

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Manajemen Sumber Daya Manusia**

Berbagai pengertian tentang manajemen antara lain adalah “ Manajemen merupakan seni untuk menyelesaikan pekerjaan orang lain”, menurut Marry Parker Follet, kalimat ini mengandung arti bahwa untuk mencapai tujuan organisasi setiap manajer harus melalui pengaturan orang lain dalam menyelesaikan pekerjaan. Manajemen sendiri menurut Garry Dessler (1998) merupakan sebuah proses yang terdiri dari kegiatan perencanaan, pengorganisasian, penstaffan, kepemimpinan dan pengendalian.

Handoko (1996) memberi definisi tentang manajemen menjadi lebih luas yaitu merupakan kegiatan yang mencakup fungsi-fungsi perencanaan (penetapan apa yang akan dilakukan), pengorganisasian (perancangan dan penugasan kelompok kerja), penyusunan personalia (penarikan, seleksi, pengembangan, pemberian kompensasi dan penilaian prestasi kerja), pengesahan (motivasi, kepemimpinan, integrasi dan pengelolaan konflik) dan pengawasan.

Definisi diatas memberi kita kenyataan bahwa manajemen adalah mengelola sumber daya manusia bukan materi atau finansial. Manajemen sumber daya manusia merupakan cabang ilmu manajemen yang memusatkan perhatian pada masalah kepegawaian atau factor proyeksi tenaga kerja dan hal-hal yang mempengaruhinya.

Sumber daya manusia dalam sebuah organisasi merupakan asset penting yang sangat berpengaruh terhadap pencapaian tujuan organisasi, Untuk menghasilkan sumber daya manusia yang efektif dan tepat guna, maka diperlukan satuan kerja yang mempunyai fungsi khusus dalam melakukan berbagai kerja dan mengambil berbagai langkah dalam manajemen sumber daya manusia, namun hal ini tidak menutup fungsi pejabat pimpinan untuk mengambil peran dalam manajemen sumber daya manusia.

Flippo (1996) menyatakan bahwa manajemen sumber daya manusia adalah perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan, kegiatan-kegiatan pengadaan, pengembangan, pemberian kompensasi, pengintegrasian, pemeliharaan dan pelepasan sumber daya manusia agar tercapai berbagai tujuan individu, organisasi dan masyarakat. Sedangkan Handoko (1996) mendefinisikan manajemen sumber daya manusia adalah penarikan, seleksi, pengembangan, pemeliharaan dan penggunaan sumber daya manusia untuk mencapai baik tujuan individu maupun organisasi.

Dari definisi-definisi diatas, dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa manajemen sumber daya manusia memiliki tujuan meningkatkan efektivitas sumber daya manusia dalam mencapai tujuan organisasi.

## **2.2. Perencanaan Sumber Daya Manusia**

Perencanaan menurut Siagian merupakan langkah-langkah tertentu yang diambil oleh manajemen untuk menjamin tersedianya tenaga kerja yang tepat untuk menduduki berbagai kedudukan, jabatan dan pekerjaan yang tepat pada waktu yang

tepat, kesemuanya dalam rangka mencapai tujuan dan berbagai sasaran yang telah ditetapkan dan akan ditetapkan.

Sebuah organisasi harus mengidentifikasi permintaan dan suplai tenaga kerja di waktu yang akan datang secara tepat dan sesuai dengan kebutuhan organisasi. Idealnya kegiatan perencanaan dilakukan terus menerus, mulai dari perencanaan jangka pendek yang dapat menunjukkan kebutuhan tenaga kerja yang harus dipenuhi selama satu tahun yang akan datang, dan perencanaan jangka panjang dan menengah yang berfungsi mengestimasi situasi sumber daya manusia untuk dua, lima atau terkadang kebutuhan sepuluh tahun mendatang.

Perencanaan sumber daya manusia yang baik sedikitnya akan memberikan enam manfaat bagi organisasi yaitu, pertama, organisasi dapat memanfaatkan sumber daya manusia yang sudah ada dalam organisasi secara lebih baik. Kedua, meningkatkan produktivitas kerja tenaga yang ada, ketiga, penentuan kebutuhan akan tenaga kerja dimasa depan, baik jumlah dan kualifikasinya, keempat, menangani informasi ketenagakerjaan, kelima. Menimbulkan pemahaman yang tepat tentang situasi pasar kerja, Keenam, rencana sumber daya manusia merupakan dasar bagi penyusunan program kerja bagi satuan kerja yang dapat menangani sumber daya manusia dalam organisasi.

### **2.2.1. Perencanaan adalah berfikir ke depan**

Jika kita bicara perencanaan maka kita akan mendiskusikan hal-hal yang terjadi di masa depan. Oleh karena itu trend demografi, ekonomi, epidemiologi menjadi sangat penting. Kejelasan akan kecenderungan tersebut akan mempengaruhi

tingkat permintaan akan pelayanan rumah sakit, sehingga kita dapat memperkirakan jumlah dan jenis SDM yang dibutuhkan dimasa depan.

#### **2.2.2. Perencanaan adalah mengontrol masa depan**

Perencanaan akan dapat meramalkan apa yang akan terjadi di masa depan sehingga dengan perencanaan yang baik maka dapat mengontrol masa depan.

#### **2.2.3. Perencanaan adalah proses peramalan**

Data demografi, BOR, Angka hari rawat, angka kunjungan rawat jalan dan data lainnya merupakan modal awal bagi tim perencana untuk meramalkan kebutuhan sumber daya manusia di masa akan datang.

#### **2.2.4. Perencanaan adalah pengambilan keputusan terpadu**

Perencanaan merupakan suatu proses yang dilalui manajemen secara bersama, sehingga perencanaan yang baik adalah merupakan keputusan bersama.

#### **2.2.5. Perencanaan adalah prosedur formal**

Perencanaan merupakan suatu prosedur formal yaitu proses pengambilan keputusan bersama yang dituangkan dalam dokumen formal.

### **2.3. Perencanaan Strategik**

Perencanaan strategik merupakan suatu proses sistematis yang berkesinambungan, merupakan tindak lanjut dari hasil proses pengambilan keputusan secara ilmiah, dengan harapan akan memetik hasil di masa yang akan datang, melalui suatu mekanisme kerja yang dapat dipertanggungjawabkan (Burhan, 1994)

Perencanaan strategik membantu meringankan tanggung jawab manajemen puncak secara efektif dalam menghadapi berbagai persoalan penting organisasi, Perencanaan strategik bersifat antisipatif terhadap ancaman di masa datang dengan berbagai alternatif solusi, karena dengan perencanaan strategik peluang dan ancaman organisasi semakin jelas, selain itu perencanaan juga mencegah optimasi yang berlebihan dari bagian-bagian yang dapat mengorbankan organisasi secara keseluruhan. Perencanaan strategik membantu dalam penetapan prioritas masalah dan cara mengatasinya dengan cepat dan tepat, memberi peluang sumbang saran karyawan sehingga karyawan memperoleh rasa keterlibatan dan kepuasan.

#### **2.4. Strategi Perencanaan SDM Kesehatan**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit menyebutkan bahwa strategi perencanaan sdm kesehatan perlu memperhatikan :

1. Rencana kebutuhan SDM Kesehatan harus disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan baik kebutuhan lokal, nasional maupun global.
2. Pendayagunaan SDM Kesehatan diselenggarakan secara merata, serasi, seimbang dan selaras oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha baik ditingkat pusat maupun tingkat daerah. Dalam upaya pemerataan SDM Kesehatan perlu memperhatikan keseimbangan antara hak dan kewajiban perorangan dengan kebutuhan masyarakat. Pendayagunaan SDM

Kesehatan oleh pemerintah diselenggarakan melalui pendelegasian wewenang yang proposional dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah.

3. Penyusunan perencanaan berdasarkan pada sasaran nasional upaya kesehatan dari Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat.
4. Pemilihan metode perhitungan kebutuhan SDM Kesehatan didasarkan pada kesesuaian metode dengan kemampuan dan keadaan daerah masing-masing.

