- b. Hasil penelitian ini juga dapat dikembangkan dengan melihat variabel independen lainnya yang mungkin mempunyai hubungan dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana seperti faktor psikologis, motivasi perawat, karakteristik perawat, penilaian prestasi kerja, *reward*, supervise atau faktor organisasi secara lebih luas .
- c. Pada penelitian ini hasil pengamatan beban kerja diperoleh dengan cara observasi *work sampling* dan menghitung waktu yang digunakan perawat

pelaksana dalam melakukan kegiatan pelayanan keperawatan (kuantitas) tanpa menilai kualitas. Untuk penelitian selanjutnya akan lebih baik pengumpulan data beban kerja yaitu observasi dengan metode *time motion study* sehingga beban kerja yang diamati tidak sebatas kuantitas tetapi juga secara kualitas.



DAFTAR PUSTAKA

- Armbruster, D, et al. (2002). *Assessing the "caring" behaviors of skilled maternity care providers during labor and delivery: experience from Kenya and Bangladesh*. The academy for educational development/ the manoff group Washington, D.C, changeproject.org/pubs/CaringBehaviorsfinal.pdf, diperoleh pada tanggal 27 Februari 2009.
- Arikunto. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Bellato, R., & Pereira, WR. (2004). *Managemant in nursing in the current state improverishment of working conditions*. Revisi
- Cronin, S.N., & Harrison, B (1988). *Caring behavior assessment tool*. books.google.co.id/books?id=7eAKbr-TggEC&pg=PA77&dq=carin+bahavior+assessment+tool&as_brr=3&client=firefox-a&source=gbstoc_r&cad=0_0, diperoleh tanggal 27 Februari 2009.
- (1988). *Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3391789?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.PubmedResultsPanel.PubmedRVBrief, diperoleh tanggal 17 Juni 2009.
- Carayon, P & Gurses, 2005). *Workload*. http://www.workload/research_activity.htm diperoleh tanggal 10 Februari 2009.
- Dempsey & Dempsey (2002). *Riset keperawatan. Buku ajar dan latihan*. Edisi 4. Jakarta: EGC
- De Wit, S. (2005). *Fundamental concepts and skill for nursing*, 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Inc.
- Juliani, E. (2008). *Laporan residensi manajemen di RS Husada Jakarta*. Tidak dipublikasi
- Fitz Patrick, J., & Whall Ann., (1989), *Conceptual models of nursing: analisis and application*. 2nd ed. San Mateo California: Appleton and Lange
- Gadow. (1990). *Existential advocacy: Phylosophical foundation of nursing (nursing image and ideas)*. New york: Springer Publishing co.

- Gaudine. (2000), *Measuring nurses' workload*, http://www.cna-aiic.ca/CNA/ documents/pdf/publications/NN_NursesWorkloadmarch2003_e.pdf , diperoleh tanggal 10 Februari 2009.
- George, J. B. (1990: *Nursing theories the base for professional nursing practice*. 3th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Gillies, D, A. (1994). *Nursing managment a system approach*. 3th ed. Philadelphia: WB Saunders
- Gunadi, S. (2003). *Studi tentang beban kerja perawat di unit rawat inap penyakit dalam Lantai III RS Tebet Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hermansyah. (2004). *Pelaksanaan perilaku caring Jean Watson pada perawat pelaksana di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu*. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- _____, (2005), *Laporan Residenst di RS Husada Jakarta*. FIK-UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Huber, D. L. (1996). *Leadership and nursing care managment*. Philadephia: WB Saunders Company.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI.
- _____, (2004). *Perencanaan SDM Rumah Sakit, Teori, Metoda dan Formula*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI.
- Kimble, L. (2003). *Patient's perceptions of nurse caring behavior in an emergency department*. Thesis . Marshal University. www.marshal-edu/etd/masters/kimble-lynn-2003-msn.pdf, diperoleh pada tanggal 10 Februari 2009.
- Kosim, Y. W. (1999). *Analisis jumlah dan kebutuhan tenaga para medis perawatan di bagian rawat inap rumah sakit Marinir Cilandak Jakarta*. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak di publikasikan.
- Lea, A., Watson, J., dan Deary, I. J. (1998). *Caring in nursing: a multi variate análsis*. *Journal of advanced nursing* 28 (3), 662-671.
- Loundon & Britta. (1988), *Quality improvement in primary are and the importance of patient perceptions*, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 10 Februari 2009.

