

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Beban Kerja**

Menurut Gibson (2002) beban kerja berlebihan bisa berupa beban kerja kuantitatif maupun kualitatif. Beban kerja yang bersifat kualitatif yakni individu merasa tidak memiliki kemampuan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan. Beban kerja yang bersifat kuantitatif adalah banyaknya sesuatu yang harus dikerjakan atau tidak cukupnya waktu yang diberikan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan.

Beban kerja perawatan dapat dilihat 5 aspek (Manuaba, 2000) yaitu beban kerja kuantitatif, beban kerja kualitatif, beban kerja fisik, beban kerja psikologis, dan beban sosial. Beban kuantitatif adalah banyaknya pemanfaatan waktu untuk menyelesaikan pekerjaan dalam memberikan pelayanan keperawatan seperti melakukan perawatan infus, mencatat registrasi pasien, mengecek kondisi pasien dan sebagainya. Sedangkan beban kerja kualitatif adalah banyaknya pemanfaatan kemampuan dari perawat dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan seperti penulisan dokumentasi asuhan keperawatan. Beban fisik adalah beban yang diakibatkan faktor kerja yang menimbulkan reaksi ketidaknyamanan fisik perawat. Beban psikologis adalah beban yang diakibatkan oleh faktor kerja yang menimbulkan reaksi psikologis bagi seorang perawat. Beban sosial adalah beban yang diakibatkan oleh faktor kerja yang menimbulkan reaksi hubungan sosial yang tidak harmonis di tempat kerja. Stevens (1999) dalam Purwandari (2000) mengungkapkan, bahwa seseorang akan merasakan ketidakseimbangan dalam memikul beban kerja apabila kemampuan dalam memikul beban tidak cukup untuk menyeimbangkan beban yang dipikul.

Keadaan beban kerja perawat yang tidak seimbang biasanya diawali dari tahap perencanaan kebutuhan tenaga perawat yang tidak sesuai dengan kapasitas kerja suatu institusi pelayanan. Hal ini sangat beresiko bagi kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat karena apabila beban kerja tinggi, maka ketelitian dan keamanan kerja menjadi menurun. Beban kerja perawat memiliki hubungan yang signifikan terhadap keamanan klien. Penelitian ini menyatakan ada hubungan yang penting antara beratnya penyakit pasien dengan beban kerja perawat. Pasien dan lingkungan kerja yang aman akan meningkatkan *outcome* pasien (Rogers, 2004).

Menurut beberapa teori diatas, dapat disimpulkan bahwa persepsi beban kerja perawat adalah perasaan individual seorang perawat, yang dapat dilihat dari 5 aspek yaitu beban kuantitatif, beban kualitatif, beban fisik, beban sosial, dan beban psikologis dalam menyelesaikan sejumlah tindakan keperawatan baik itu tindakan langsung maupun tidak langsung yang berhubungan dengan jumlah waktu yang dibutuhkan perawat dalam menyelesaikan tindakan tersebut yang tergantung dari karakteristik pasien dan tingkat ketergantungan pasien terhadap perawat.

Menurut Everly & Girdano *dalam* Munandar(2008), beban kerja adalah keadaan dimana pekerja dihadapkan pada tugas yang harus diselesaikan dalam batas waktu tertentu. Kemampuan perawat dalam menghadapi beban kerja dapat terlihat dengan muncul tidaknya keluhan saat melakukan pekerjaannya. Beban kerja berlebihan ataupun terlalu sedikit dapat menjadi pembangkit stres. Beban kerja secara kuantitatif timbul, akibat tugas-tugas terlalu banyak, sedangkan secara kualitatif jika pekerja merasa tidak mampu untuk melakukan tugas, atau tugas tidak menggunakan keterampilan atau potensi dari tenaga kerja. Kategori lain

dari beban kerja, yaitu kombinasi dari beban kerja berlebih kuantitatif dan kualitatif.

Unsur yang menimbulkan beban berlebih kuantitatif, adalah kondisi kerja, yaitu setiap tugas diharapkan dapat diselesaikan secepat mungkin secara tepat dan cermat. Pada saat tertentu hal ini merupakan motivasi dan menghasilkan prestasi, namun bila desakan waktu menyebabkan banyak kesalahan atau menyebabkan kondisi seseorang berkurang, maka ia merupakan cerminan adanya beban berlebih secara kuantitatif. Beban kerja terlalu sedikit secara kuantitatif juga dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang. Pada pekerjaan yang sederhana, dimana banyak terjadi pengulangan akan timbul rasa bosan, rasa monoton. Kebosanan dalam kerja rutin sehari-hari, sebagai hasil dari terlampau sedikitnya tugas yang harus dilakukan, dapat menghasilkan berkurangnya perhatian. Hal ini secara potensial membahayakan jika tenaga kerja gagal untuk bertindak tepat dalam keadaan darurat.

Beban kerja berlebihan secara kualitatif merupakan pekerjaan yang dilakukan oleh manusia makin beralih titik beratnya pada pekerjaan otak. Pekerjaan makin menjadi majemuk. Kemajemukan yang harus dilakukan seorang tenaga kerja dapat dengan mudah berkembang menjadi beban berlebihan kualitatif jika kemajemukannya memerlukan kemampuan teknis dan intelektual yang lebih tinggi daripada yang dimiliki. Pada titik tertentu kemajemukan pekerjaan tidak lagi produktif, tetapi menjadi deskrutif. Timbullah kelelahan mental dan reaksi-reaksi emosional dan fisik. Beban terlalu sedikit secara kualitatif merupakan keadaan dimana, tenaga kerja tidak diberi peluang untuk menggunakan keterampilan yang diperolehnya, atau untuk mengembangkan kecakapan potensialnya. Beban terlalu sedikit disebabkan kurang adanya rangsangan akan mengarah ke semangat dan motivasi yang rendah untuk kerja.