## **2.5.Manajemen Keperawatan**

### **2.5.1. Definisi**

#### **2.5.1.1.Perawat**

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan dan diberikan kewenangan untuk melaksanakan peran dan fungsinya. Sebagai tenaga kesehatan perawat adalah orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. (UU Nomor 23 tahun 1992)

#### **2.5.1.2.Keperawatan**

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada

individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat, yang mencakup seluruh siklus hidup manusia (Kelompok keperawatan CHS, 1989;Potter;1993)

Keperawatan berupa bantuan hidup yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya kesehatan utama, untuk memungkinkan setiap individu mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif.

### **2.5.1.3.Manajemen Keperawatan**

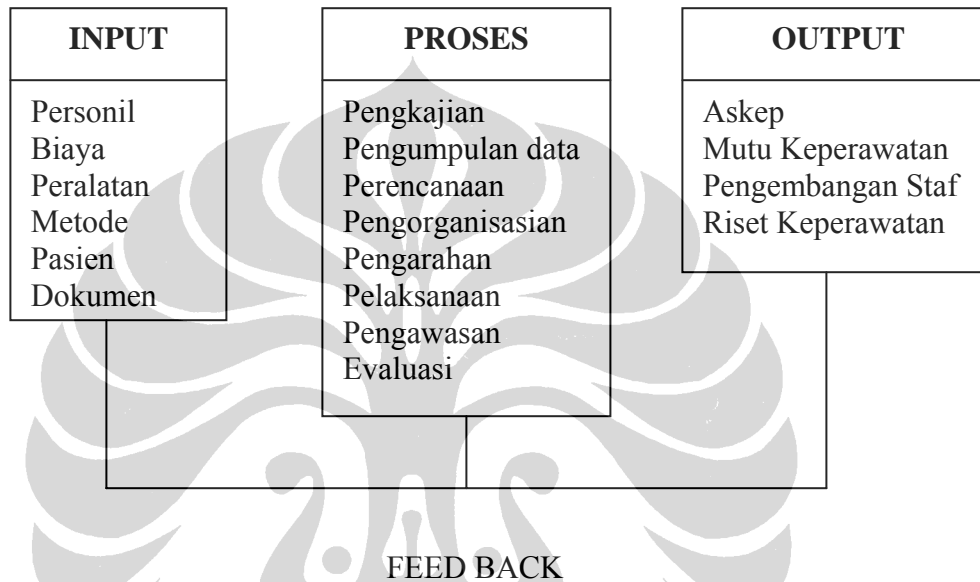
Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara professional, dengan kata lain manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan yang diupayakan oleh staf keperawatan dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang menyeluruh kepada pasien dengan mengacu pada standar asuhan keperawatan sebagai tolak ukur penyelenggaraan praktek asuhan keperawatan, sehingga mutu asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan.

### **2.5.2. Pendekatan sistem dalam manajemen keperawatan**

Manajemen keperawatan sebagaimana manajemen pada umumnya, mencakup manajemen unsur dan fungsi serta menggunakan pendekatan sistem yang meliputi input, proses, dan umpan balik seperti yang terlihat pada gambar 2.1.

Gambar 2.1

## PENDEKATAN SISTEM DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN



Dari gambar diatas kita dapat melihat bahwa sebagai *input* adalah tenaga keperawatan, biaya, peralatan (logistik keperawatan), pasien, metode asuhan keperawatan, dokumentasi keperawatan. Dalam *process* terdapat manajemen fungsi meliputi proses pengkajian, pengumpulan data, perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi. Dalam *output* terdapat antara lain asuhan keperawatan sendiri, mutu keperawatan, kepuasan pasien dan klien, pengembangan staf keperawatan dan riset keperawatan. Dan sebagai umpan balik dapat dilakukan audit keperawatan, evaluasi untuk meningkatkan kinerja perawat.



### **2.5.3. Filosofi, Visi dan Misi**

#### **2.5.3.1. Filosofi**

Filosofi keperawatan adalah pernyataan keyakinan tentang keperawatan dan manifestasi dari nilai-nilai dalam keperawatan yang digunakan untuk berfikir dan bertindak (Chitty;1997 dalam Nursalam;2004). Filosofi keperawatan dibangun diatas kepercayaan tentang manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan sebagaimana terdapat dalam paradigma keperawatan. Dari pengertian filosofi tersebut, maka dalam manajemen keperawatan juga menekankan pada unsur-unsur paradigma keperawatan dalam melakukan pengelolaan terhadap pasien, ketenagaan, peralatan, administrasi dan lain-lain yang berhubungan dengan pengelolaan organisasi di pelayanan, pendidikan, dan institusi pemerintah.

Filosofi pelayanan keperawatan pada tatanan kllinik/rumah sakit ditekankan pada:

1. Hak pasien untuk mendapatkan pelayanan dan menentukan kehidupannya
2. Setiap pasien harus dihargai sama tanpa membeda-bedakan agama, suku, warna kulit, status dan jenis kelamin
3. Asuhan keperawatan yang diberikan harus ditujukan pada pemenuhan kebutuhan individu
4. Asuhan keperawatan yang dan diberikan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan lainnya.

5. Perlunya koordinasi dan kerjasama dalam memanfaatkan sumber daya yang ada dalam mencapai tujuan organisasi.
6. Perlunya evaluasi secara terus menerus terhadap semua pelayanan keperawatan yang diberikan.

### **2.5.3.2. Visi dan Misi**

Inti konsep dasar manajemen saat ini dan akan datang adalah keseimbangan antara visi, misi dan motivasi yang jelas dalam mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Jika tidak, maka akan terjadi ketimpangan yang justru akan menambah ketidakjelasan arah pengembangan manajemen keperawatan di masa depan.

Visi yang dimaksudkan adalah perawat harus mempunyai pandangan dan pengetahuan yang luas tentang manajemen dan proses perubahan yang terjadi saat ini dan yang akan datang, yaitu tentang penduduk, sosial ekonomi, politik yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan.

Misi diartikan sebagai suatu langkah nyata dari profesi keperawatan dalam melaksanakan visi yang telah ditetapkan, yaitu menjaga dan mengawasi suatu proses profesionalisme keperawatan Indonesia agar terus berjalan dan berkesinambungan.

Visi dan misi ini berkaitan erat karena bagaimanapun baiknya suatu visi hanya akan menjadi slogan tanpa suatu tindakan nyata (misi).

Misi keperawatan dalam menjalankan proses manajemen keperawatan menurut Nursalam (2004) adalah :

1. Menyediakan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien dalam membantu kesehatan pasien yang optimal setelah pulang dari rumah saki.

2. Membantu mengembangkan dan mendorong suasana yang kondusif bagi pasien dan staf keperawatan/non keperawatan
3. Mengajarkan, mengarahkan dan membantu dalam kegiatan profesional keperawatan
4. Turut serta dan bekerjasama dengan semua anggota tim kesehatan yang ada di rumah sakit/tempat kerja.

Visi dan misi dapat dijalankan jika seluruh staf keperawatan mempunyai motivasi dalam menjalankan konsep manajemen keperawatan. Motivasi utama bagi perawat adalah pantang mundur dalam mencapai profesionalisme keperawatan. Perawat harus mempunyai keyakinan yang kuat untuk berhasil. Perawat harus mempunyai suatu keyakinan yang tinggi sebagaimana disampaikan oleh Florence Nightingale : ” *You are masters of your own destiny*”

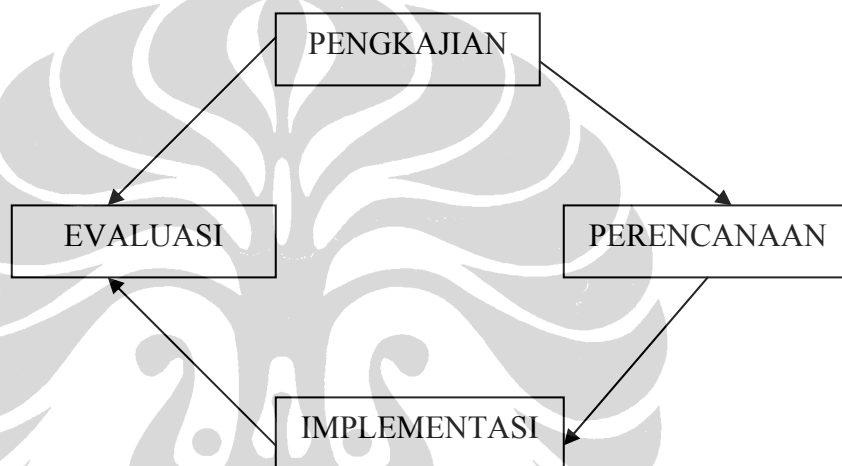
#### **2.5.4. Proses Manajemen Keperawatan**