- Marquis, B. L., & Houston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing theory and application*. 3th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins
- Marriney – Tomey, A. (1994). *Nursing theorist and their work*. 3th ed. St Louis: Mosby.
- Meeboon, S. (2006). *The effect of patient and nursing unit characteristics on outcomes among hospitalized patients with chronic illness in Thailand*. A dissertation. faculty of the college of nursing. The University of Arizona, www.nursing.arizona.edu/Library/Meeboon_S.pdf, diperoleh tanggal 24 Maret 2009.
- Meleis. (1997). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott
- Mochal. (2001). *Determining productive time per day*, articles.techrepublic.com.com/5100-10878_11-1027986.html, diperoleh tanggal 29 April 2009
- Mutiara, S. P. (2004). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____, (1993). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurachmah, E. (2001). *Persepsi klien tentang asuhan keperawatan bermutu dan tingkat kepuasan*, www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=786&tbl=artikel, diperoleh pada tanggal 24 Maret 2009.
- O'Brian-Pallas, et al. (1997). *Measuring nurses' workload*, [/www.cna-aaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/NN_NursesWorkloadmarch2003_e.pdf](http://www.cna-aaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/NN_NursesWorkloadmarch2003_e.pdf) , diperoleh tanggal 10 Februari 2009.
- Peery, A. I. (2006). *Caring and burnout in registered nurses: what's the connection?*. A dissertation-submittet to the graduate school of North Carolina State University.
- PersatuanPerawat Nasional Indonesia. (2006). *Safe staffing dalam pelayanan kesehatan menyelamatkan kehidupan dan penghematan dana*, www.inna-ppni.or.id/index.php?name=News&file=article&sid=46, diperoleh tanggal 10 Februari 2009.
- Pitoyo, J. (2001). *Hubungan beban kerja dengan motivasi perawat pelaksana dalam melakukan pendidikan kesehatan di ruang rawat inap RSUD Seful Anwar Malang*. Tesis. Tidak di publikasikan. Jakarta: FIK-UI.
- Poedjanarto (2006). *Waktu kinerja produktif PNS*, groups.yahoo.com/group/Appreciativecommunity/message/2014, diperoleh tanggal 29 April 2009.

Polit & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methodes* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Prayetni. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan burn out pada perawat pelaksana di RSUP Persahabatan*. Jakarta. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak di publikasikan.

Profil rumah sakit Husada Jakarta. (2006). Tidak dipublikasikan.

Rafii, F., et al. (2002). *Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction*. http://www.ajan.com.au/Vol26/26-2_Rafii.pdf , diperoleh pada tanggal 24 Maret 2009.

Ronald & Burke.(2003), *Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and experiences* , <http://www.healthcaremanagerjournal.com/pt/re/hcm/abstract.00126...> diperoleh tanggal 10 Februari 2009.

Sabri, L., & Hastono, S. (2006). *Statistik kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.

Setiasih, W. (2006). *Hubungan kepuasan kerja perawat dengan kepuasan klien di rumah sakit Husada Jakarta*. Tesis. Tidak di publikasikan. Jakarta: FIK-UI.

Siagian, S. P. (2001). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Budi Aksara.

Sitorus, R. (2006), *Model praktik keperawatan profesional di rumah sakit: penataan struktur dan profesi (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat: panduan implementasi*. Jakarta: EGC

Sitorus, R., dkk. (2008). *Panduan penulisan tesis*. FIK-UI.

Sobirin, C.(2006): *Hubungan beban kerja dan motivasi dengan penerapan perilaku caring perawat pelaksana di BRSUD unit Swadana. kabupaten Subang*. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak di publikasikan.

Soeharti, L., dkk. (2007). *Hubungan beban kerja dengan kepuasan kerja dalam memberikan asuhan keperawatan (penerapan teori maslow)*. <http://ners.fk.unair.ac.id/index.php?option=comcontent&task=view&id=117&Itemid=25>, diperoleh tanggal 10 Februari 2009.

Stuart & Sundeen, et al. (1994). *Nurse client interaction, implementing the nursing process*. 5ed. S. Louis: Mosby Year Books Inc.

Sugiyono (1999). *Statistika penelitian*. Edisi pertama. Bandung: CV Alfabeta.

Swamsburg and Swamsburg, (1999). *Introductory management and leadership for nurses* England: Jones and Barlett Publisher.

_____, (2000). *Management and leadership for nurses manager*. England: Jones and Barlett Publisher. (edisi bahasa Indonesia).

Tappen, R. M., et al. (2004). *Essential of nursing leadership and management*. (3rd ed). Philadelphia: FA Davis.

Tokunaga, J., & Imanaka, Y (2003). *Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan*, <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/14/6/493>, diperoleh tanggal 24 Maret 2009.

Tomey, A. M. (1994). *Nursing theorist and their work*, 3 ed. St. Louis: Mosby

Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care*. New York: National Language for nursing.