Sedangkan menurut Groenewegan dan Huteen *dalam* Lisnayeti (2006), definisi beban kerja terbagi dua, yaitu beban kerja secara objektif dan beban kerja secara subyektif. Beban kerja secara objektif secara umum didefinisikan sebagai jumlah waktu yang dibutuhkan dalam melakukan aktivitas atau frekuensi suatu aktivitas yang dilakukan. Beban kerja secara subyektif berhubungan dengan individu sendiri. Hal ini lebih kepada perasaan si pekerja. Beberapa faktor yang bisa dipakai sebagai ukuran untuk menentukan beban kerja seseorang berat atau ringannya secara subyektif, adalah tingkat stres dan kepuasan kerjanya. Beban kerja yang tidak memiliki batas akan menimbulkan kelelahan dan menurunkan produktivitas, demikian juga beban kerja yang terlalu sedikit akan menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan.

Defenisi lain menurut Efendi dan Makhfudli (2009), beban kerja adalah kapasitas pekerjaan yang dilakukan selama menjalankan tugas dan berhubungan dengan jumlah *suplay* dan *demand* dari pekerjaan tersebut. Beban kerja perawat juga dapat dinyatakan dalam waktu yang digunakan untuk menjalankan semua aktivitas pelayanan keperawatan yang harus dikerjakan selama kurun waktu tertentu atau selama *shift* jaga, dimana aktivitas tersebut adalah aktivitas produktif yang terdiri dari *direct care*, *administrative care* dan *health teaching*.

Marquis dan Huston (2010) mendefinisikan beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas disuatu unit pelayanan keperawatan. 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 pasien, sedangkan beban kualitatif adalah tanggung jawab yang tinggi dalam memberikan asuhan kepada pasien. Beban kerja yang tinggi dapat

meningkatkan terjadinya komunikasi yang buruk antar perawat dengan pasien, kegagalan kolaborasi antara perawat dan dokter, keluarnya perawat dan ketidakpuasan kerja perawat. Untuk memperkirakan beban kerja perawat pada sebuah unit, manajer harus mengumpulkan data tentang: jumlah pasien yang masuk pada unit itu setiap hari/bulan/tahun, kondisi atau tingkat ketergantungan pasien di unit tersebut, rata-rata hari perawatan, jenis tindakan yang dibutuhkan pasien, frekuensi masing-masing tindakan keperawatan yang dilakukan, rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk memberi tindakan keperawatan (Gillies,2000).

Hal ini dibuktikan oleh hasil penelitian Trisna dan Ilyas (2013), Kegiatan perawat tidak langsung merupakan kegiatan yang banyak dilakukan di ruang rawat inap dan faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah pasien, jumlah perawat, jumlah aktifitas. Faktor-faktor yang dimaksud adalah kondisi keperawatan pasien, kondisi medis pasien, karakteristik yang memberikan perawatan terhadap pasien, 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 tanggung jawab, tuntutan atau permintaan dalam waktu bersamaan, kejadian-kejadian yang tidak diantisipasi, interupsi dan kejadian-kejadian yang berisik atau gaduh. Untuk memperkirakan beban kerja perawat pada sebuah unit, maka manajer harus tahu : (1) jumlah pasien yang dirawat di unit tersebut tersebut tiap hari, bulan dan tahun, (2) Kondisi pasien di dalam unit tersebut, (3) Rata-rata lama pasien menginap, (4) Tindakan perawat langsung dan tidak langsung yang dibutuhkan masing-masing pasien, (5) Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pelaksanaan masing-

masing tindakan (Sukardi,2005).Beberapa teori cara menghitung beban kerja perawat:Beban kerja perawat diukur dengan sensus harian,kondisi pasien dan klasifikasi pasien.

Gillies (2000) menyatakan untuk menentukan beban kerja perawat harus mengetahui : jumlah pasien masuk tiap hari/bulan/tahun, kondisi pasien, rata-rata hari perawatan, rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan langsung maupun tidak langsung. Kegiatan langsung meliputi : kebersihan diri, nutrisi, eliminasi, pemberian obat-obatan, pengobatan dan prosedur pengobatan. Kegiatan tidak langsung meliputi : menulis catatan asuhan keperawatan,menyiapkan terapi, interaksi dengan tim kesehatan lain atau perawat itu sendiri, administrasi, melaporkan kondisi pasien kepada tim kesehatan lain, mengecek stok obat dan peralatan yang digunakan. Klasifikasi pasien Douglas (2004)dalam Haryanti, dkk., (2013).

1. *Minimal care* meliputi :

- a. Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian, makan dan minum dilakukan sendiri.
- b. Pemeriksaan tanda vital dilakukan tiap *shift*
- c. Pengobatan minimal, status psikologi stabil

2. *Intermediate care* meliputi :

- a. Kebersihan diri, makan, minum dibantu
- b. Observasi tanda vital tiap 4 jam
- c. Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali
- d. *Foley cateter/ intake output* dicatat

3. *Total care* meliputi :

- a. Segalanya dibantu
- b. Posisi tidur diatur, observasi tanda vital tiap 2 jam
- c. Makan memerlukan NGT Pemakain *suction*

d. Kondisi gelisah / disorientasi

Menurut Ilyas (2002) untuk mengetahui beban kerja dilakukan dengan 2 cara :

1. *Work Sampling* dengan mengamati aktivitas yang dilakukan pada waktu jam kerja, aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada jam kerja, dan proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan langsung, tidak langsung pribadi dan non produktif. Bentuk sederhana dari work sampling adalah pencatatan kegiatan sendiri (*dailylog*) yaitu orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk kegiatan.
2. *Time and Motion Studies* yaitu pengamatan dilakukan untuk mengetahui kualitas kerja personel yang telah mahir. Moekijat (2010) menyatakan metode yang lazim dipergunakan untuk menentukan jenis atau kualitas tenaga yang diperlukan disebut analisis jabatan, sedangkan metode yang lazim dipergunakan untuk menentukan jumlah atau kuantitas tenaga yang diperlukan disebut *work load analysis* dan *time study*.

Ketegantungan pasien berdasarkan klasifikasi :

Swanburg (2000) mengklasifikasi pasien dalam lima kategori yaitu *self care*, *minimal care*, *moderate care*, *extensive care* dan *intensive care*. Pada setiap kategori ada tujuh *descriptor* yang digunakan untuk menunjukkan tingkat kebutuhan perawatan yang meliputi : kegiatan hidup sehari-hari, keadaan umum, kebutuhan dan dukungan emosi dan pendidikan kesehatan, pengobatan dan medikasi.