Nursalam (2005) mengemukakan bahwa proses manajemen keperawatan merupakan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan ilmiah dalam mengidentifikasi masalah klien lalu dilakukan perencanaan asuhan keperawatan, dilanjutkan dengan implementasi (pelaksanaan) rencana keperawatan tersebut, mengawasi pelaksanaannya, mengevaluasi hasil tindakan, melakukan pendokumentasian tindakan untuk dijadikan umpan balik, dan diulangi lagi siklus berikutnya sesuai dengan perubahan dan perkembangan respons klien terhadap hasil

pelaksanaan tersebut. Secara skematis proses keperawatan dapat dilihat dalam gambar 2.2

Gambar 2.2

Proses Keperawatan



Sumber : Marriner (1983) dalam Nursalam (2005)

#### 2.5.4.1. Pengkajian-Pengumpulan data

Pada tahap ini, perawat dituntut tidak hanya mengumpulkan informasi tentang keadaan pasien, melainkan juga mengenai institusi, tenaga keperawatan, administrasi dan bagian keuangan yang akan mempengaruhi fungsi keperawatan secara keseluruhan.

Perawat harus mampu memanfaatkan proses manajemen dalam mencapai suatu tujuan melalui usaha orang lain, bila ini pemimpin maka dia harus bertindak

terencana dan efektif, mampu menjalankan pekaryaan bersama dengan para perawat dari beberapa level hierarki serta bekerja berdasarkan informasi penuh dan akurat tentang apa yang harus diselesaikan, dengan cara apa, untuk mencapai tujuan apa, dan menggunakan sumber daya yang tersedia untuk melaksanakan rencana itu.

Proses adalah suatu rangkaian tindakan yang mengarah pada suatu tujuan. Di dalam proses keperawatan, tujuan akhir adalah perawatan yang efektif dan ekonomis bagi semua kelompok pasien.

#### **2.5.4.2. Perencanaan**

Perencanaan dimaksudkan untuk menyusun suatu perencanaan yang strategis dalam mencapai suatu tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Perencanaan di sini dimaksudkan untuk menentukan kebutuhan dalam asuhan keperawatan kepada semua pasien, menegakan tujuan, mengalokasikan anggaran belanja, menetapkan ukuran dan tipe tenaga keperawatan yang dibutuhkan, membuat struktur organisasi yang dapat mengoptimalkan efektivitas staf, menegakan kebijaksanaan dan prosedur operasional untuk mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan.

#### **2.5.4.3. Pelaksanaan**

Tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan terdiri dari bagaimana memimpin orang lain untuk menjalankan tindakan yang telah direncanakan. Fungsi kepemimpinan dapat dibagi lagi untuk menjalankan tindakan yang telah direncanakan.

#### **2.5.4.4. Evaluasi**

Tahap akhir proses manajemen adalah mengevaluasi seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan. Tujuan evaluasi di sini adalah untuk menilai seberapa jauh staf mampu melaksanakan perannya sesuai dengan tujuan organisasi yang telah ditetapkan serta mengidentifikasi factor-faktor yang menghambat dan mendukung dalam pelaksanaan.

#### **2.6. Metode Penugasan Asuhan Keperawatan**

Model adalah kerangka kerja (framework) yang menyusun berbagai bagian sedemikian rupa sehingga menjadi utuh. Model memungkinkan informasi terorganisasi dengan baik dan menunjukkan informasi yang paling relevan yang diperkaya oleh pengalaman (Kusnanto, 2004).

Jenis sistem pemberian asuhan atau sistem penugasan menurut Huber (1996), yaitu :

##### **2.6.1. Model Kasus (Case Nursing)**

Sistem keperawatan kasus yaitu seorang perawat merawat seorang klien. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien secara menyeluruh dilakukan oleh seorang perawat baik di rumah sakit maupun di rumah.

Keuntungan sistem pemberian asuhan yaitu memungkinkan perawat hanya memfokuskan kepada kebutuhan satu klien saja sehingga membina hubungan yang akrab dan memuaskan terhadap klien.

Kerugiannya mahal karena kurang efisien dan mobilitas perawat juga jadi terbatas dan terisolasi dari rekan kerja lainnya.

### **2.6.2. Model Aplikasi Klien/Keperawatan Total**

Model ini adalah pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu orang perawat pada saat bertugas selama periode waktu tertentu atau sampai klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima semua laporan tentang pelayanan keperawatan klien.

Keuntungan model ini :

- a. Fokus keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien
- b. Memberikan kesempatan untuk melakukan keperawatan yang komprehensif
- c. Memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas, tugas non keperawatan dapat dilakukan oleh yang bukan perawat.
- d. Mendukung penerapan proses perawatan
- e. Kepuasan tugas secara keseluruhan dapat tercapai

Kelemahan model ini :

- a. Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.
- b. Peserta didik sulit untuk melatih keterampilan dalam melakukan perawatan dasar, misalnya menyuntik, mengukur suhu.
- c. Pendelegasian tugas terbatas
- d. Kelanjutan perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggungjawab klien bertugas.

### 2.6.3. Model Fungsional

Keperawatan fungsional dilakukan dengan tiap perawat bekerja berdasarkan tugas spesifik dan bersifat teknis seperti memberi obat, memandikan klien atau mengukur tanda vital. Perawat mengidentifikasi tugas yang dilakukan pada tiap shift dinas. Seorang perawat dapat melakukan dua jenis tugas atau lebih untuk semua klien yang ada di unit tersebut. Kepala ruangan bertanggungjawab dalam pembagian tugas tersebut dan menerima laporan tentang semua klien serta menjawab semua pertanyaan tentang klien.

Keuntungan model ini :

- a. Sistem fungsional yaitu secara administratif sangat efisien karena setiap perawat mendapat tugas yang spesifik untuk sejumlah pasien dan mudah dilakukan serta tidak membingungkan
- b. Perawat terampil untuk tugas atau pekerjaan tertentu
- c. Mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah selesai melaksanakan tugas
- d. Kekurangan tenaga ahli dapat diganti dengan tenaga yang kurang berpengalaman untuk satu tugas sederhana
- e. Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf atau peserta didik yang praktik untuk keterampilan tertentu.



Kelemahan model ini :

- a. Sistem ini tidak memungkinkan klien untuk menerima asuhan keperawatan secara holistik dan manusiawi dengan keunikan kebutuhan tiap klien sehingga sulit untuk memuaskan klien
- b. Pelayanan keperawatan terpilah-pilah atau tidak total sehingga proses keperawatan sulit dilakukan.
- c. Apabila pekerjaan selesai perawat cenderung meninggalkan klien dan melaksanakan tugas non keperawatan
- d. Perawat dengan kompetensi profesional cenderung merasa bosan dan tidak dapat berkomunikasi dan berinteraksi dengan klien. Walaupun secara ekonomi, sistem ini menguntungkan karena pekerjaan bisa dibagi dan dilaksanakan oleh tenaga terampil yang tidak membutuhkan pendidikan tinggi
- e. Kepuasan kerja keseluruhan sulit dicapai dan sulit diidentifikasi kontribusinya terhadap pelayanan klien
- f. Perawat hanya melihat asuhan keperawatan sebagai keterampilan saja

#### **2.6.4. Model Tim**

Keperawatan tim diberikan oleh tim yang terdiri dari beberapa perawat dan tenaga penunjang keperawatan. Setiap tim terdiri dari ketua tim dan beberapa anggota tim, tim ini merawat beberapa pasien tertentu, satu tim terdiri dari ketua tim dan beberapa anggota tim yang bertugas untuk merawat sejumlah klien. Setiap anggota tim terlibat dalam pemberian asuhan yang menjadi tanggung jawab tim. Setiap

anggota tim mengenal klien dan dapat berkomunikasi dengan klien. Begitu pula beban kerja lebih menyebar dan pendelegasian lebih berkembang.