_____. (2004). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. [//books.google.co.id/books?hl=id&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla:en-US:official&q=Cronin%20%26%20Harrison%20CBA%20tool&um=1&ie=UTF-8&sa=N&tab=wp](http://books.google.co.id/books?hl=id&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla:en-US:official&q=Cronin%20%26%20Harrison%20CBA%20tool&um=1&ie=UTF-8&sa=N&tab=wp), diperoleh tanggal 5 Mart, 2009

Wolf, Z.R., et al. (1998). *Nursing workload measurement system a discusion of the issues*, [www.rnao.org/Storage/21/1554 RAO Workload Measument.pdf](http://www.rnao.org/Storage/21/1554%20RNAO%20Workload%20Measument.pdf), diperoleh tanggal 10 Februari 2009

_____. (1998), Relationship between nurse caring and patients satisfaction , [//findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_12/ai_n18616793/pg_2?tag=content;coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_12/ai_n18616793/pg_2?tag=content;coll), diperoleh tanggal 10 Februari 2009

_____. (2003), *Relationship between nurse caring and patients satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures*, [//findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_12/ai_n18616793](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_12/ai_n18616793), diperoleh tanggal 10 Februari 2009



YANG BELUM MASUK
DATA DI KOMPUTER AKPER SEARCHING TAGGAL 7?????
Wijono (2003)

Hasil searching 27/2/09.....
maternity
diperoleh tanggal 27 Februari 2009

tool caring
www.bc.edu/bc_org/avp/son/ethics/pdf/tools.pdf . diperoleh tanggal 27 Februari 2009

Grade caring
www.Academic.cuesta.edu/nursing/CI eval long version.pdf

Quality measurement

[Hhttp://www.cms.hhs.gov/MedicaidSCHIPQualPrac/03_evidencebasedcare.asp](http://www.cms.hhs.gov/MedicaidSCHIPQualPrac/03_evidencebasedcare.asp)



KUESIONER

HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT PELAKSANA
DENGAN PELAKSANAAN PERILAKU *CARING* MENURUT
PERSEPSI KLIEN DI DI IRNA LANTAI JANTUNG
RUMAH SAKIT HUSADA JAKARTA



OLEH
ENNI JULIANI
0706194671

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK

2009

LEMBAR PENJELASAN TENTANG PENELITIAN (PERAWAT)

Kepada Yth:

Calon Responden

**Teman Sejawat di Lantai Jantung
RS Husada Jakarta**

Dengan hormat,

Saya, Enni Juliani, NPM: 0706194671, mahasiswa Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia bermaksud mengadakan penelitian tentang **“Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana Dengan Pelaksanaan Perilaku *Caring* Menurut Persepsi Klien Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta**. Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai landasan irna lantai Jantung dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Pengumpulan data akan dilakukan dengan cara pengamatan (observasi) terhadap seluruh kegiatan perawat (kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan kegiatan non keperawatan (pribadi) dengan cara *work sampling* selama 24 jam (3 shif). Pengamat (observer) mengamati perawat melakukan tugasnya dari jauh sehingga perawat dapat melakukan tugas seperti biasanya tanpa merasa terganggu.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap teman sejawat maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang saudara berikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini.

Untuk itu peneliti sangat mengharapkan partisipasi teman sejawat dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju mohon kesediaannya menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang saya bagikan. Atas kesediaan serta bantuannya dihaturkan terima kasih.

Jakarta, Mei, 2009

Peneliti

Enni Juliani



LEMBAR PENJELASAN TENTANG PENELITIAN (KLIEN)

Kepada Yth:

Calon Responden

**Bapak/ibu, Sdr/i yang sedang dirawat
di Lantai Jantung RS Husada Jakarta**

Dengan hormat,

Saya Enni Juliani, NPM: 0706194671, mahasiswa Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia bermaksud mengadakan penelitian tentang **“Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana Dengan Pelaksanaan Perilaku *Caring* Menurut Persepsi Klien Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta.** Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai landasan ruang rawat inap lantai Jantung dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap Bapak/Ibu/Sdr/i. Peneliti sangat menghargai hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang Bapak/Ibu/Sdr/i berikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini.

Untuk itu peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/i dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju mohon kesediaannya menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang saya bagikan. Atas kesediaan serta bantuannya diucapkan terima kasih.

Jakarta, Mei, 2009

Peneliti

Enni Juliani

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini setelah membaca dan memahami penjelasan tentang surat pengantar responden, saya menyatakan bersedia menjadi responden yang dilakukan oleh mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sedang penelitian dengan judul: **“Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana Dengan Pelaksanaan Perilaku *Caring* Menurut Persepsi Klien Di Irna Lantai Jantung RS Husada Jakarta.**

Saya memahami bahwa keikutsertaan saya sebagai responden dalam penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RS Husada Jakarta ini. Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif kepada saya.

