BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kinerja

a. Pengertian

Kinerja adalah terjemahan dari bahasa Inggris Performance. Menurut kamus The New Webster Dictionary ”***Performanc****e* “artinya adalah pelaksanaan tugas. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Kinerja sendiri adalah prestasi kerja.

Menurut banyak ahli, kinerja sendiri memiliki arti yang lebih luas dari pelaksanaan tugas. T Gibson *et al* (1997) menyatakan bahwa kinerja adalah hasil dari pekerjaan yang terkait dengan tujuan organisasi, seperti kualitas, efisiensi dan kreteria keefektifan lainnya. Substansi penting dalam pengertian ini adalah bagaimana melaksanakan pekerjaan yang berkualitas, efisien dan efektif dalam rangka pencapai tujuan organisasi.

Sedang menurut Kirkpatrik and Lewis (1995), kinerja (performance) adalah merupakan istilah yang dipakai untuk menunjukan kualitas dan produktivitas dari hasil (output)pekerjaan yang telah dilakukan oleh seseorang atau kelompok. Hal ini sesuai dengan pendapat para ahli lainnya.

Dharma (1991) menyatakan bahwa kualitas kerja merupakan suatu produk/jasa yang diberikan oleh seseorang atau kelompok orang sebagai hasil yang telah dilakukan.

Hasibuan (1994), mengartikan kinerja sebagai suatu hasil kinerja yang dicapai seseorang dalam menjalankan tugas-tugas yang dibebankan kepadanya yang berdasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu.

Mangkunegara (2001), memberikan pengertian kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung yang diberikan kepadanya.

Menurut Armstrong (2004) manajemen kinerja merupakan sarana untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dari organisasi, tim dan individu dengan cara memahami dan mengelola kinerja dalam suatu kerangka tujuan, standar dan persyaratan-persyaratan atribut / kompetensi terencana yang telah disepakati.

b. Kriteria kinerja

Dalam melakukan penilain kinerja, ada aspek penting yang harus diperhartikan yaitu kriteria kinerja. Kriteria kinerja merupakan hal penting dari penilaian yang digunakan untuk mengukur kinerja karyawan.(Sovia et al., 2019)

Menurut Soelaiman Sukmalana (2007) ada beberapa tipe kriteria kinerja yang didasarkan pada :

a. Penilaian kinerja berdasarkan hasil (*result based performance evaluation*)

   Tipe kriteria ini adalah merumuskan kinerja pekerjaan berdasarkan pada pencapaian tujuan organisasi atau mengukur hasil-hasil akhir (*end result)* dari para karyawan. Sebagai evaluasi kinerja yang fokusnya pada apa yang telah dihasilkan karyawan / pekerja secara langsung, dimana sasaran telah ditetapkan bersama dan lebih bersifat mengarah pada persetujuan atau penerimaan sasaran secara bersama, sehingga tidak dapat digunakan untuk karyawan yang satu dengan yang lainnya.

b. Penilaian kinerja berdasarkan (*behavior based performance evaluation*)

   Tipe kriteria kinerja ini digunakan untuk mengukur sarana (*means*) pencapaian sasaran (goals), biasanya dikenal dengan BARS (*behaviorally* anchore *rating scale*) yang menganggap bahwa para pekerja bisa memberikan uraian yang tepat mengenai perilaku atau performance yang efektif. Standar-

standar dimunculkan dari diskusi-diskusi kelompok mengenai kejadian-kejadian kritis di tempat kerja.

c. Penilaian kinerja berdasarkan pertimbangan (*judgment based performanca evaluation*).

Tipe kriteria ini pada dasarnya digunakan untuk menilai dan atau mengevaluasi kinerja karyawan berdasarkan pada diskripsi perilakuyang spesifik, sering juga disebut metode tradisionil dimana pada hakekatnya mendasarkan pada pertimbangan judgement dengan menggunakan rating method dan ranking method.

Sedangkan Micoriza (2006) menyampaikan bahwa Bernardin (1993) mengemukakan 5 (lima) kriteria yang dapat dipergunakan untuk mengukur kinerja :

1) Kuantitas

Merupakan Jumlah yang dihasilkan dinyatakan dalam istilah-istilah seperti dolar, jumlah siklus, jumlah unit aktivitas yang diselesaikan

2) Kualitas

Merupakam tingkat dimana hasil aktivitas yang dilakukan mendekati sempurna dalam menyesuaikan beberapa cara ideal

dari penampilan aktivitas ataupun memenuhi tujuan-tujuan yang diharapkan dari suatu aktivitas.