Kelebihan model ini :

- a. Sistem ini adalah mengusahakan peningkatan kepuasan pasien dan staf perawat pada batas efisiensi biaya
- b. Memberi kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal
- c. Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif
- d. Memungkinkan pencapaian proses keperawatan
- e. Konflik perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim, cara ini efektif untuk belajar
- f. Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif

Kelemahan model ini :

- a. Memungkinkan terjadinya keterlambatan tindakan
- b. Terjadi salah komunikasi, pendelegasian dilakukan secara bertingkat, dan tanggung jawab tim sukar diterjemahkan. Keberhasilan tim sangat ditentukan oleh kemampuan ketua tim untuk memimpin tim
- c. Perawat yang belum terampil dan belum berpengalaman selalu tergantung atau berlindung kepada anggota tim yang mampu atau ketua tim

#### **2.6.5. Keperawatan Primer**

Keperawatan primer merupakan pendekatan yang memungkinkan perawat untuk bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap klien mulai dari masuk

hingga keluar dari Rumah Sakit. Perawat primer melakukan proses keperawatan secara menyeluruh selama klien dirawat di Rumah Sakit dan bertanggung jawab selama 24 jam yang memungkinkan kesinambungan asuhan keperawatan terhadap klien.

Keuntungan model ini :

- a. Sistem ini berfokus pada kebutuhan klien yang memberikan otonomi kepada perawat dan kesinambungan asuhan.
- b. Model praktik keperawatan profesional dapat dilakukan atau diterapkan
- c. Memungkinkan penerapan proses keperawatan
- d. Memberikan kepuasan kerja bagi perawat
- e. Memungkinkan asuhan keperawatan yang komprehensif
- f. Memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga menerima asuhan keperawatan

## **2.7. Pengembangan Sumber Daya Manusia dalam bidang Keperawatan**

Pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat diwarnai dengan pelayanan keperawatan oleh tenaga perawat yang dominan dalam jumlah serta bentuk pelayanan yang 24 jam, 7 hari dalam seminggu secara terus menerus tanpa henti.

Undang-undang Kesehatan nomor 23 tahun 1992 pasal 32(3) menyatakan bahwa upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan dapat dilakukan melalui keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan. Peningkatan mutu layanan keperawatan harus diikuti dengan peningkatan sumber daya manusianya melalui

pengembangan tenaga keperawatan. Aspek-aspek yang perlu diperhatikan antara lain meliputi kualitas, kuantitas, pengadaan dan pembinaannya.

### **2.7.1. Aspek Kualitas dalam Pengembangan Tenaga Keperawatan**

Aspek kualitas dalam pengembangan tenaga keperawatan ditandai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional sebagai titik sentral pelayanan keperawatan yang didalamnya tercakup unsur praktek keperawatan profesional, pengelolaan pelayanan keperawatan secara profesional dan pengembangan pengetahuan secara terus menerus baik melalui *in service* maupun pendidikan formal akademik. Disamping itu terus dikembangkan ilmu keperawatan klinik melalui penelitian keperawatan yang berorientasi pada klien (ICN. 1996). Hal ini erat kaitannya dengan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, sebagai manajer, sebagai pendidik dan peneliti, karena itu pengembangan tenaga keperawatan di rumah sakit harus didasarkan pada keempat peran utama perawat.

### **2.7.2. Aspek Kualitas dalam pengorganisasian dan pengelolaan**

Pelayanan keperawatan yang bermutu perlu ditunjang dengan sistem pengorganisasian dan pengelolaan yang mantap mulai dari tingkat pengelolaan di ruangan samapai pada tingkat pengelolaan seluruh pelayanan keperawatan di rumah sakit. Pengelolaan pada tingkat ruangan sedapat mungkin dikelola oleh sekurang-kurangnya lulusan DIII Keperawatan yang sudah berpengalaman dan telah mendapat sertifikat mengikuti pelatihan manajemen keperawatan untuk tingkat ruangan, sedangkan pada pengelolaan tingkat menengah sekurang-kurangnya dikelola oleh lulusan S1 Keperawatan yang ahli dalam manajemen keperawatan dan pada tingkat

manajer sedapat mungkin dikelola oleh seorang perawat spesialis lulusan S2 Keperawatan yang ahli dalam manajemen keperawatan.

### **2.7.3. Kaitan Aspek Kualitas tenaga keperawatan dengan jenis dan jenjang pelayanan keperawatan**

Makin berkembangnya masalah kesehatan dan keperawatan, serta pengembangan fisik maupun pelayanan rumah sakit menuntut pengembangan spesialisasi dalam bidang keperawatan baik ilmu maupun profesionalismenya. Untuk itu diperlukan berbagai jenis dan jenjang tenaga keperawatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan keperawatan. Jenis dan jenjang pelayanan keperawatan yang menuntut pengembangan kualitas keperawatan adalah sebagai berikut :

#### **1. Pengembangan fisik rumah sakit**

Kaitan pengembangan fisik rumah sakit dengan kualitas adalah jika terjadi penambahan unit perawatan baru yang tingkat pelayanan diatas pelayanan yang sudah ada maka mau tidak mau kualitas pelayanan keperawatan harus dikembangkan. Contoh, jika rumah sakit membuka unit ICCU yang belum ada dirumah sakit tersebut maka mau tidak mau rumah sakit harus mengirimkan perawat untuk meningkatkan kualitas profesionalismeya dengan mengikuti pelatihan keperawatan ICCU.

#### **2. Pengembangan sertifikasi institusi rumah sakit**

Sertifikasi rumah sakit juga mempengaruhi komitmen pimpinan dalam pengembangan kualitas perawat. Contoh suatu rumah sakit dengan sertifikat ISO 9002, tidak mau kualitas perawatnya berada dibawah dari yang belum

memiliki sertifikat ISO, begitupun dengan rumah sakit yang bersertifikat type B pasti secara kualitas lebih baik dari rumah sakit dengan type C

### 3. Perubahan penugasan keperawatan

Perubahan jenis penugasan keperawatan juga berpengaruh pada pengembangan kualitas keperawatannya. Contoh, rumah sakit dengan metode penugasan fungsional dapat dipastikan kualitas perawatnya berada jauh dibawah rumah sakit dengan penugasan keperawatan primer

#### **2.7.4. Aspek Kuantitas dalam pengembangan tenaga keperawatan**

Dalam menentukan kuantitas atau jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dalam suatu rumah sakit haruslah memperhatikan beberapa faktor yaitu :

1. Ukuran dan tipe rumah sakit
2. Fasilitas dan tipe pelayanan yang ditawarkan
3. Jenis dan jumlah peralatan dan frekuensi pemakaiannya
4. Kompleksitas penyakit
5. Usia pasien dan lama tinggal di rumah sakit
6. Pemberian cuti seperti melahirkan, liburan, sakit dan tugas belajar
7. Keterbatasan anggaran
8. Turn over dan tingkat ketidakhadiran

### 2.7.5. Manfaat Pengembangan Sumber Daya Manusia

Menurut Siagian (1997), bagi Organisasi terdapat paling sedikit tujuh manfaat yang dapat dipetik melalui penyelenggaraan program-program pelatihan dan pengembangan :

1. Peningkatan produktivitas kerja organisasi sebagai keseluruhan antara lain karena kecermatan melaksanakan tugas, tumbuh suburnya berbagai satuan kerja yang melaksanakan kegiatan yang berbeda dan bahkan spesialisik, meningkatnya tekad menjapai sasaran yang telah ditetapkan serta lancarnya koordinasi sehingga organisasi bergerak sebagai sesuatu yang bulat dan utuh.
2. Terwujudnya hubungan yang serasi antara atasan dan bawahan antara lain karena adanya pendelegasian wewenang, interaksi yang didasarkan pada sikap dewasa baik secara teknis maupun intelektual, saling menghargai dan adanya kesempatan bagi bawahan untuk berfikir dan bertindak inovatif
3. Terjadinya proses pengambilan keputusan yang lebih cepat dan tepat karena melibatkan para pegawai yang bertanggungjawab menyelenggarakan kegiatan-kegiatan operasional dan tidak sekedar diperintahkan oleh para manajer.
4. meningkatkan semangat kerja seluruh tenaga kerja dalam organisasi dengan komitmen organisasional yang lebih tinggi
5. Mendorong sikap keterbukaan manajemen melalui penerapan biaya manajerial yang partisipasif

6. Memperlancar jalannya komunikasi yang efektif sehingga pada gilirannya memperlancar proses perumusan kebijaksanaan operasi dan operasionalnya
7. Penyelesaian konflik secara fungsional yang dampaknya adalah tumbuh suburnya rasa persatuan dan suasana keakraban dikalangan para anggota organisasi.