Jakarta, Mei 2009

Tanda tangan Responden

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER A: KARAKTERISTIK KLIEN

Petunjuk:

Isilah jawaban pada pertanyaan dibawah ini atau tanda check (√) pada kolom jawaban yang Papa/ibu/Sdr/I pilih. Data ini akan dirahasiakan dan hanya dibaca oleh peneliti.

| No | PERNYATAAN | JAWABAN |
|----|---|---|
| 1 | Nomor Responden | (diisi peneliti) |
| 2 | Umur | tahun |
| 3 | Jenis Kelamin | <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita |
| 4 | Pendidikan | <input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> PT |
| 5 | Lama Dirawat (hari) di RS Husada |hari |
| 6 | Frekuensi pernah dirawat (dalam 5 tahun terakhir) | kali |

KUESIONER B: PERNYATAAN TENTANG PERILAKU *CARING*

PERAWAT DI RUANGAN

Petunjuk Pengisian:

1. Pernyataan 1- 40 terdapat 4 alternatif jawaban SL (Selalu), S (Sering), J (Jarang), TP (Tidak Pernah).
2. **SL (Selalu)** = berarti 100% dilakukan; **S (Sering)** = berarti *tidak selalu*, tetapi *lebih sering* dilakukan; **J (Jarang)** = berarti *pernah* tetapi *tidak selalu*; **TP (Tidak Pernah)** = berarti 0% dilakukan.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat dengan memberikan tanda (√) pada kolom sesuai jawaban.

| No | Sikap/Perilaku Perawat Selama Merawat Saya | Skala | | | |
|----|---|-----------|----------|----------|-----------|
| | | SL (4) | S (3) | J (2) | TP (1) |
| 1 | Perawat memperlakukan saya secara dengan sopan | | | | |
| 2 | Perawat mempertahankan sikap santun | | | | |
| 3 | Perawat menanyakan pada saya bagaimanapun saya ingin diperlakukan | | | | |
| 4 | Sikap perawat dapat menentramkan hati saya | | | | |
| 5 | Perawat memuji upaya saya untuk sembuh | | | | |
| 6 | Perawat meminta izin sebelum melakukan tindakan keperawatan pada saya | | | | |
| 7 | Perawat berbicara terlalu cepat sehingga tidak jelas | | | | |
| 8 | Perawat menunjukkan sikap baik pada saya | | | | |
| 9 | Perawat menunjukkan sikap baik pada keluarga saya | | | | |
| 10 | Perawat memberi kesempatan pada saya untuk melakukan hal yang berhubungan dengan keyakinan dan kepercayaan saya | | | | |
| 11 | Perawat memperkenalkan diri ketika pertamakali bertemu saya | | | | |
| 12 | Perawat memanggil nama saya dengan nama yang saya senangi | | | | |
| 13 | Perawat tidak segera membantu ketika saya membutuhkan | | | | |
| 14 | Perawat memberi perhatian penuh ketika bersama saya | | | | |
| 15 | Perawat menyebutkan kembali namanya ketika akan melakukan tindakan | | | | |
| 16 | Perawat tidak serius mendengar ketika saya berbicara | | | | |
| 17 | Perawat menghargai atau menghormati keputusan saya terkait perawatan yang saya jalani | | | | |
| 18 | Perawat mendorong saya untuk mengungkapkan apa yang saya rasakan | | | | |
| 19 | Perawat mengungkapkan perasaan ikut merasakan apa yang sedang saya rasakan | | | | |
| 20 | Perawat mengungkapkan rasa senangnya karena sudah membantu saya | | | | |