3) Ketepatan Waktu

Merupakan tingkat suatu aktivitas diselesaikan pada waktu awal yang diinginkan, dilihat dari sudut koordinasi dengan hasil output serta memaksimalkan waktu yang tersedia untuk aktivitas lain.

4) Efektivitas

Merupakan tingkat penggunaan sumber daya (tenaga, uang, teknologi, bahan baku) dimaksimalkan dengan maksud menaikkan keuntungan atau mengurangi kerugian dan setiap unit atau instansi dalam penggunaan sumber daya.

5) Kemandirian

Merupakan kriteria ini berhubungan dengan tingkat kemandirian yang dimiliki oleh pegawai dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sebagai pegawai.

c. Manfaat penilaian Kinerja

Arti penting penilaian kinerja (unjuk kerja) menurut Marihot (2002) adalah :

1) Untuk membuat keputusan pemberian penghargaan (bonus, kenaikan gaji dan bentuk penghargaan lainnya).

2) Untuk membuat keputusan pengembangan karir seseorang (promosi, demosi dan pemindahan kerja)
3) Untuk memberikan umpan balik kepada karyawan tentang penampilan mereka pada kurun waktu tertentu.
4) Untuk mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan pengembangan

Dari uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa kinerja adalah hasil kerja seseorang baik secara individu atau kelompok atas pelaksanaan perkerjaan yang telah dibebankan kepada pegawai. Kinerja seorang pegawai perlu dinilai kerena akan dapat memberikan manfaat bagi organisasi maupun bagi individu pegawai tersebut.

2. Kejadian *Near Miss*/Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

a. Pengertian

Kejadian *Near Mis*/Nyaris Cidera Cidera (KNC) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien dan merupakan kejadian yang belum sampai terpapar ke pasien. (Permenkes No 11 Tahun 2017). Definisi Keselamatan Pasien (Patient Safety) Patient safety adalah prinsip dasar dari perawatan kesehatan (WHO). Keselamatan pasien

menurut Sunaryo (2009) adalah ada tidak adanya kesalahan atau bebas dari cidera karena kecelakaan.

Pada tahun 2004, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) juga mengumpulkan data tentang hasil-hasil penelitian tentang efek samping dari berbagai rumah sakit di Amerika Serikat, Australia, Selandia Baru, Kanada, dan Eropa. Dari hasil penelitian ini, ditemukan bahwa efek samping terjadi pada 3,2-16,6%. Selain itu, tingkat kematian pada pasien yang di rawat inap di seluruh Amerika karena efek samping sebesar 33,6 juta/tahun yang berkisar antara 44.000 hingga 98.000 per tahun. Jumlah kematian lebih tinggi daripada angka kematian karena kecelakaan, kanker payudara dan AIDS. Dari data ini, itu menjadi referensi untuk penelitian dan pengembangan sistem Keselamatan pasien/*patient safety* di berbagai Negara.(Carlesi et al., 2017)

Program keselamatan pasien di Indonesia dicanangkan pada tahun 2005, dan terus berkembang menjadi isu utama dalam pelayanan medis di Indonesia. Hal tersebut didukung dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari medical error dan

memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua stakeholder rumah sakit untuk lebih memperhatian keselamatan pasien di rumah sakit. Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan suatu sistem di rumah yang menjamin bahwa asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya atau meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden keselamatan pasien dan memaksimalkan langkah-langkah penanganan bila hal tersebutkan terjadi, serta meningkatkan akuntabilitas.(Ayabe et al., 2018)

b. Pelaporan Kejadian Nyaris Cidera

Ada 2 Mekanisme pelaporan yaitu:

1) Mekanisme pelaporan internal setiap Insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim Keselamatan Pasien dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir 1.
2) Mekanisme pelaporan eksternal setiap insiden di fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan pelaporan Insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional

Keselamatan Pasien sesuai dengan format laporan tercantum pada Formulir 2 dan Formulir 3(lampiran)