## **2.8. Teori perhitungan kebutuhan kuantitas dan kualitas tenaga perawat**

### **2.8.1. Kebutuhan Kuantitas**

#### **2.8.1.1. Metode Rasio**

Dasar Perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan rasio ini adalah Permenkes nomor 262/Menkes/Per/VII/1979. Pada metode ini ditentukan jumlah dan jenis personel yang harus disediakan rumah sakit sesuai dengan tipe rumah sakit. Dengan tipe ini hanya diketahui jumlah personel secara total.

Walaupun banyak kelemahan pendekatan ini dapat digunakan bila :

1. Kemampuan dan sumber daya untuk perencanaan personel terbatas
2. Jenis, tipe dan volume pelayanan kesehatan relatif stabil

Tabel 2.6.1.1. memberikan informasi rasio tempat tidur dan personel dari setiap tipe rumah sakit .



Tabel 2.1

## Rasio Tempat Tidur dan Personel Rumah Sakit

Permenkes No. 262/Menkes/Per/VII/79

Tipe RS	TM/TT	TPP/TT	TNPP/TT	TNON/TT
A & B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	$\frac{3}{4}$
D	1/15	1/2	1/6	2/3
Khusus	Disesuaikan			

Catatan :

TM = tenaga medis  
 TPP = tenaga para medis  
 TNPP = tenaga non paramedis  
 TNONP = tenaga non perawatan  
 TT = Tempat tidur

Contoh perhitungan :

Rumah sakit yang baru didirikan dengan tipe C kapasitas 100 tempat tidur, berapa jumlah perawat yang dibutuhkan :

Jawab :

Jumlah perawat yang dibutuhkan = jumlah paramedis =  $1/1 * 100 = 100$  orang perawat.

**2.8.1.2. Metode Gillies**

Salah satu formula untuk menghitung tenaga perawat yang dikembangkan oleh Gillies (1982) yaitu :

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

Keterangan :

A = jam perawatan/24 jam (waktu perawatan yang dibutuhkan pasien)

B = sensus harian (BOR X jumlah tt)

C = jumlah hari libur

Jam kerja/hari = 6 jam perhari

365 = jumlah hari kerja selama setahun

Contoh : misalkan rata-rata jam perawatan selama 24 jam adalah 6 jam. Untuk RS yang memiliki 100 tt dan BOR 70% kebutuhan tenaga perawat adalah :

- Sensus harian = TT x BOR = 100 x 70% = 70
- A x B x 365 = 153.300
- (365-C) x Jam kerja/hari = (365-52) x 6 = 187
- Jumlah Perawat = 153.300/1878 = 81.63 → 82 perawat

### 2.8.1.3. Metode Hasil Lokakarya PPNI

Sebenarnya metode ini tidak berbeda dengan yang dikembangkan oleh Gillies, hanya saja satuan hari diubah menjadi minggu. Selanjutnya jumlah hari kerja efektif juga dihitung dalam minggu sebanyak 41 minggu dan jumlah jam kerja per hari selama 40 jam perminggu. Tampak pada metode PPNI tidak ada sesuatu yang baru

dengan metode Gillies hanya PPNI berusaha menyesuaikan lama hari kerja dan libur yang berlaku di Indonesia.

$$\text{Tenaga Perawat (TP)} = \frac{(A \times 52) \times 7 \text{ Hr (TTxBOR)}}{41 \text{ mg} \times 40 \text{ jam}} \times 125\%$$

Keterangan :

TP = Tenaga Perawat

A = Jumlah Perawatan/24jam

BOR = *Bed Occupancy Rate*

Contoh : misalkan rata-rata jam perawatan selama 24 jam adalah 6 jam. Untuk rumah sakit dengan jumlah 100 tempat tidur dan BOR rata-rata 70% berapa tenaga perawat yang dibutuhkan :

- $(A \times 52) \times 7 \text{ hr}(\text{ttxBOR}) = 6 \times 52 \times 100 \times 0.7 = 152.880$
- $152.880 : (41/40) \times 125\% = 116.5 \text{ perawat} \rightarrow 117 \text{ perawat}$

#### 2.8.1.4. Metode Ilyas

Yaslis Ilyas mengembangkan metode baru perhitungan kebutuhan perawat karena adanya keluhan dari rumah sakit di Indonesia bahwa metode Gillies menghasilkan jumlah perawat yang terlalu kecil sehingga beban kerja perawat tinggi, sedangkan PPNI menghasilkan jumlah perawat yang terlalu besar sehingga tidak efisien.

Rumus dasar dari metode Ilyas adalah sebagai berikut :

$$\text{Tenaga Perawat (TP)} = \frac{A \times B \times 365}{255 \times \text{Jam kerja/hari}}$$

Keterangan :

- A = Jam perawatan/24 jam (waktu perawatan yang dibutuhkan pasien)  
 B = Sensus Harian (BOR x Jumlah TT)  
 Jam kerja/hari = 6 Jam per hari  
 365 = Jumlah hari kerja setahun  
 255 = Hari kerja efektif perawat/tahun

Contoh : Misalkan dengan rata-rata jam perawatan selama 24 jam adalah 6 jam, untuk rumah sakit yang mempunyai tempat tidur 100 dan Bor 70% berapa jumlah perawat yang dibutuhkan ?

Kebutuhan tenaga perawat adalah :

- Sensus harian = TT x BOR = 100 x 70% = 70
- $A \times B \times 365 = 6 \times 70 \times 365 = 153.300$
- Jam Kerja efektif =  $255 \times 6 = 1530$
- $153.300/1530 = 100$  perawat.

#### 2.8.1.5. Metode NINNA

Metode NINNA merupakan perhitungan tenaga menurut penelitian di RS Provinsi di Filipina, yaitu dengan memperhitungkan waktu asuh keperawatan sebagai berikut :

Tabel 2.2

## Waktu Asuh Keperawatan ( NINNA)

NO	Jenis Perawatan	Waktu Asuh Keperawatan
1	Non Pedah	3.4 Jam/pasien / hari
2	Bedah	3.5 Jam/pasien/hari
3	Campuran Non Bedah/bedah	3.4 jam /pasien/hari
4	Post Partum	3 jam/pasien/hari
5	Bayi baru lahir	2.5 jam/pasien/hari

Adapun metode perhitungan tenaga perawat menurut metode NINNA adalah sebagai berikut :

$$D = \frac{BOR \times A \times C}{80\%}$$

$$T = \frac{D}{1800}$$

Keterangan :

D = Hitung Dasar

BOR = Bed occupancy rate

A = Waktu Asuh keperawatan

B = Jumlah Tempat tidur

C = Jumlah hari/tahun

T = Tenaga yang dibutuhkan

1800 = jam kerja efektif dalam 1 tahun

Contoh :Diketahui sebuah rumah sakit dengan rawat inap 28 tt, BOR 62.53% waktu asuh keperawatan adalah 2.5 jam. Berapa jumlah kebutuhan perawat ;

Jawab :

$$62.53\%/80\% \times 2.5 \times 28 \times 365 = 19970.51$$

$$D= 19970.51/ 1800 = 11.04 \rightarrow 11 \text{ perawat}$$

### 2.8.1.6. Metode sistem Akuitas

Cara lain untuk menentukan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dijelaskan oleh Loveridge dan Cummings (1996) dalam Sitorus (2005), didasarkan pada tingkat keseriusan kondisi pasien yang dirawat di rumah sakit, yaitu dengan sistem klasifikasi (*patient classification system*) atau sistem akuitas (*aquity system*). Sistem akuitas ini terdiri dari indikator kritis yang merupakan tugas spesifik yang dibutuhkan pasien pada suatu unit. Pada evaluasi prototipe dan evaluasi faktor. Kedua sistem evaluasi ini dikembangkan dari indikator kritis yang merupakan tugas spesifik yang dibutuhkan pasien pada suatu unit. Pada evaluasi prototipe, pasien n kindikatodikelompokan kedalam kelas. Terdapat empat kelas yang ditetapkan berdasarkan indikator kritis. Setiap kelas memerlukan waktu pemberian asuhan keperawatan yang berbeda. Kelas I 2 jam/24 jam, kelas II 3 jam/24 jam, kelas III 3 jam/24 jam, kelas IV 6 jam/24 jam.