1. Kategori 1 (*self care*)

a. Aktivitas hidup sehari-hari

Nutrisi : Makan sendiri / membutuhkan sedikit bantuan

Merawat diri : Hampir semua dilakukan sendiri

Eliminasi : Kekamar mandi sendiri

Kenyamanan dilakukan residensi

- b. Kesehatan umum baik. Opname untuk prosedur diagnosa, prosedur sederhana, atau pembedahan kecil.
- c. Penyuluhan dan dukungan emosi : penyuluhan rutin untuk prosedursederhana, prosedur berkelanjutan atau penyuluhan pemulangan. Biasa/ tidak ada reaksi emosi bermusuhan. Pasien mungkin membutuhkan orientasi waktu, tempat dan setiap *shift*
- d. Terapi dan obat : Tidak ada terapi / obat atau obat sederhana

## 2. Kategori 2 (*minimal care*)

- a. Aktivitas hidup sehari-hari :

Nutrisi : Membutuhkan bantuan dalam menyiapkan makanan, posisi atau segala sesuatu menyangkut makan, dapat makanan sendiri.

Merawat diri : Melakukan sebagian besar perawatan diri tanpa bantuan atau sedikit bantuan.

Eliminasi : Membutuhkan bantuan ke kamar mandi atau BAK dapat menahan / tidak mengompol.

Kenyamanan membutuhkan sedikit bantuan

- b. Kesehatan umum baik : Beberapa gejala meliputi lebih dari satu penyakit, membutuhkan monitor *vital sign*, urin diabetik, *drain* atau infus. Pasien mungkin agak bingung tetapi dapat dikontrol dengan obat, dapat menyesuaikan dan mengendalikan.
- c. Penyuluhan dan dukungan emosi : membutuhkan 5-10 menit / *shift*. Pasien mungkin bingung, gelisah tetapi dapat dikendalikan dengan obat.
- d. Terapi dan obat : Membutuhkan 20-30 menit tiap *shift*, membutuhkan evaluasi keefektifan terapi dan pengobatan lebih

sering, mungkin membutuhkan observasi tiap 2 jam untuk status mental

3. Kategori 3 (*moderate care*) : Membutuhkan urinal pada saat BAK dan hanya bisa berpindah minimal tanpa bantuan

a. Aktivitas hidup sehari-hari

Nutrisi : Butuh disuapi, dapat mengunyah dan menelan.

Merawat diri : Tidak mampu melakukan banyak perawatan diri.

Eliminasi : Membutuhkan bantuan BAK / BAB di tempat tidur, hanya dapat sedikit bergerak / bergeser.

b. Kenyamanan sebagian besar harus dibantu misalnya dalam posisi duduk, tidur, dll.

c. Kesehatan umum : Gejala akut yang kemungkinan timbul atau berkurang. Memerlukan monitoring dan evaluasi baik fisiologis maupun emosional setiap 2-4 jam sekali. Monitoring cairan baik keluar atau masukan tiap 1 jam sekali.

d. Penyuluhan dan dukungan emosi : Membutuhkan 10-30 menit tiap *shift*. Pasien cemas, gelisah tetapi mudah dikendalikan dengan obat.

e. Terapi dan obat : Membutuhkan 30-60 menit tiap *shift*. Membutuhkan observasi sering tentang efek samping atau reaksi alergi. Membutuhkan observasi tiap jam untuk status mental.

4. Kategori 4 (*extensive care*)

a. Aktivitas sehari-hari :

Nutrisi : Tidak dapat makan sendiri, sulit menelan dan mengunyah atau pasang NGT.

Merawat diri : Tidak dapat melakukan perawatan diri meliputi mandi, perawatan rambut, *hygiene* mulut.

Eliminasi : Pasang DC, inkontinesia lebih dari 2x tiap *shift*

- b. Kenyamanan : Tidak dapat bergerak atau membutuhkan bantuan tiap bergerak paling tidak membutuhkan 2 orang untuk bergerak.
  - c. Kesehatan umum : Penyakit yang parah, menunjukkan gejala akut seperti perdarahan dan atau kehilangan cairan, episode respiratorik akut / episode lain yang membutuhkan monitor dan evaluasi.
  - d. Penyuluhan dan dukungan emosi : Membutuhkan lebih dari 30 menit tiap *shift*. Penjelasan untuk pasien dengan reaksi emosional sangat parah. Pasien mungkin bingung, menolak atau gelisah dan tidak dapat dikontrol dengan obat-obatan.
  - e. Terapi dan obat : membutuhkan lebih dari 60 menit tiap *shift*. Pengobatan yang diteliti / rumit banyak yang dilakukan pada tiap *shift* atau membutuhkan dua orang. Membutuhkan observasi lebih sering.
5. Kategori 5 ( *intensive care* ) : memerlukan pengawasan yang terus menerus tiap *shift*.

Penilaian beban kerja menggunakan cara menurut Swanburg (2000) yang dikelompokkan menjadi 4 kelompok yaitu ringan, cukup, berat dan sangat berat. Penilaian tersebut adalah sebagai berikut :

1. Ringan bila *aquity* 0,5 jumlah jam perawatan per pasien / 24 jam 1-2 jam
2. Cukup bila *aquity* 1,0 jumlah jam perawatan per pasien / 24 jam 2-4 jam
3. Berat bila *aquity* 2,5 jumlah jam perawatan per pasien / 24jam 4-10 jam
4. Sangat berat bila *aquity* 5,0 jumlah jam perawatan per pasien / 24 jam 10-24 jam

*Hours per workload (HPW)*

Untuk menghitung beban kerja yaitu dengan beban kerja unit (*hours per workload unit*) targetnya adalah produktivitas atau waktu kerja, oleh karena itu seorang manager harus menghitung waktu tersebut yaitu :

1. Pelayanan pasien langsung yaitu waktu perawatan yang sungguh-sungguh dibutuhkan pasien,
2. Pelayanan pasien tidak langsung merupakan aktivitas yang dibutuhkan pasien secara tidak langsung seperti persiapan pengobatan,
3. Aktivitas unit, aktivitas ini tidak berhubungan secara langsung kepada pasien, seperti membuat laporan *visite*,
4. Aktivitas lain yang mendukung pelayanan seperti pertemuan ilmiah, pembahasan kasus,
5. Waktu untuk pribadi perawat.