Berkaitan dengan Insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah Kejadian Nyaris Cedera (KNC), KTD, dan kejadian sentinel pada saat Keselamatan Pasien mulai dilaksanakan;

3. Beban Kerja

a. Pengertian

Istilah yang mulai dikenal sejak tahun 1970an adalah beban kerja. Definisi beban kerja menurut beberapa ahli terdapat perbedaan definisi. Merupakan suatu konsep yang multi-dimensi, sehingga sulit diperoleh satu kesimpulan saja mengenai definisi yang tepat (Cain, 2007). Salah satu tokoh yang mengatakan definisi beban kerja adalah Gopher & Doncin (1986). Gopher & Doncin mengatakan beban kerja adalah suatu konsep yang timbul akibat adanya keterbatasan kapasitas dalam memproses informasi. Ketika menghadapi suatu tugas, individu diharapkan pada suatu tingkat tertentu dapat menyelesaikan tugas tersebut. Apabila keterbatasan yang dimiliki individu tersebut menghambat/menghalangi tercapainya hasil kerja pada tingkat yang diharapkan, berarti telah terjadi kesenjangan antara tingkat

kemampuan yang diharapkan dan tingkat kapasitas yang dimiliki. Kesenjangan ini menyebabkan timbulnya kegagalan dalam kinerja (performance failures).

Hal yang mendasari pentingnya pengukuran dan pemahaman yang lebih dalam mengenai beban kerja (Gopher & Doncin, 1986).O'Donnell & Eggemeier (1986) menerangkan definisi yang selaras dengan apa yang dikemukakan oleh Gopher & Doncin. Keduanya mengemukakan bahwa istilah beban kerja merujuk kepada "seberapa besar dari kapasitas pekerja yang jumlahnya terbatas, yang dibutuhkan dalam menyelesaikan suatu tugas/pekerjaan".

Beban kerja yang merupakan sejumlah atau sekumpulan kegiatan yang harus diselesaikan oleh unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu juga akan berpengaruh terhadap kinerja pegawai (Endang Hendrayanti, 2003).

Semakin tingginya beban kerja yang dialami perawat karena tuntutan profesionalisme berimbas pada munculnya tekanan-tekanan psikologis berupa stres pekerjaan yang disebabkan oleh beban kerja dan kondisi kerja (Alder, 2002).

Beban kerja menjadi sumber stres disebabkan karena terlalu banyak beban kerja baik beban kerja kuantitatif maupun beban kerja kualitatif (Fields, 2002). Kondisi kerja merupakan tanggapan individu terhadap lingkungan pekerjaan yang meliputi lingkungan fisik maupun hubungan kerja tim. Oleh karena itu kondisi lingkungan kerja yang kondusif sangat membantu meringankan beban kerja.(Chu and Hsu, 2011)

Webster dalam Lysaght, *et al*. (1989) menyatakan sudut pandang yang berbeda dalam mendefinisikan beban kerja. Ia menyatakan beban kerja sebagai a) jumlah pekerjaan atau waktu bekerja yang diharapkan dari/diberikan kepada pekerja dan b) total jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh suatu departemen atau kelompok pekerja dalam suatu periode waktu tertentu". Dengan adanya definisi ini, maka Lysaght, *et al*. membagi tiga kategori besar dari definisi beban kerja, yaitu a) banyaknya pekerjaan dan hal yang harus dilakukan, b) waktu maupun aspek-aspek tertentu dari waktu yang harus diperhatikan oleh pekerja dan c) pengalaman psikologis subjektif yang dialami oleh seorang pekerja.

Dengan adanya beberapa definisi di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa beban kerja merupakan sejauh mana

kapasitas individu pekerja dibutuhkan dalam menyelesaikan tugas yang diberikan kepadanya, yang dapat diindikasikan dari jumlah pekerjaan yang harus dilakukan, waktu/batasan waktu yang dimiliki oleh pekerja dalam menyelesaikan tugasnya, serta pandangan subjektif individu tersebut sendiri mengenai pekerjaan yang diberikan kepadanya.(Roberts and Grubb, 2014)

Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat antara lain adalah: kondisi pasien, jumlah pasien, tingkat ketergantungan pasien serta waktu yang diperlukan untuk setiap tindakan keperwatan terhadap pasien baik secara langsung maupun tidak langsung (Mansyur, 2004).

b. Perhitungan beban kerja

Perhitungan beban kerja perawat yang dipakai ada beberapa metode perhitungan kecukupan tenaga perawatdi tingkat institusi menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 81/MENKES/SK/2004, diantaranya adalah:

1) Metode Daftar Susunan Pegawai (DSP) atau Authorized Staffing List

   Metode ini bisa digunakan di berbagai unit kerja seperti puskesmas, rumah sakit, dan saranan kesehatan lainnya.