Apabila dalam ruangan terdapat 3 pasien kelas II, 14 pasien kelas III , 3 pasien kelas IV jumlah jam yang dibutuhkan adalah  $(3 \times 3 \text{ pasien}) + (4.5 \times 14 \text{ pasien}) + (6 \times 3 \text{ pasien}) = 90 \text{ jam}$ . Karena terdapat 3 kali pergantian shift yang ter bagi dalam 35 % pagi, 35% sore dan 30% malam sehingga:

$$\text{Pagi/Sore} = (90 \text{ jam} \times 35\%) / 8 \text{ jam} = 3,94 \text{ orang} \rightarrow 4 \text{ orang}$$

Malam =  $(90 \text{ jam} \times 30\%) / 8 \text{ jam} = 3.37 \text{ orang} \rightarrow 3 \text{ orang}$

Pada evaluasi faktor, pasien dikelompokkan berdasarkan jumlah nilai yang didapat berdasarkan indikator kritis atau unit relatif (relative value units, RVUs).

Tabel 2.3

Unit Nilai Relative

No	Kelas	Unit Nilai Relative*
1	KelasI	0-10
2	KelasII	11-25
3	KelasIII	26-40
4	KelasIV	>41

\* berasal dari penelitian Sitorus (2005)

Dan Berdasarkan penelitian Sitorus (2005) setiap RVUs dibutuhkan waktu 3 menit.

Dalam ruangan seperti diatas, dimana kelas II, 3 pasien, kelas III, 14 pasien dan kelas IV, 3 pasien maka diperlukan  $(3 \times 20) + (14 \times 33) + (3 \times 41) = 639 \text{ RVUs}$ , untuk 639RVUs dibutuhkan waktu =  $645 \times 3 = 1935$  maka perawat yang dibutuhkan?

$1917/60 \text{ menit/jam} = 32,25 \text{ jam perawat}$

Satu shift membutuhkan  $32,25/8 \text{ jam} = 4.03 \rightarrow 4 \text{ perawat}$ .

Cara menghitung jumlah perawat dengan evaluasi prototipe dan evaluasi faktor tidak jauh berbeda, evaluasi faktor lebih menunjukkan nilai sebenarnya yang

diperlukan oleh setiap pasien. Pada contoh diatas, evaluasi faktor memerlukan 4.03 perawat sedangkan evaluasi prototipe memerlukan 3.94 perawat.

#### **2.8.1.7. Metode Klasifikasi Pasien**

Metode Klasifikasi pasien ini merupakan perhitungan yang dicontohkan dalam Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit oleh Direktorat Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan tahun 2002.

Dalam perhitungan dengan klasifikasi pasien maka terlebih dahulu kita harus mengetahui :

1. Tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus
2. Rata-rata pasien perhari
3. Jam perawatan yang diperlukan/hari/pasien
4. Jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari
5. Jam kerja efektif setiap perawat/bidan yaitu 7 jam sehari

Contoh :



Tabel 2.4

## Klasifikasi pasien di ruangan

No	Jenis/Kategori	Rata-rata pasien/hari	Rata-rata jam perawatan pasien/hari *	Jumlah jam perawatan/hari
a	b	c	d	e
1.	Pasien penyakit dalam	10	3.5	35
2.	Pasien Bedah	8	4	32
3.	Pasien Gawat	1	10	10
4.	Pasien Anak	3	4.5	13,5
5.	Pasien Kebidanan	1	2.5	2.5
	Jumlah	23		93

\* Berdasarkan penelitian dari luar

a. Jadi Jumlah Tenaga Keperawatan yang diperlukan :

$\frac{\text{Jumlah Jam Perawatan}}{\text{Jam kerja efektif/shift}}$
--

$$= 93/7 = 13 \text{ perawat}$$

## b. Loss Day

$$\frac{\text{Jml Hari minggu dlm 1 thn} + \text{Cuti} + \text{Hari Besar}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}} \times \text{Jml Perawat point a}$$

$$= 52 + 12 + 14$$

## c. Koreksi

$$\frac{\text{Jumlah point a} + \text{Jumlah Point b} \times 25}{100}$$

$$= \frac{13 + 3.5 \times 25}{100} = 4.1$$

## d. Jadi Jumlah Tenaga Perawat yang dibutuhkan adalah :

$$\text{Point a} + \text{Point b} + \text{Point C}$$

$$= 13 + 3.5 + 4.1 = 20,6 \rightarrow 21 \text{ orang}$$

**2.8.1.8. Metode tingkat Ketergantungan Pasien**

Pasien diklasifikasikan dalam beberapa kategori yang didasarkan pada kebutuhan terhadap asuhan keperawatan meliputi :

1. Asuhan keperawatan minimal
2. Asuhan Keperawatan sedang

3. Asuhan Keperawatan agak berat

4. Asuhan Keperawatan maksimal

Contoh :

Tabel 2.5

Askep pasien di ruangan

No	Kategori #	Rata-rata pasien/hari •	Jumlah Jam perawatan/hari	Jumlah jam pearawatn/hari ( c x d)
a	b	c	d	e
1.	Askep Minimal	7	2	14
2.	Askep Sedang	7	3.08	21.56
3.	Askep agak berat	11	4.15	45.65
4.	Askep berat	1	6.16	6.16
	Jumlah	26		87.37

• Berdasarkan penelitian luar (Sitorus,2005)

b. Jumlah Tenaga Perawat yang dibutuhkan

$$\frac{\text{Jml jam perawatan diruangan/hari}}{\text{Jam efektif perawat}}$$

$$= \frac{87,37}{7} = 12,5 \text{ tenaga}$$

## c. Loss Day

$$\frac{\text{Jml Hari minggu dlm 1 thn} + \text{Cuti} + \text{Hari Besar}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}} \times \text{Jml Perawat point a}$$

$$= \frac{52 + 12 + 14}{286} \times 12.5 = 3,4 \text{ orang}$$

## d. Koreksi

$$\frac{\text{Jumlah point a} + \text{Jumlah Point b} \times 25}{100}$$

$$= \frac{12.5 + 3.4 \times 25}{100} = 3.9$$

d. Jadi Jumlah Tenaga Perawat yang dibutuhkan adalah :

$$\text{Point a} + \text{Point b} + \text{Point C}$$

$$= 12.5 + 3.4 + 3.9 = 19.8 \rightarrow 20 \text{ orang}$$

### 2.8.1.9. Metode MPKP

Pada pelayanan profesional, jumlah tenaga yang dibutuhkan tergantung pada jumlah dan derajat ketergantungan pasien. Menurut Douglas (1984), Loveride & Cumming (1996) dalam Sitorus (2005) klasifikasi derajat ketergantungan pasien dibagi menjadi 3 (tiga) kategori yaitu perawatan minimal memerlukan waktu 1-2 jam/24 jam, perawatan intermediet memerlukan waktu 3-4 jam/24 jam, perawatan

maksimal atau total memerlukan waktu 5-6 jam/24 jam. Dalam suatu penelitian Douglas (1975) tentang jumlah tenaga perawat di rumah sakit, didapatkan jumlah perawat yang dibutuhkan pada pagi, sore dan malam tergantung pada tingkat ketergantungan pasien seperti pada tabel 2.6

Tabel 2.6

Jumlah Perawat yang dibutuhkan pada suatu ruang rawat\*

JUMLAH PASIEN	KLASIFIKASI PASIEN								
	Minimal			Parsial			Total		
1	0,17	0,14	0,10	0,27	0,15	0,07	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,20	0,54	0,30	0,14	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,30	0,81	0,45	0,21	1,08	0,90	0,60
dst									

Sumber : Douglas (1984), Loveride & Cumming (1996) dalam Sitorus (2005)

Pada MPKP, jumlah tenaga ditetapkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien sesuai dengan tabel 2.8.1.7. Penetapan jumlah perawat didahului dengan menghitung jumlah pasien berdasarkan derajat ketergantungan selama 22 hari. Penetapan waktu observasi tersebut diharapkan sudah dapat mencerminkan variasi perubahan dan jumlah pasien diruang rawat. Setelah itu dihitung jumlah perawat yang dibutuhkan pada pagi, sore dan malam hari.