Sedangkan menurut Gillies (2000) rata-rata lama intervensi perawatan pasien membutuhkan waktu 4 jam sehari. Secara khusus pembagiannya sebagai berikut :

<i>Self care</i>	:	kurang dari 2 jam
<i>Minimal care</i>	:	2 jam
<i>Moderate care</i>	:	3-5 jam
<i>Extensive care</i>	:	5-7 jam
<i>Intensive care</i>	:	7 jam

Saat merawat pasien, seorang perawat harus melakukan proses keperawatan. Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang mengharuskan perawat setepat mungkin mengumpulkan data, memvalidasi dan menginterpretasikan informasi tentang pasien. Langkah kedua yaitu diagnosis, tahap pengambilan keputusan profesional dengan menganalisis data yang telah dikumpulkan. Langkah ketiga yaitu perencanaan, perencanaan keperawatandibuat

setelah perawat mampu memformulasikan diagnosis keperawatan. Implementasi keperawatan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan, yang artinya perawat mengarahkan, menolong, mengobservasi, dan mendidik semua personil keperawatan yang terlibat dalam asuhan keperawatan pasien tersebut. Evaluasi adalah langkah kelima dalam proses keperawatan. Evaluasi merupakan pertimbangan sistematis dan standar dari tujuan yang dipilih sebelumnya, dibandingkan dengan penerapan praktik yang aktual dan tingkat asuhan yang diberikan (Suarli,2009).

Beban kerja perawat sangat penting diperhitungkan untuk menentukan perencanaan dan kebutuhan tenaga perawat dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit. Beberapa komponen yang bisa menyimpulkan beban kerja adalah jumlah pasien yang dirawat perhari, jumlah pasien yang didiagnosa medisnya, jumlah pasien yang didiagnosa keperawatannya, jumlah pasien berdasarkan tingkat keparahan penyakit, rata-rata hari rawat pasien, jumlah tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien, rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan pelayanan keperawatan (Gillies,2000).

#### a. Mengukur Beban Kerja Perawat

Untuk mengukur beban kerja dikembangkan berdasarkan sistem klasifikasi pasien (Gillies, 2000). Perhitungan ini menghasilkan perhitungan beban kerja yang lebih akurat karena dalam sistem klasifikasi pasien dikelompokkan sesuai tingkat ketergantungan pasien atau sesuai waktu, tingkat kesulitan serta kemampuan yang diperlukan untuk memberikan perawatan. Lebih jauh Swansburg & Swansburg *dalam* Ilyas (2004) membagi tingkat ketergantungan Pasien menjadi lima kategori.

### 1) Kategori 1: perawatan mandiri

Aktivitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut: makan dan minum dapat dilakukan sendiri atau dengan sedikit bantuan, merapikan diri dapat dilakukan sendiri dan kebutuhan eliminasi dapat ke kamar mandi sendiri serta mengatur kenyamanan posisi tubuh dapat dilakukan sendiri.

Keadaan umum baik, masuk ke RS untuk prosedur diagnosik, simpel atau bedah minor. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi: membutuhkan penjelasan untuk tiap prosedur tindakan, membutuhkan penjelasan / orientasi waktu, tempat dan orang tiap *shift*. Tindakan dan pengobatan tidak ada atau hanya tindakan dan pengobatan sederhana.

### 2) Kategori 2: perawatan minimal

Aktivitas 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.

Keadaan umum: tampak sakit sedang, perlu monitoring tanda-tandavital, urin diabetik, *drainage* atau infus. Kebutuhan pendidikan kesehatan: dibutuhkan 5-10 menit setiap *shift*, klien mungkin sedikit bingung atau agitasi tetapi dapat dikendalikan dengan obat. Pengobatan dan tindakan: diperlukan waktu 20-30 menit setiap *shift*. Di perlukan evaluasi terhadap aktivitas pengobatan dan tindakan. Perlu observasi status mental setiap 2 jam.

### 3) Kategori 3: perawatan moderat.

Aktivitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan 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.

Keadaan umum: gejala sakit dapat hilang timbul, perlu observasi fisik dan emosi setiap 2-4 jam. Infus monitoring setiap 7 jam. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi perlu 10-30 menit setiap *shift*, gelisah, menolak bantuan dapat dikendalikan dengan obat. Pengobatan dan tindakan: perlu 30-60 menit per *shift*, perlu sering diawasi terhadap efek samping atau reaksi alergi. Perlu observasi status mental setiap 1 jam.

### 4) Kategori 4: perawatan ekstensif (semi total)

Aktivitas 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.

Keadaan umum: tampak sakit berat, dapat kehilangan cairan atau darah, gangguan sistem pernapasan akut, perlu sering di pantau. Kebutuhan pendidikan dan kesehatan dan dukungan emosi: perlu lebih dari 30 menit setiap *shift*, pasien gelisah, agitasi dan tidak dapat dikontrol atau di kendalikan dengan obat. 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).

#### 5) Kategori 5: perawatan *intensive* (total)

Pasien yang termasuk dalam kategori ini memerlukan pengawasan secara intensif terus menerus dalam setiap *shift* dan dilakukan satu perawat untuk satu pasien. Semua kebutuhan pasien diurus/ dibantu oleh perawat. Pasien mandiri memerlukan pendidikan kesehatan yang terkait dengan perawatan diri di rumah (*discharge planning*). Menurut Meyer *dalam* Gillies, (2000) dibutuhkan waktu 15 menit untuk pendidikan kesehatan. Untuk *shift* malam hari kegiatan langsung yang diterima oleh pasien hanya berupa tindakan dan pengobatan, sebab pasien perlu beristirahat dan tidur. Jadi pendidikan kesehatan umumnya diberikan pada *shift* pagi dan sore.

Perhitungan beban kerja berdasarkan tingkat ketergantungan atau klasifikasi pasien dapat dilakukan berdasarkan kegiatan keperawatan selama memberi asuhan keperawatan. Kegiatan keperawatan seperti kegiatan keperawatan langsung dan kegiatan keperawatan tidak langsung (Swansburg, 2000)

#### b. Tujuan Menghitung Beban Kerja (Work Load)

Menghitung beban kerja perawat memiliki beberapa alasan penting, seperti yang dikemukakan Gillies (2000), menyebutkan alasan diukurnya beban kerja perawat adalah: untuk mengkaji status kebutuhan perawatan pasien, menentukan dan mengelola staf, kondisi kerja dan kualitas asuhan, menentukan dan mengeluarkan biaya alokasi sumber-sumber yang adekuat dan untuk mengukur hasil intervensi keperawatan.