| No | Sikap/Perilaku Perawat Selama Merawat Saya | Skala | | | |
|----|--|-----------|----------|----------|-----------|
| | | SL (4) | S (3) | J (2) | TP (1) |
| 21 | Perawat menunjukkan sikap penuh kesabaran dalam menghadapi keluhan/sikap saya | | | | |
| 22 | Perawat menunjukkan ekspresi wajah sesuai dengan situasi (tidak terkesan berpura-pura) | | | | |
| 23 | Perawat memberi kesempatan pada saya untuk bertanya tentang penyakit saya | | | | |
| 24 | Perawat memberi penyuluhan kesehatan tentang penyakit saya | | | | |
| 25 | Perawat kurang jelas dalam menjawab pertanyaan yang saya ajukan | | | | |
| 26 | Perawat menanyakan kepada saya apakah sudah mengerti dengan penjelasan yang disampaikan perawat | | | | |
| 27 | Perawat meyakinkan saya tentang kesediaannya menjelaskan apa yang ingin saya tanyakan | | | | |
| 28 | Perawat memperhatikan kenyamanan lingkungan di sekitar saya (misal: kebersihan tempat tidur dan sekitarnya) | | | | |
| 29 | Perawat memperhatikan keamanan lingkungan di sekitar saya | | | | |
| 30 | Perawat kurang rapi dalam menata lingkungan saya | | | | |
| 31 | Perawat menjelaskan cara penggunaan sarana yang ada di lingkungan saya | | | | |
| 32 | Perawat melakukan tindakan dengan cepat | | | | |
| 33 | Perawat melakukan tindakan dengan tepat | | | | |
| 34 | Perawat tanggap dengan apa yang saya butuhkan | | | | |
| 35 | Perawat mengajarkan cara memenuhi kebutuhan diri saya secara mandiri yang sesuai dengan masalah dan kemampuan saya | | | | |
| 36 | Perawat membantu memenuhi kebutuhan saya sesuai dengan kemampuan atau ketidakmampuan saya (misal: makan, minum, bab, bak, ganti pakaian dan lainnya) | | | | |
| 37 | Perawat menanyakan kembali untuk memastikan bahwa yang saya butuhkan sudah terpenuhi sebelum meninggalkan saya | | | | |
| 38 | Sikap Perawat membuat saya merasa nyaman | | | | |
| 39 | Perawat memotivasi saya dalam menghadapi kondisi/penyakit yang saya alami | | | | |
| 40 | Perawat menghargai <i>privacy</i> /kepentingan pribadi saya | | | | |

Kisi-kisi Instrumen Pelaksanaan Perilaku Caring Perawat Pelaksana Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Berdasarkan 7 Kategori Karatif Yang Berhubungan Dengan 10 Faktor Karatif dari Watson

| No | Karatif Faktor | Pernyataan Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana | Nomor Kuesioner |
|----|--|--|-----------------|
| 1 | Kemanusiaan/ keyakinan-harapan – sensitivitas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperlakukan saya secara dengan sopan ▪ Mempertahankan sikap santun ▪ Menanyakan pada saya bagaimana saya ingin diperlakukan ▪ Sikap perawat menentramkan hati saya ▪ Memuji upaya saya untuk sembuh ▪ Memberi kesempatan pada saya untuk memutuskan tindakan keperawatan yang akan saya jalani ▪ Berbicara kepada saya terlalu cepat sehingga tidak jelas ▪ Menunjukkan sikap bersahabat pada saya ▪ Mengenal keluarga saya dan bersikap bersahabat ▪ Memberi kesempatan pada saya untuk melakukan hal yang berhubungan dengan keyakinan dan kepercayaan saya | 1-10 |
| 2 | Membantu, membina kepercayaan | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperkenalkan diri ketika pertamakali bertemu saya ▪ Memanggil nama saya dengan nama yang saya senangi ▪ Tidak segera menghampiri ketika saya membutuhkan ▪ Memberi perhatian penuh ketika bersama saya ▪ Menyebutkan kembali namanya ketika akan melakukan tindakan ▪ Tidak serius mendengar ketika saya berbicara ▪ Menghargai atau menghormati keputusan saya terkait perawatan yang saya jalani | 11 - 17 |
| 3 | Menerima ekpresi/ perasaan positif/negatif klien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mendorong saya untuk mengungkapkan apa yang saya rasakan ▪ Mengungkapkan perasaan ikut merasakan apa yang sedang saya rasakan ▪ Mengungkapkan rasa senangnya karena sudah membantu saya ▪ Menunjukkan sikap penuh kesabaran | 18 - 22 |

| | | | |
|---|---|--|---------|
| | | <p>dalam menghadapi keluhan/sikap saya</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menunjukkan ekspresi wajah sesuai dengan situasi | |
| 4 | Pembelajaran/ pengajaran interpersonal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberi kesempatan pada saya untuk bertanya tentang penyakit saya ▪ Memberi penyuluhan kesehatan tentang penyakit saya ▪ Kurang jelas dalam menjawab pertanyaan saya ▪ Menanyakan kepada saya apakah sudah mengerti dengan penjelasan yang disampaikan perawat ▪ Meyakinkan saya tentang kesediaannya menjelaskan apa yang ingin saya katakan | 23 - 27 |
| 5 | Menciptakan lingkungan yang mendukung, melindungi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperhatikan kenyamanan lingkungan di sekitar saya (misal: kebersihan tempat tidur dan sekitarnya) ▪ Memperhatikan keamanan lingkungan di sekitar saya (misal: memberi perlindungan tempat tidur, memelihara peralatan medis yang melekat di tubuh saya) ▪ Lingkungan saya tidak ditata supaya menjadi lebih nyaman ▪ Menjelaskan cara penggunaan sarana yang ada di lingkungan saya | 28 - 31 |
| 6 | Membantu memenuhi kebutuhan dasar | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan tindakan dengan cepat ▪ Melakukan tindakan dengan tepat ▪ Tanggap dengan apa yang saya butuhkan ▪ Mengajarkan cara memenuhi kebutuhan diri saya secara mandiri yang sesuai dengan masalah dan kemampuan saya ▪ Membantu memenuhi kebutuhan saya sesuai dengan kemampuan atau ketidakmampuan saya (misal: makan, minum, bab, bak, ganti pakaian dan lainnya) ▪ Memastikan bahwa yang saya butuhkan sudah terpenuhi sebelum meninggalkan saya | 32 - 37 |
| 7 | Mengijinkan terjadinya fenomenologi. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberi rasa nyaman pada diri saya ▪ Memotivasi saya dalam menghadapi kondisi/penyakit yang saya alami ▪ Menghargai <i>privacy</i>/kepentingan pribadi saya | 38 -40 |