   Langkah-langkah dari metode ini adalah sebagai berikut:

$$S = \frac{O}{300xN}$$

Menghitung produktivitas unit kerja secara kolektif dengan menggunkaan rumus:

Keterangan :

S : Dayaguna staf / hari

N : Jumlah Staf

O : Output unit kerja

$$n = \frac{NxK}{T}$$

Menghitung kebutuhan SDM dengan rumus:

Keterangan :

n : jumlah SDM dibutuhkan

N : jumlah beban kerja

K : Kapasitas kerja/ manit

T : jumlah kerja per hari kebutuhan tenaga kerja yang tepat, maka langkah selanjutnya adalah menentukan jenis tenaga kerja yang dibutuhkan sesuai dengan struktur organisasi unit kerja tersebut.

Setelah mengetahui jumlah dilanjutkan perhitungannya

2) Metode Workload Indicator Staff Need (WISN)

Di tahun 2004 Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 81/MENKES/SK/2004 telah mengeluarkan Pedoman

Penyusunan Perencanaan SDM dengan menggunakan metode WISN. Dengan menggunakan metode WISN dapat diketahui unit kerja dan kategori SDM nya, waktu kerja, standar beban kerja, kelonggaran, kuantitas kegiatan pokok, dan akhirnya dapat mengetahui kebutuhan SDM pada unit kerja tersebut (Julia *et al*. 2014). Kelebihan metode ini adalah mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif, dan realistis. Metode ini membantu menghitung seberapa besar kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan beban kerja saat ini sehingga menunjukkan dengan jelas suatu instalasi pelayanan kesehatan mengalami kelebihan atau kekurangan tenaga perawat (Khoiri *et al*. 2011).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 81/Menkes/SK/2004 tentang pedoman penyusunan perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan terdapat 5 langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan metode WISN, yaitu:

Menetapkan waktu kerja tersedia dilanjutkan dengan langkah yang bertujuan untuk memperoleh waktu kerja

tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja di Rumah Sakit selama kurun waktu satu tahun.

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

Hari kerja, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit atau peraturan daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 5 hari kerja. Dalam 1 tahun 250 hari kerja (50 hari x 50 minggu). (A)

Cuti tahunan, sesuai dengan ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun. (B)

Pendidikan dan pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di RS untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme setiap kategori SDm memiliki hak mengikuti pelatihan dalam 6 hari kerja. (C)

Hari Libur Nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, tahun 2002-2003 ditetapkan 15 hari kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama. (D)

Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidakhadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena

alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/ijin. (E)

Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS dan Peraturan Daerah, pada umumnya waktu kerja dalam 1 hari adalah 8 jam (5 hari kerja/minggu). (F)

Apabila ditemukan adalanya perbedaan rata-rata ketidakhadiran kerja atau RS menetapkan kebijakan untuk kategori SDM tertentu dapat mengikuti pendidikan pelatihan lebih lama dibandingkan kategori SDM lainnya, maka perhitungan waktu kerja tersedia dapat dilakukan perhitungan menurut kategori SDM.

c. Waktu Kerja Tersedia

Tabel 2.1 Waktu Kerja Tersedia

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	260	260	Hari/Tahun
B	Cuti Tahunan	12	12	Hari/Tahun
C	Pendidikan dan pelatihan	5	10	Hari/Tahun
D	Hari Libur Nasional	19	19	Hari/Tahun
E	Ketidakhadiran Kerja	10	12	Hari/Tahun
F	Waktu Kerja	8	8	Jam/Hari
Waktu Kerja tersedia		1,712	1,656	Jam/Tahun
Hari Kerja Tersedia		214	207	Hari/Tahun

d. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM

Langkah ini bertujuan untuk mendapatkan unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelesaikan kegiatan pelayanan kesehatan peorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat dalam dan di luar Rumah Sakit.