Untuk ruang rawat inap dengan 30 tt dan BOR 90% jumlah perawat yang dibutuhkan adalah :

$$7,11 + 5,28 + 3,35 = 15,74 \text{ orang} \rightarrow 16 \text{ orang}$$

Libur/cuti = 5 orang

Kepala ruang rawat = 1 orang

Dan Perawat Primer = 3 orang

Jadi untuk 30 ttdiperlukan =  $16 + 5 + 1 + 3 = 25$  perawat.

Untuk penetapan Perawat Primer atau PP di suatu ruang rawat ditetapkan dengan pertimbangan bahwa seorang PP bertanggung jawab pada 9-10 pasien, dengan variasi klasifikasi pasien. Jumlah ini ditetapkan berdasarkan evaluasi tentang kemampuan seorang PP untuk mengkaji kembali semua pasien setiap hari dalam rangka memodifikasi renpra dan membimbing PA dibawah tanggungjawabnya untuk melaksanakan intervensi pada renpra. (Sitorus. 2005).

Untuk membimbing serta mengarahkan PP dan timnya dalam memberikan asuhan keperawatan diperlukan perawat dengan kemampuan lebih tinggi. Pada *Pro Act Model* yang dikembangkan Tonges (1987) dalam Sitorus (2005) disebut *Clinical Care Manager (CCM)*. CCM adalah seorang Magister spesialis Keperawatan.

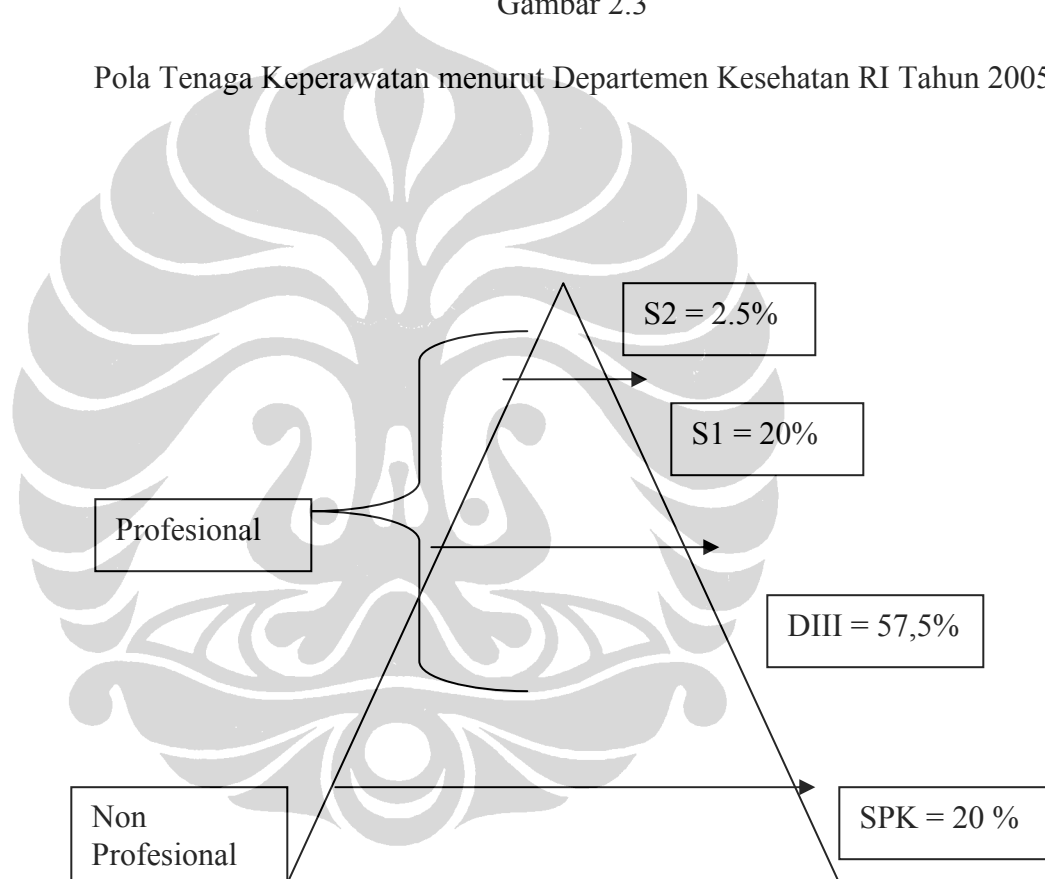
Demi memenuhi Manajemen Keperawatan Profesional maka dalam ruang rawat inap, penulis menjadikan dasar perhitungan MPKP sebagai metode yang dipilih dalam penelitian ini.

### 2.8.2. Kebutuhan Kualitas

Dalam mewujudkan visinya, yaitu menjadikan keperawatan professional maka Departemen Kesehatan telah mendesain pola tenaga keperawatan tahun 2005 sebagai berikut :

Gambar 2.3

Pola Tenaga Keperawatan menurut Departemen Kesehatan RI Tahun 2005

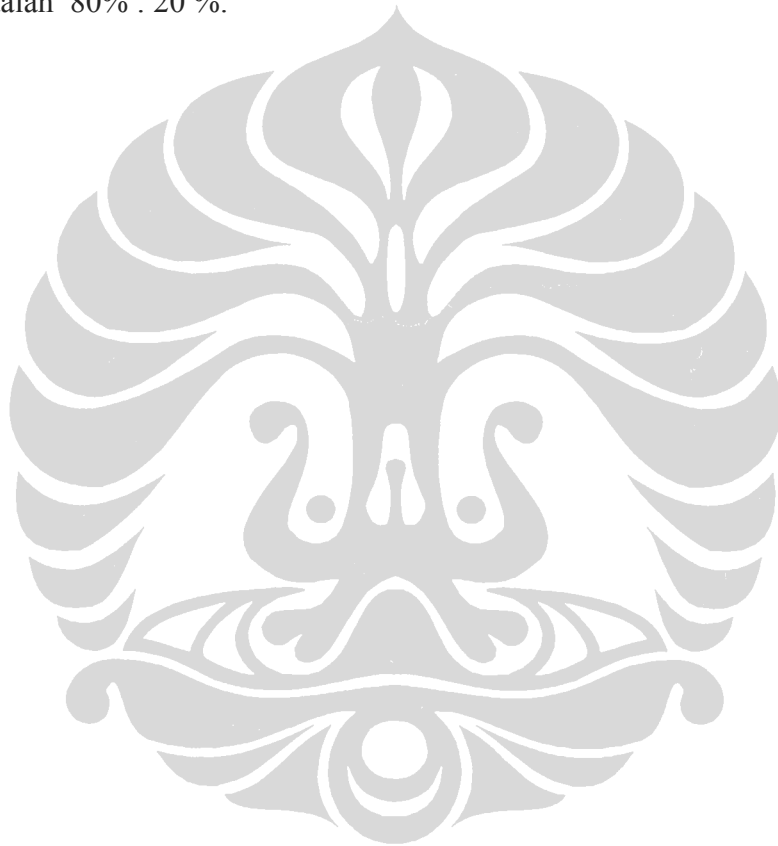


Sumber : Dirjen Keperawatan & Keteknisian Medik Ditjen Yanmed Depkes RI, 2005

Jika akan menggunakan model praktik keperawatan professional, maka berdasarkan para pakar ada beberapa alternatif, menurut Gillies (1994) perbandingan perawat professional dan non profesional adalah 55 % : 45 %, sedangkan menurut

pendapat Sitorus adalah 65% : 35 %, sedangkan menurut Ilyas (2004) adalah 67% : 33 %.

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan perbandingan seperti Pola Ketenagaan Departemen Kesehatan, yaitu Profesional : Non Profesional adalah 80% : 20 %.