#### c. Teknik Perhitungan Beban Kerja

Menghitung beban kerja personal secara sederhana dapat dilakukan dengan mengobservasi apakah beban kerja yang ada dapat diselesaikan 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.

Ilyas (2004), menjelaskan pada *work sampling* dapat diamati hal-hal spesifik terhadap pekerjaan seperti:

1. Aktivitas apa yang sedang dilakukan personal pada waktu jam kerja;
2. Apakah aktivitas personal tersebut berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja, proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif, pola beban kerja personal 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 mulaidatang sampai pulangny responden. Beberapa tahap yang harus dilakukan dalam melakukan survei adalah: Menentukan jenis personal perawat yang ingin diteliti, bila jenis personel ini jumlahnya banyak, perlu dilakukan *simple random sampling*.

Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktifitas diklasifikasikan kegiatan langsung dan tidak langsung, 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 yangbertugas saat itu. Pengamatan kegiatan perawat dilakukan dengan interval 2-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 di teliti berfungsi 24 jam atau 3 *shift*, maka pengamatan dilakukan sepanjang hari.

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

- a) Mempersiapkan semua peralatan yang dibutuhkan untuk pengamat,
- b) Setiap melaksanakan pengamatan (observasi) peneliti mengamati 5 orang tenaga perawat di 1 ruangan,
- c) Memulai pelaksanaan kegiatan pengamatan mulai pukul 07.00 pagi,
- d) Menetapkan waktu interval pengamatan setiap 5 menit,
- e) Bentuk pengamatan sebagai berikut:
  1. Pada menit pertama *observer* mengamati kegiatan perawat A, Pada lima menit kedua *observer* mengamati kegiatan perawat B
  2. Pada lima menit ketiga *observer* mengamati kegiatan perawat C Pada lima menit keempat *observer* mengamati kegiatan perawat D
  3. Pada lima menit kelima *observer* mengamati kegiatan perawat E
  4. Pada lima menit keenam sampai dengan seterusnya *observer* kembali mengamati kegiatan perawat A sampai E 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. Jadi jumlah pengamatan dapat dihitung sebagai contoh : bila diamati kegiatan 5 perawat selama 24 jam (3 *shift*nya), dalam 6 hari kerja. Dengan demikian jumlah pengamatan = 5 (perawat) x 60 menit / 5 menit x 24 jam x 6 (hari kerja) = 8640 sampel pengamatan. Dengan jumlah data pengamatan yang besar ini

menghasilkan data yang akurat yang menggambarkan kegiatan personel yang sedang diteliti. Untuk memastikan adanya objektivitas dan kepercayaan, maka pengamat harus dilatih dalam hal pengamatan (Gillies, 2000).

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat

Ada banyak yang dapat mempengaruhi beban kerja perawat dan *outcome* pasien, termasuk didalamnya kondisi perawatan pasien, kondisi medis pasien, karakteristik penyedia pelayanan, intervensi keperawatan yang diberikan dan lingkungan kerja (O'brien pallas *et al* 2007).

Sedangkan menurut Steven (1999) *dalam* Kusmiyati (2003), faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah ; struktur kepribadian, riwayat dan gaya hidup, hubungan dan kontak. Purwandari (2002) mengungkapkan bahwa yang mempengaruhi beban kerja perawat adalah kemampuan kerja, kesehatan jasmani dan rohani, kondisi tempat kerja, peralatan kerja, waktu kerja, pencahayaan, hubungan kerja, pengaruh kebijakan dan kompensasi, jenis kelamin, lama kerja, jabatan dan pendidikan. Masing-masing jenis beban kerja dipengaruhi oleh faktor yang berbeda. Beban kuantitatif dipengaruhi waktu kerja dan kondisi tempat kerja. Beban kualitatif dipengaruhi oleh pencahayaan, waktu kerja, usia, kondisi fisik pekerja. Beban kerja sosial dipengaruhi oleh keadaan rohani, kebijakan, dan hubungan kerja. Beban psikologis dipengaruhi oleh jumlah anggota keluarga dan hubungan kerja.

Tinggi rendahnya beban kerja perawat dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Faktor pasien

a. Jumlah pasien yang di rawat

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 340 tahun 2010, untuk rumah sakit tipe C perbandingan jumlah tempat tidur dan perawat

adalah 3:2, dan apabila perbandingan menjadi tidak sesuai karena jumlah pasien yang berlebih banyak maka beban kerja perawat akan meningkat

b. Tingkat ketergantungan pasien

Karakteristik pasien yang dirawat dibangsal rawat inap sangat bervariasi sesuai dengan diagnosis dan kebutuhannya, sehingga intervensi keperawatannya pun akan berbeda

2. Faktor sarana tempat kerja

Dalam suatu studi ditemukan bahwa ada hubungan yang signifikan secara statistik antara variasi bentuk bangunan rumah sakit dengan efisiensi waktu yang digunakan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

Selain bentuk bangunan, teknologi yang digunakan dalam menyediakan data juga mempengaruhi efisiensi waktu kerja yang berpengaruh pada beban kerja perawat. Misalnya saja penggunaan rekam medis elektronik cukup membuat waktu lebih efisiensi pada proses perawatan.

3. Faktor perawat

a. Kualitas dan kuantitas tenaga perawat

Perencanaan tenaga perawat baik secara kualitas maupun kuantitas harus dilakukan secara cermat, hal ini disebabkan karena untuk memenuhi kebutuhan sehingga secara kualitas dapat memenuhi tenaga profesional dan non profesional, yang apabila tidak seimbang akan menyebabkan meningkatnya beban kerja (Ilyas,2011). Sedangkan kebutuhan tenaga secara kuantitas dibutuhkan untuk mencapai rasio tempat tidur pasien dengan perawat, sehingga terjadi keseimbangan beban kerja, sehingga apakah beban kerja perawat meningkat maka membutuhkan jumlah perawat yang banyak (Padilha *et al*,2007).