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

1) Bagan Struktur Organisasi Rumah Sakit dan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.
2) Keputusan Direktur RS tentang pembentukan unit kerja struktural dan fungsional, misalnya: Komite Medik, Komite Pengendalian Mutu RS. Bidang/Bagian Informasi.
3) Data pegawai berdasarkan pendidikan yang yang bekerja pada tiap unit kerja di RS.
4) PP 32 tahun 1996 tentang SDM Kesehatan.
5) Peraturan perundang-undangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan.
6) Standar profesi, standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) pada tiap unit kerja RS.
7) Menyusun standar beban kerja

Standar beban kerja adalah volume beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM.

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

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

Beban kerja setiap kategori SDM di tiap unit kerja Rumah Sakit adalah:

1) Kegiatan pokok yang merupakan berbagai jenis kegiatan sesuai dengan standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh masing-masing kategori SDM. Untuk menetapkan beban kerja dari masing-masing SDM ini perlu disusun kegiatan pokok serta jenis kegiatan pelayanan yang

berkaitan langsung/tidak langsung dengan pelayanan kesehatan perorangan.

2) Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan setiap kegiatan pokok. Untuk menentukan rata-rata waktu ini sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan setiap kegiatan pokok oleh SDM yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP) dan memiliki etos kerja tinggi.
3) Standar beban kerja per 1 tahun masing-masing kategori yang disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori.

   Adapun rumus perhitungna standar beban kerja adalah sebagai berikut:

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

4) Menyusun standar kelonggaran

   Tujuan untuk memperoleh faktor kelonggaran tiap kategori SDM yang meliputi kebutuhan waktu dan jenis kegiatan untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau

jumlah kegiatan pokok/pelayanan. Melakukan Penyusunan faktor kelonggaran sendiri dapat dilaksanakan melalui wawancara dan pengamatan kepada tiap kategori tentang:

a) Kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pasien, misalnya rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan obat/bahan habis pakai.
b) Frekuensi kegiatan dalam suatu hari, minggu, dan bulan.
c) Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan.

Setelah didapatkan faktor kelonggaran setiap kategori SDM, maka langkah selanjutnya adalah penyusunan Standar Kelonggaran dengan melakukan perhitungan berdasarkan rumus di bawah ini:

$$\textbf{Standar kelonggaran} = \frac{\textbf{Rata-rata waktu kelonggaran}}{\textbf{Waktu kerja tersedia}}$$

5) Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja yang bertujuan untuk memperoleh jumlah dan jenis/kategori SDM per unit kerja sesuai dengan beban kerja selama 1 tahun.

Beberapa sumber data yang diperlukan untuk menghitung kebutuhan SDM per unit kerja adalah sebagai berikut:

1) Data yang diperoleh dari langkah-langkah perhitungan sebelumnya:

a) Standar beban kerja

b) Waktu kerja tersedia, dan

c) Standar kelonggatan masing-masing kategori SDM

Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahun yang disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksananakan di setiap unit kerja Rumah Sakit selama kurun waktu 1 tahun.

$$\textbf{Kebutuhan SDM} = \frac{\textbf{Kuantitas kegiatan pokok}}{\textbf{Standar beban kerja}} \times \textbf{Standar kelonggaran}$$

Dari berbagai data tersebut maka diperoleh rumus kebutuhan SDM adalah sebagai berikut diatas.

Dari semua kelebihan, metode WISN ini juga memiliki kekurangan.Hal ini dikarenakan langkah metode WISN ini memerlukan ketelitian yang tinggi dan terbilang panjang. Maka dari itu, jika terjadi kesalahan perhitungan di satu langkah, akan berdampak pada hasil perhitungan langkah berikutnya (Khoiri *et al*. 2011).

Metode perhitungan beban kerja perawat yang lain ada beberapa yaitu : (“PERHITUNGAN TENAGA KEPERAWATAN – Manajemen Keperawatan,” n.d.)