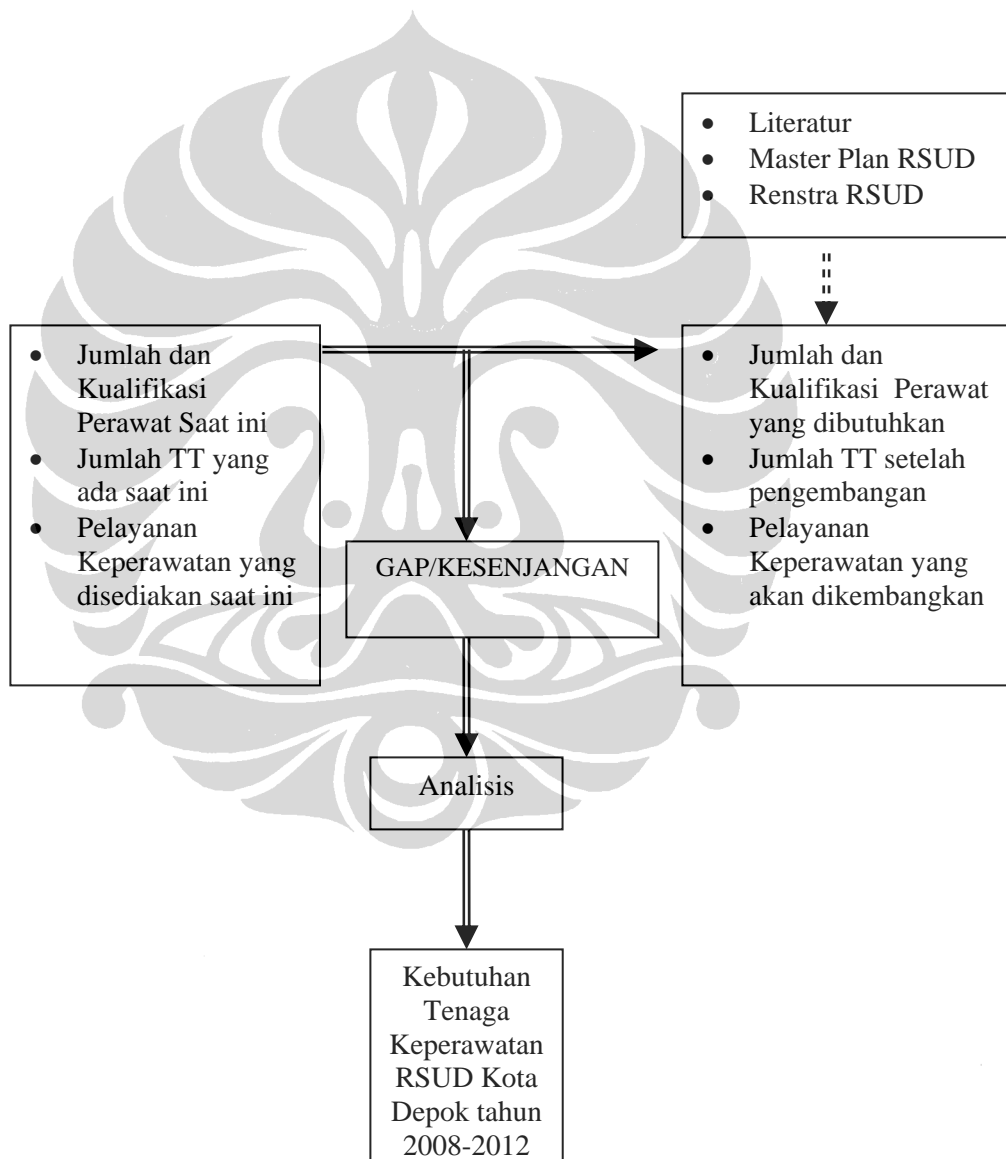




## BAB III

### KERANGKA PIKIR

#### 3.1. Kerangka Pikir



Kerangka pikir bermula dari menelaah dokumen yang terdapat di RSUD Kota Depok untuk mendapatkan jumlah ketersediaan ketenagaan keperawatan saat ini, jumlah tempat tidur(tt) yang terdapat di RSUD Kota Depok serta jenis pelayanan keperawatan yang disediakan RSUD Kota Depok saat ini, kemudian dilakukan telaah dokumen Renstra dan Master Plan RSUD Kota Depok untuk mengetahui pengembangan fisik dan pelayanan yang akan dilaksanakan oleh RSUD Kota Depok dalam kurun waktu 2008-2012 kemudian berdasarkan literatur dihitung jumlah kebutuhan tenaga perawat di RSUD Kota Depok pada setiap tahapan pengembangan fisik dan pelayanan setiap tahunnya dalam kurun waktu 2008-2012 baik secara kuantitas maupun kualitas, setelah itu dilakukan analisis yaitu dengan melakukan wawancara mendalam dengan kelima informan sehingga didapatkan dokumen kebutuhan tenaga keperawatan di RSUD Kota Depok tahun 2008-2012.

### 3.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
Jumlah dan Kualifikasi Perawat Saat ini	Jumlah dan kualifikasi perawat yang bertugas di RSUD Kota Depok sampai penelitian dilaksanakan	Telaah Dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil dari bagian kepegawaian RSUD Kota Depok</li> <li>• Wawancara Mendalam</li> </ul>	Data Jumlah dan Kualifikasi Perawat yang bertugas di RSUD Kota Depok sampai penelitian dilaksanakan
Jumlah TT yang ada saat ini	Jumlah tempat tidur yang digunakan dalam pelayanan keperawatan di RSUD Kota Depok	Telaah Dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil dari Bagian Keperawatan RSUD Kota Depok</li> <li>• Wawancara Mendalam</li> </ul>	Data Jumlah Tempat Tidur yang digunakan dalam pelayanan keperawatan di RSUD Kota Depok

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
Pelayanan yang disediakan saat ini	Jenis Pelayanan yang terdapat di RSUD Kota Depok sampai penelitian dilaksanakan	Telaah Dokumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengambil dari Bagian Keperawatan RSUD Kota Depok</li> <li>Wawancara Mendalam</li> </ul>	Data jenis pelayanan yang terdapat di RSUD Kota Depok sampai penelitian dilaksanakan
Jumlah dan Kualifikasi Perawat yang dibutuhkan	Hasil perhitungan Jumlah dan kualifikasi perawat yang bertugas di RSUD Kota Depok sesuai tahap perkembangan RSUD Kota Depok	<ul style="list-style-type: none"> <li>Telaah Dokumen Master Plan RSUD Kota Depok</li> <li>Telaah Dokumen Renstra RSUD Kota Depok</li> <li>Menghitung Jumlah dan Kualifikasi Perawat dengan menggunakan berbagai metode</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berbagai metode perhitungan kebutuhan perawat</li> <li>Kalkulator</li> <li>Wawancara mendalam</li> </ul>	Data Hasil perhitungan Jumlah dan kualifikasi perawat yang bertugas di RSUD Kota Depok sesuai tahap perkembangan RSUD Kota Depok
Jumlah TT setelah pengembangan	Rencana Jumlah tempat tidur yang digunakan dalam pelayanan RSUD Kota Depok sesuai tahap pengembangan yang direncanakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Telaah Dokumen Master Plan RSUD Kota Depok</li> <li>Telaah Dokumen Renstra RSUD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menganalisis dari Dokumen Master Plan dan Renstra RSUD Kota Depok</li> </ul>	Data Rencana Jumlah tempat tidur yang digunakan dalam pelayanan RSUD Kota Depok sesuai rencana pengembangan
Pelayanan Keperawatan yang akan dikembangkan	Rencana Pelayanan yang akan dikembangkan di RSUD Kota Depok sesuai yang direncanakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Telaah Dokumen Master Plan RSUD Kota Depok</li> <li>Telaah Dokumen Renstra RSUD Kota Depok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menganalisis dari Dokumen Master Plan dan Renstra RSUD Kota Depok</li> </ul>	Data Rencana Pelayanan yang akan dikembangkan di RSUD Kota Depok sesuai yang direncanakan

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
Perencanaan Kebutuhan Tenaga Keperawatan RSUD Kota Depok tahun 2008-2012	Dokumen Perencanaan Kebutuhan Tenaga Keperawatan RSUD Kota Depok tahun 2008-2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telaah Dokumen Master Plan RSUD Kota Depok</li> <li>• Telaah Dokumen Renstra RSUD Kota Depok</li> <li>• Menghitung Jumlah dan Kualifikasi Perawat dengan berbagai metode</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganalisis dari Dokumen Master Plan dan Renstra RSUD Kota Depok</li> <li>• Berbagai metode perhitungan kebutuhan perawat</li> <li>• Kalkulator</li> <li>• Wawancara mendalam</li> </ul>	Dokumen Perencanaan Kebutuhan Tenaga Keperawatan RSUD Kota Depok tahun 2008-2012