Peraturan Men.Kes.R.I.No.262/Men.Kes./Per/VII/1979 menetapkan bahwa perbandingan jumlah tempat tidur rumah sakit dibanding dengan jumlah perawat adalah sebagai berikut :“Jumlah tempat tidur : Jumlah perawat = 3-4 tempat tidur : 2 perawat”. Hasil *Work Shop* Perawatan oleh Dep.Kes RI di Ciloto Tahun 1971 menyebutkan bahwa : “Jumlah tenaga keperawatan : pasien = 5 : 9 tiap *shift*”

b. Variasi kegiatan perawat

Variasi dan jumlah kegiatan pelayanan keperawatan dapat mempengaruhi tinggi rendahnya beban kerja perawat karena hal ini akan mempengaruhi jumlah pekerjaan yang harus dijalankan perawat selama tugas jaga dan berpengaruh pada waktu perawatan yang harus ditempuh. (Gillies,2000).

Penelitian menyebutkan bahwa beban kerja perawat adalah salah satu hal yang sangat penting yang dapat menentukan kualitas pelayanan dan *patient safety* (Carayon & Gurses,2005). Beban kerja perawat yang berlebihan juga menjadi masalah diberbagai negara, hal ini biasanya disebabkan karena meningkatnya kebutuhan perawat karena peningkatan jumlah pasien yang dirawat dan variasi pekerjaan perawat di rumah sakit.

e. Dampak beban kerja

Akibat beban kerja yang terlalu berat atau terlalu sedikit dapat mengakibatkan seseorang pekerja menderita gangguan atau penyakit akibat kerja. Hal ini didukung oleh penelitian Suciari (2006) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dan keluhan *Low Back Pain*. Beban kerja yang terlalu berlebihan akan menimbulkan kelelahan baik fisik atau mental dan reaksi-reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan, dan muntah-muntah.

Beban kerja yang berlebihan misalnya melakukan asuhan keperawatan kepada pasien dalam jumlah yang banyak, sehingga

melewati jam kerja yang telah ditentukan. Selain itu jumlah perawat yang berada dalam bangsal tidak memadai dengan pasien yang ada. Sedangkan beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan yang terjadi karena pengulangan gerak akan menimbulkan kebosanan dan rasa monoton. Kebosanan dalam kerja rutin sehari-hari karena tugas dan pekerjaan yang terlalu sedikit mengakibatkan kurangnya perhatian pada pekerjaan sehingga secara potensial membahayakan pekerja.

Dampak dari beban kerja yang berlebih pada perawat sangat variatif, menurut Carayon dan Gurses (2005) berlebihnya beban kerja mempunyai dampak sebagai berikut :

1. *Nursing error* :

Beban kerja yang berlebih menyebabkan meningkatnya beban kognitif perawat sehingga bisa menyebabkan terjadinya *error*, misalnya lupa mencatat hasil pemeriksaan atau salah dalam memutar tombol alat dan lain sebagainya.

2. Ketidapatuhan :

Beban kerja perawat yang berlebih menyebabkan terbatasnya kesempatan perawat untuk mengikuti aturan prosedur, sehingga pelaksanaan tindakan kadang tidak sesuai dengan prosedur tetap yang ada.

3. Stres kerja :

Perawat yang mendapatkan beban kerja berlebihan akan menyebabkan stres kerja yang akan berdampak pada menurunnya penampilan kerja perawat

4. Waktu kerja perawat :

Perawat dengan beban kerja berlebih tidak mempunyai kesempatan bekerja secara aman, kurangnya komunikasi yang efektif dengan pasien dan tim kesehatan yang lain.

## 5. Motivasi kerja :

Beban kerja yang berlebih menyebabkan ketidakpuasan kerja perawat yang bisa menyebabkan menurunnya motivasi kerja dan berdampak akhir pada menurunnya kinerja perawat.

## 6. Dampak sistemik :

Beban kerja yang tinggi menyebabkan perawat tidak mempunyai kesempatan untuk bekerja dalam tim dengan baik, misalnya berkurangnya kesempatan untuk saling membantu pekerjaan perawat yang lain.

Sedangkan menurut Rogers *et al* (2004), beban kerja seorang perawat dapat menyebabkan terjadinya kelelahan yang berhubungan dengan tingkat kesalahan yang dibuat oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien. Efek kelelahan mempengaruhi keselamatan pasien dan perawat tersebut. Kesalahan sekecil apapun yang terjadi dapat memperpanjang *length of stay* dan menambah biaya pasien yang dirawat.

## 2. Kinerja

### a. Pengertian

Wirawan (2009;5) menyebutkan “kinerja sering juga disebut dengan kinetika kerja atau *performance*. Kinerja adalah keluaran yang dihasilkan oleh fungsi-fungsi atau indikator-indikator suatu pekerjaan atau suatu profesi dalam waktu tertentu. Selanjutnya, Wirawan (2009;9) kinerja merupakan fungsi dari kompetensi, sikap dan tindakan.

Kinerja adalah hasil kerja yang dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam satu organisasi sesuai wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi

secara legal, tidak melanggar hukum, sesuai moral maupun etika ( Nursalam, 2015 ).

Kinerja individu adalah hasil kerja karyawan baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan. Kinerja individu ini akan tercapai apabila didukung oleh atribut individu, upaya kerja (*work effort*) dan dukungan organisasi. (Mangkunegara,2012).

Dengan kata lain, kinerja individu adalah hasil dari (Mangkunegara,2012) :

1. Atribut individu
2. Upaya kerja (*work effort*)
3. Dukungan organisasi

Kompetensi melukiskan karakteristik pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan pengalaman untuk melakukan suatu pekerjaan atau peran tertentu secara efektif. Kompetensi secara objektif dapat diukur dan dikembangkan melalui supervisi, manajemen kinerja, dan program pengembangan sumber daya manusia.

Sikap melukiskan perasaan mengenai sesuatu, perasaan senang atau tidak senang mengenai objek ( orang, benda, pekerjaan, atau keadaan) tertentu. Para psikolog menganggap sikap merupakan konstruksi hipotertikal, yaitu sesuatu yang tidak dapat di observasi secara langsung tetapi hanya dapat ditarik kesimpulan dari perilaku. Dalam sikap terkandung perasaan, kepercayaan, nilai-nilai dan cenderung berperilaku dengan tindakan tertentu.