**FORMAT OBSERVASI
KEGIATAN KEPERAWATAN LANGSUNG
(Formulir A1)**

| No | Kegiatan | No | Kegiatan |
|----|--|----|---|
| 1 | Menerima klien baru | 31 | Melakukan klisma |
| 2 | Melakukan program orientasi klien dan keluarga | 32 | Melakukan huknah rendah/tinggi |
| 3 | Melakukan pengkajian | 33 | Perawatan <i>colostomie</i> |
| 4 | Mengukur suhu tubuh | 34 | Melakukan <i>chest fisiotherapy</i> |
| 5 | Menghitung denyut jantung | 35 | Mengukur <i>intake</i> cairan |
| 6 | Menghitung pernapasan | 36 | Mengukur <i>input</i> cairan |
| 7 | Melakukan pemeriksaan fisik pada sistem: kardiovaskuler, pernapasan, perkemihan, pencernaan, endokrin, wicara, persepsi, reproduksi, penglihatan dan muskuloskeletal | 37 | Mencatat <i>intake & out put</i> |
| 8 | Memonitor tingkat kesadaran | 38 | Memberikan penkes |
| 9 | Memberi oksigen | 39 | Melatih klien mobilisasi/ <i>exercise aktif & pasif</i> |
| 10 | Mengatur posisi tidur klien | 40 | <i>Oral hygiene</i> |
| 11 | Melakukan suction | 41 | <i>Vagina hygiene</i> |
| 12 | Memberikan nebulizer | 42 | Memandikan klien |
| 13 | Melatih batuk efektif | 43 | Memelihara/memotong kuku |
| 14 | Memenuhi kebutuhan nutrisi oral, | 44 | Menyisir rambut klien |
| 15 | Menyuapi klien | 45 | Mencuci rambut klien |
| 16 | Memasang infus | 46 | Memberi kompres hangat |
| 17 | Melakukan perawatan infus | 47 | Memberi kompres dingin |
| 18 | Memonitor tetesan infus | 48 | Melakukan tirah baring |
| 19 | Mengganti cairan infus | 49 | Membantu klien minum obat |
| 20 | Melepas infus | 50 | Memberi obat suntik IM, IV, SE, infus/drip |
| 21 | Memasang NGT | 51 | Memberikan obat <i>suppositoria</i> |
| 22 | Memberi makan melalui NGT | 52 | Memotivasi & berinteraksi dengan klien |
| 23 | Perawatan NGT | 53 | Merawat luka/mengganti balutan |
| 24 | Melepas NGT | 54 | Mencegah cedera seperti memasang papan pengaman |
| 25 | Mengukur lingkaran perut | 55 | Mendampingi klien konsul |
| 26 | Menimbang berat badan | 56 | Mengantar klien ke kamar operasi |
| 27 | Memasang dower kateter | 57 | Mengambil klien dari kamar operasi |
| 28 | Perawatan dower kateter | 58 | Menyiapkan klien pulang |
| 29 | Membantu klien buang air besar/kecil | 59 | Perawatan klien yang akan meninggal/perawatan jenazah. |