Kompetensi dan sikap tidak akan menghasilkan kinerja tanpa dioperasikan dalam tindakan. Banyak orang yang pandai atau berkompeten dan bersikap positif terhadap sesuatu tapi NATO- *no action,talk only*, maka tidak akan menghasilkan kinerja.

Standar kinerja merupakan tolak ukur bagi suatu perbandingan antara apa yang telah dilakukan dengan apa yang ditargetkan, sesuai dengan pekerjaan atau jabatan yang telah dipercayakan kepada seseorang. Standar kinerja dapat juga dijadikan pertanggung jawaban terhadap apa yang telah dilakukan serta untuk mengetahui kinerja perawat.

Metode-metode penilaian berorientasi masa lalu, sebagaimana dikemukakan oleh Handoko (2008;150) dapat diibaratkan seperti mengendarai mobil dengan melihat melalui kaca spion; kita hanya mengetahui dimana kita berada, bukan kemana kita akan pergi. Penilaian-penilaian yang berorientasi masa depan memusatkan pada prestasi kerja di waktu yang akan datang melalui penilaian potensi karyawan atau penetapan sasaran-sasaran prestasi kerja di masa mendatang

b. Faktor – faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja

Faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Hal ini sesuai dengan pendapat Davis dalam Mangkunegara (2012) yang memutuskan bahwa :

$$\text{Human Performance} = \text{Ability} \times \text{Motivation}$$

$$\text{Motivation} = \text{Attitude} \times \text{Situation}$$

$$\text{Ability} = \text{Knowledge} \times \text{Skill}$$

1. Faktor kemampuan(Ability)

Secara psikologi, kemampuan (*ability*) terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan *reality* (*knowledge + skill*).

2. Faktor motivasi (*Motivation*)

Motivasi diartikan suatu sikap (*attitude*) pimpinan dan karyawan terhadap situasi kerja (*situation*) di lingkungan organisasinya. Mereka bersikap positif (*pro*) terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja tinggi dan sebaliknya jika mereka bersikap negatif (*kontra*) terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja yang rendah. Situasi-situasi kerja yang dimaksud mencakup antara lain hubungan kerja, fasilitas kerja, iklim kerja, kebijakan pimpinan, pola kepemimpinan kerja dan kondisi kerja.

### B. Penelitian Terdahulu

No	Peneliti / Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Wiwit Ciptaningsih Haryanto (2013) Pengaruh Beban Kerja dan Kelelahan Perawat Terhadap Keperawatan Infus di Ruang Perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo	Untuk mengetahui pengaruh beban kerja dan kelelahan perawat terhadap perawatan infus di Ruang Perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo	Survey analitik dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Tidak ada pengaruh beban kerja perawat terhadap kelelahan kerja perawat di Ruang perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo ditunjukkan dengan nilai signifikansi ( $p$ ) 0,605 ( $0,605 < 0,05$ ) dan nilai B sebesar 3,660.

No	Peneliti / Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
2	Prawitasari (2008) Hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta	Untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta	Penelitian deskriptif dengan pendekatan restropektif dan deskriptive cross sectional terhadap data administrasi rumah sakit khususnya data dinas perawat pelaksana dan data pasien pulang rawat inap periode Januari, Maret, Mei, dan Juli 2008	Penelitian ini menyimpulkan bahwa beban kerja perawat pelaksana tinggi, masih ada masalah keselamatan pasien yang buruk dan terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien.

No	Peneliti / Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
3	Ester Marlin Ralahalu (2012) Pengaruh Motivasi dan Lingkungan Kerja Perawat Terhadap Kinerja Perawat Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta	Untuk menganalisis pengaruh faktor motivasi dan lingkungan kerja perawat terhadap kinerja perawat pada bangsal rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta	Deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional study</i>	Motivasi dan lingkungan kerja mempengaruhi kinerja perawat. Dilihat oleh, motivasi intrinsik, motivasi ekstrinsik, lingkungan fisik dan lingkungan non fisik sebesar 54,2%, sedangkan sisanya sebesar 45,8% dipengaruhi faktor lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini. Hal ini dibuktikan melalui analisis regresi berganda yang menunjukkan nilai $R^2$ sebesar 0,542

Sumber : Data Primer, 2017

1. Persamaan penelitian yang akan dilakukan dengan penelitian Wiwit Ciptaningsih Haryanto (2012) adalah sama-sama meneliti tentang beban kerja. Sedangkan, perbedaannya terletak pada : a) adanya penambahan kinerja perawat, b) subjek penelitian sama-sama hanya pada perawat saja, c) lokasi penelitian tersebut dilakukan ruang ICU RS PKU Muhammadiyah.

2. Persamaan penelitian yang dilakukan dengan Prawitasari (2008) adalah sama-sama meneliti tentang beban kerja. Sedangkan, perbedaannya terletak pada : penambahan variabel kinerja perawat sedangkan pada penelitian tersebut adalah *patient safety*.
3. Persamaan penelitian yang akan dilakukan dengan Ester Marlin Ralahalu (2012), adalah sama-sama meneliti kinerja, sedangkan perbedaannya terletak pada penambahan variabel beban kerja.

### **C. Landasan Teori**

Perawat merupakan elemen utama untuk meningkatkan kualitas pelayanan karena perawat adalah garda depan dalam pelayanan rumah sakit. Pekerja kesehatan rumah sakit yang terbanyak adalah perawat yang berjumlah sekitar 60% dari seluruh tenaga kerja yang ada di rumah sakit. Selain menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan di rumah sakit, perawat juga selalu ada di setiap rumah sakit. Oleh karena itu, perawat dapat berperan dalam pelayanan kesehatan.