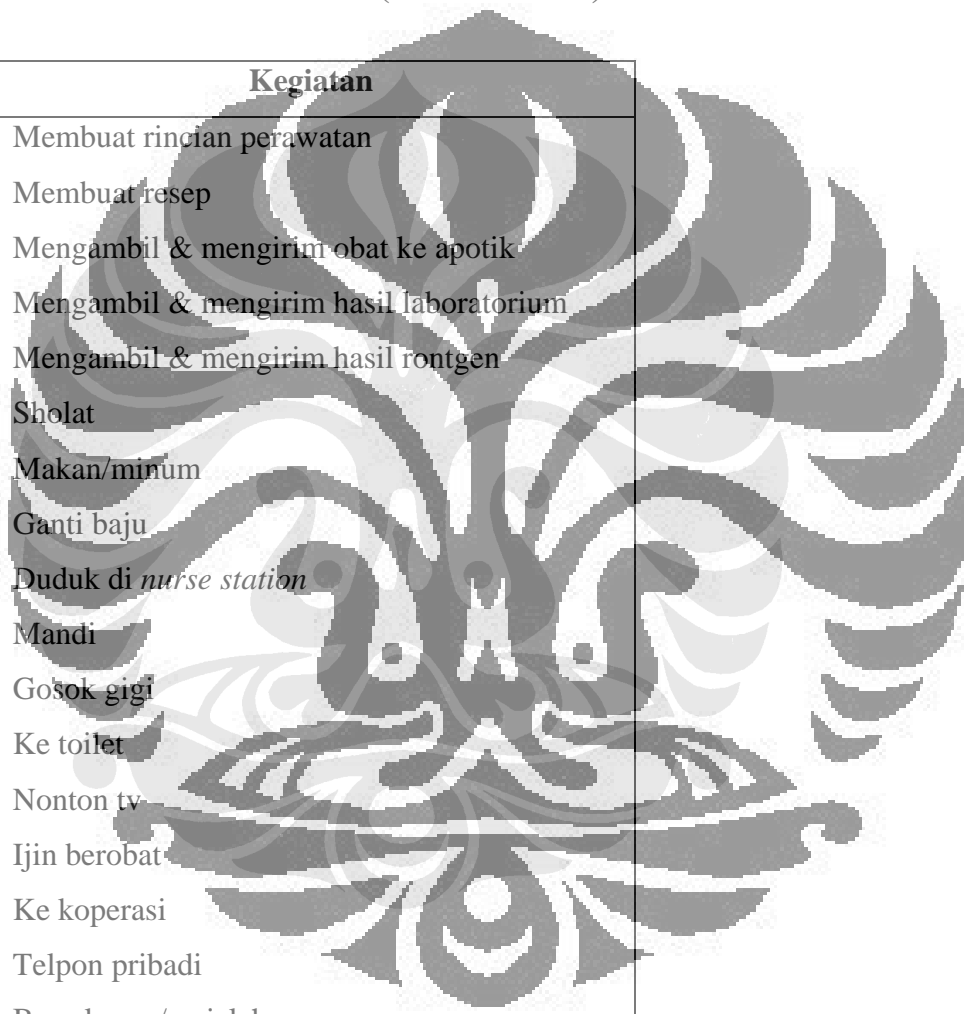
(Situmorang, 1994 dan modifikasi sesuai kegiatan yang biasa dilakukan di irna lantai Jantung RS Husada)

**FORMAT OBSERVASI
KEGIATAN KEPERAWATAN TIDAK LANGSUNG
(Formulir A2)**

| No | Kegiatan | No | Kegiatan |
|----|--|----|---|
| 1 | Mendokumentasikan hasil pengkajian | 20 | Operan alat keperawatan |
| 2 | Membuat diagnosa keperawatan | 21 | Membuat laporan jaga |
| 3 | Membuat rencana keperawatan | 22 | Terima & mengirim berita via telpon |
| 4 | Mendokumentasikan hasil/evaluasi | 23 | Mempersiapkan resep |
| 5 | Menghubungi dokter. | 24 | Membaca status klien |
| 6 | Menyiapkan formulir laboratorium | 25 | Membaca laporan jaga |
| 7 | Menyiapkan alat untuk | 26 | Mendaftarkan klien untuk pemeriksaan diagnostik |
| 8 | Pemeriksaan/tindakan khusus | 27 | Mencuci instrumen/alat |
| 9 | Merapikan lingkungan klien | 28 | Mempersiapkan tempat tidur |
| 10 | Mempersiapkan status klien | 29 | Mengikuti <i>visit</i> dokter |
| 11 | Membaca laporan | 30 | Menyiapkan darah untuk transfusi |
| 12 | Merapikan obat/alat-alat | 31 | Menyiapkan air mandi |
| 13 | Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain | 32 | Serah terima alat tenun |
| 14 | Mengikuti pre & post conference | 33 | Memasukkan data laboratorium |
| 15 | Mengikuti ronde keperawatan | 34 | Memasukkan data visite dokter |
| 16 | Mengikuti diskusi keperawatan | 35 | Membuat jadwal dinas |
| 17 | Mengikuti kegiatan ilmiah keperawatan | 36 | Membuat formulir perbaikan alat |
| 18 | Mengikuti rapat ruangan/ keperawatan | | |
| 19 | Menyiapkan obat | | |

(Situmorang, 1994 dan modifikasi sesuai kegiatan yang biasa dilakukan di irna lantai Jantung RS Husada)

**FORMAT OBSERVASI
KEGIATAN KEPERAWATAN NON KEPERAWATAN
(Formulir A3)**



| No | Kegiatan |
|----|---|
| 1 | Membuat rincian perawatan |
| 2 | Membuat resep |
| 3 | Mengambil & mengirim obat ke apotik |
| 4 | Mengambil & mengirim hasil laboratorium |
| 5 | Mengambil & mengirim hasil rontgen |
| 6 | Sholat |
| 7 | Makan/minum |
| 8 | Ganti baju |
| 9 | Duduk di <i>nurse station</i> |
| 10 | Mandi |
| 11 | Gosok gigi |
| 12 | Ke toilet |
| 13 | Nonton tv |
| 14 | Ijin berobat |
| 15 | Ke koperasi |
| 16 | Telpon pribadi |
| 17 | Baca koran/majalah |
| 18 | Datang terlambat |
| 19 | Pulang lebih awal |
| 20 | Mengobrol |

(Situmorang, 1994 dan modifikasi sesuai kegiatan yang biasa dilakukan di irna lantai Jantung RS Husada)

LEMBAR OBSERVASI KEGIATAN PERAWAT

Petunjuk:

1. Isilah format sesuai dengan tindakan responden yang saudara amati.
2. Catat kegiatan yang dilakukan responden dari mulai datang sampai pulang

Kode Responden :

Pengamat :

Ruang :

Tanggal :

Dinas Pagi/Sore/Malam *)

L = Kegiatan LANGSUNG

TL = Kegiatan TIDAK LANGSUNG

NK = NON KEPERAWATAN

(Pagi : 07.00 – 14.00 WIB)

(Sore : 14.00 – 21.00 WIB)

(Malam : 21.00 – 07.00 WIB)

| No. | Kegiatan Keperawatan (Tulis no kegiatan keperawatan yang dilakukan) | | | Jam Pelaksanaan | | Jumlah Waktu (menit) |
|---------|---|----|---------|-----------------|----------|-------------------------|
| | L | TL | Non Kep | Dimulai | Diakhiri | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Total : | | | | | | |

Lembar Rekap Waktu Hasil Pengamatan

A. Jumlah Jenis dan Waktu (menit) Kegiatan Keperawatan Menurut Jenis Kegiatan

| Kode Responden | Pagi | | | | | | Sore | | | | | | Malam | | | | | |
|----------------|----------------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|----------------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|----------------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|
| | Kegiatan Keperawatan | | | | | | Kegiatan Keperawatan | | | | | | Kegiatan Keperawatan | | | | | |
| | Langsung | | Tidak Langsung | | Non Keperawatan | | Langsung | | Tidak Langsung | | Non Keperawatan | | Langsung | | Tidak Langsung | | Non Keperawatan | |
| | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu | Jlh | Waktu |
| A | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rata-rata | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

B. Jumlah Waktu (menit) Kegiatan Keperawatan Menurut Waktu Produktif dan Non Produktif

| Kode Responden | Pagi | | Sore | | Malam | |
|----------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|
| | Kegiatan Keperawatan | | Kegiatan Keperawatan | | Kegiatan Keperawatan | |
| | Produktif | Non Produktif | Produktif | Non Produktif | Produktif | Non Produktif |
| A | | | | | | |
| B | | | | | | |
| C | | | | | | |
| D | | | | | | |
| W | | | | | | |
| Total | | | | | | |
| Rata-rata | | | | | | |

Lampiran 7 :

Jadwal Kegiatan Penelitian

| NO | KEGIATAN | BULAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----------------------------|----------|---|---|---|--|-------|---|---|---|-------|---|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|---|---|--|--|
| | | FEBRUARI | | | | | MARET | | | | APRIL | | | | | MEI | | | | JUNI | | | | JULI | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | 1 | 2 | 3 | 4 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1 | Penyusunan proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Seminar proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Uji coba instrumen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Pelaksanaan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Pengolahan & analisa data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Seminar hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Penyusunan laporan hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Ujian akhir | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Pengumpulan laporan thesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Enni Juliani

Tempat/tanggal lahir : Laras, 11 Juli 1970

Jenis Kelamin : Perempuan

Riwayat Pendidikan:

1. SDN 12 P Siantar (1976-1982)
2. SMP GKPS P Siantar (1982-1985)
3. SMA Teladan P Siantar (1985-1988)
4. AKPER RS Husada Jakarta (1989-1992)
5. FIK Universitas Indonesia (1996-1999)
6. Program Pascasarjana FIK – UI (2007-2009)

Riwayat Pekerjaan:

1. Perawat Pelaksana di RS Husada Jakarta (1992-1996)
2. Staf Pengajar AKPER RS Husada Jakarta (1996-Sekarang)