Kinerja individu adalah hasil kerja karyawan baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan. Kinerja individu ini akan tercapai apabila didukung oleh atribut individu, upaya kerja (*work effort*) dan dukungan organisasi (Mangkunegara, 2012). Dengan kata lain, kinerja individu adalah hasil dari : (Mangkunegara, 2012)

1. Atribut individu
2. Upaya kerja (*work effort*)
3. Dukungan organisasi

Kompetensi melukiskan karakteristik pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan pengalaman untuk melakukan suatu pekerjaan atau peran tertentu secara efektif. Kompetensi secara objektif dapat diukur dan

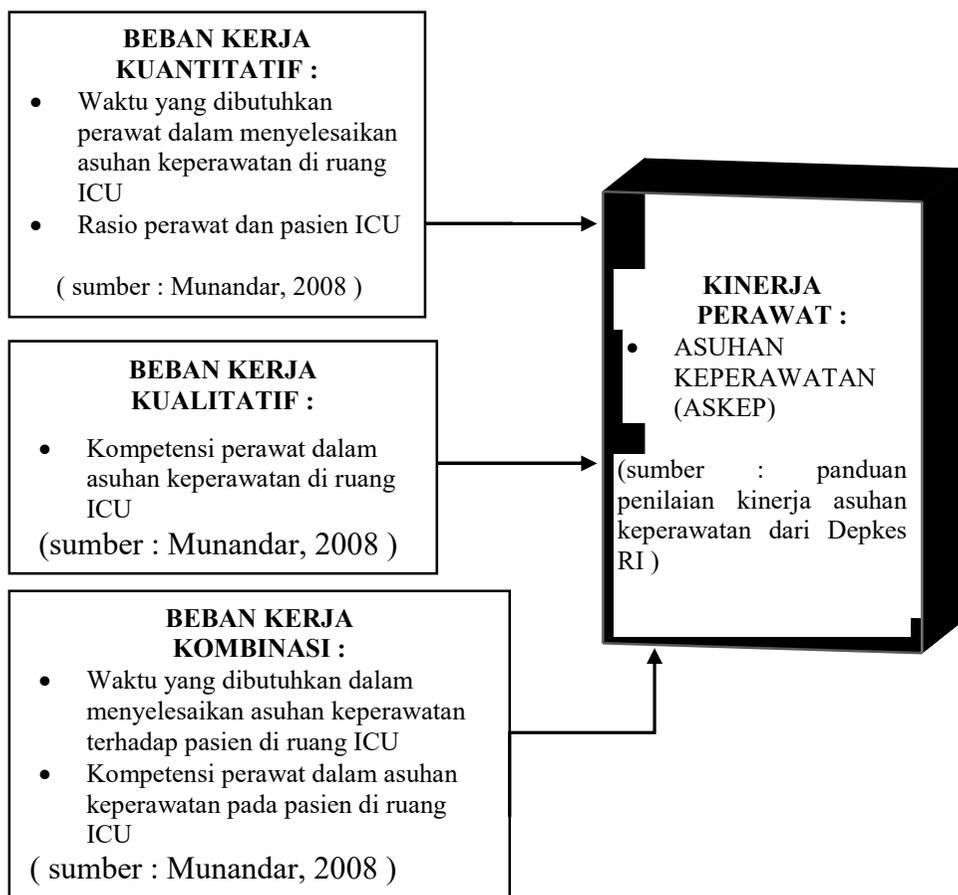
dikembangkan melalui supervisi, manajemen kinerja, dan program pengembangan sumber daya manusia.

Sikap melukiskan perasaan mengenai sesuatu, perasaan senang atau tidak senang mengenai objek ( orang, benda, pekerjaan, atau keadaan) tertentu. Para psikolog menganggap sikap merupakan konstruksi hipotetikal, yaitu sesuatu yang tidak dapat di observasi secara langsung tetapi hanya dapat ditarik kesimpulan dari perilaku. Dalam sikap terkandung perasaan, kepercayaan, nilai-nilai dan cenderung berperilaku dengan tindakan tertentu. Kompetensi dan sikap tidak akan menghasilkan kinerja tanpa dioperasikan dalam tindakan. Banyak orang yang pandai atau berkompeten dan bersikap positif terhadap sesuatu tapi NATO- *no action, talk only*, maka tidak akan menghasilkan kinerja. Standar kinerja merupakan tolak ukur bagi suatu perbandingan antara apa yang telah dilakukan dengan apa yang ditargetkan sesuai dengan pekerjaan atau jabatan yang telah dipercayakan kepada seseorang. Standar kinerja dapat juga dijadikan pertanggung jawaban terhadap apa yang telah dilakukan serta untuk mengetahui kinerja perawat.

Mayoritas *error* yang dilakukan oleh perawat disebabkan karena tingginya beban kerja. Beban kerja yang tinggi merupakan salah satu *latent failure* dalam kejadian *error* yang dapat menyebabkan penurunan kinerja. Beban kerja Menurut Everly & Girdano *dalam* Munandar (2008), beban kerja adalah keadaan dimana pekerja dihadapkan pada tugas yang harus diselesaikan dalam batas waktu tertentu. Kemampuan perawat dalam menghadapi beban kerja dapat terlihat dengan muncul tidaknya keluhan saat melakukan pekerjaannya. Beban kerja berlebihan ataupun terlalu sedikit dapat menjadi pembangkit stres. Beban kerja secara kuantitatif timbul, akibat tugas-tugas terlalu banyak, sedangkan secara kualitatif jika pekerja merasa tidak mampu untuk melakukan tugas, atau

tugas tidak menggunakan keterampilan atau potensi dari tenaga kerja. Beban kerja perawat dapat dilihat dari beban kerja kuantitatif, kualitatif, dan kombinasi. Beban kerja kuantitatif, yaitu perasaan perawat bahwa pekerjaan yang dilakukannya terlalu banyak atau tidak cukupnya waktu yang diberikan untuk menyelesaikan asuhan keperawatan. Beban kerja kualitatif, yaitu perasaan perawat bahwa pekerjaan yang dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan terlalu sulit dan perasaan tidak memiliki kemampuan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan. Sedangkan beban kerja kombinasi, yaitu kombinasi antara beban kerja kuantitatif dan beban kerja kualitatif.

#### D. Kerangka Konsep



Gambar 2.1. Kerangka konsep penelitian

## **E. Hipotesis**

1. Terdapat pengaruh signifikan beban kerja kuantitatif terhadap kinerja perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Gamping
2. Terdapat pengaruh signifikan beban kerja kualitatif terhadap kinerja perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Gamping
3. Terdapat pengaruh signifikan beban kerja kombinasi terhadap kinerja perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Gamping
4. Secara simultan terdapat pengaruh signifikan beban kerja kuantitatif, kualitatif, dan kombinasi terhadap kinerja perawat di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Gamping.