1) Metode Douglas

Pada metode ini dengan mengklasifikasi pasien

Tabel 2.2klasifikasi pasien

Jumlah Pasien	Klasifikasi Pasien								
	Minimal			Parsial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
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									

Contoh :

Ruang rawat dengan klien (3 klien dengan perawatan minimal, 14 klien dengan perawatan parsial dan 5 klien dengan perawatan total) jumlah perawat yang dibutuhkan untuk jaga pagi ialah :

3 x 0,17 = 0,51

14 x 0,27 = 3,78

5 x 0,36 = 1,80

Jumlah 6,09→ 6 orang

2) Metode Rasio

Tabel 2.3Metode Rasio

Tipe RS	TM/TT	TNP/TT	TNOP/TT
A dan B	1/(4-7)	1/3	1/1
C	1/9	1/5	¾
D	1/15	1/6	2/3

TM : Tenaga Medis

TNP : Tenaga Perawat

TNOP : Tenaga Non Perawat

TT : tempat tidur

3) Metode Gillies

Tabel 2.4Metode Gillies

No	Klasifikasi Pasien	∑ Jam Kep	BOR	∑ Jam Kep
1	Self Care	< 2 Jam	?	?
2	Minimal Care	2 jam	?	?
3	Moderat Care	3 – 5 Jam	?	?
4	Intensive Care	5-6 Jam	?	?
	Jumlah Kep Langsung	7 Jam	?	?

Formula Gillies

Keperawatan Tidak Langsung :

a) 1 jam/pasien/24 jam

b) mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik

c) mempersiapkan pasien untuk tindakan keperawatan

d) merapikan meja suntik, dll.

Pendidikan Kesehatan : 15 menit/pasien/24 jam

Perhitungan Tenaga Gillies (1999) :

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

A = Jam perawatan 24 Jam (waktu yang dibutuhkan pasien)

B = Sensus Harian (BOR x Jumlah Tempat tidur)

C = Jumlah hari libur

365 = Jumlah hari kerja selama setahun

4) Metode PPNI

$$TP = \frac{A \times 52\ (Mg) \times 7\ hr\ (TT \times BOR) + 125}{41\ (Mg) \times 40\ Jam / Mg}$$

TP = Tenaga Perawat

A = Jumlah jam perawatan /24 jam

41 mg = 365 – 52 (Hr Ming) – 12 hr libur – 12 hr cuti

= 289/7

Produktivitas perawat = 75%→ ∑ TP x 125 %

5) Metode Depkes

Rawat Jalan

$$TP = \frac{\text{rata-rata jumlah pasien x jumlah jam perawatan + koreksi 15\%}}{\text{Jumlah jam kerja efektif / hari}}$$

Kamar Bersalin

$$TP = \frac{\text{rata-rata jumlah pasien x jumlah jam perawatan + koreksi 15\%}}{\text{Jumlah jam kerja efektif / hari}}$$

Kamar Operasi

Ketergantungan pasien :

1. Operasi besar : 5 jam/1 operasi.
2. Operasi sedang : 2 jam/1 operasi.
3. Operasi kecil : 1 jam/ 1 operasi.

$$TP = \frac{A \times B \times C \times D}{\text{Jumlah jam kerja efektif / hari}}$$

A : Jumlah jam keperawatan/hr

B : hari pertahun

C : jumlah operasi

D : jumlah perawat dalam tim

FORMULA PENGHITUNGAN TENAGA DI UGD

$$TP = \frac{\text{Jumlah jam perawat x 52 x 7 x jumlah kunjungan/hari}}{\text{Jumlah minggu kerja efektif x 40 Jam}}$$

6) Metode Ilyas

$$TP = \frac{A \times B \times C}{255 \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan :

A = Jumlah jam perawatan /24 jam

B = Sensus harian

B = Jumlah hari kerja selama setahun

255 = Hari kerja efektif perawat pertahun

{365- (12 hari libur nasional + 12 hari libur cuti tahunan) x 3/4 = 255 hari }

Berdasarkan metode perhitungan beban kerja perawat diatas ada keuntungan dan kerugian di masing – masing metode , untuk itu kita bisa mengambil mana metode yang bisa diterapkan dirumah sakit sesuai dengan kondisi rumah sakit masing- masing.

4. Stres

a. Pengertian

Stres berasal dari bahasa latin Stres adalah kata Latin "stringer", yang berarti menarik, dan digunakan pada abad ke-17

untuk menggambarkan kesulitan dan penderitaan. Pada abad ke-18, stres berarti kekuatan, tekanan regangan atau upaya yang kuat yang merujuk terutama pada regangan penghasil individu.Pandangan ini menunjukkan bahwa tingkat stres seseorang dapat diukur dengan cara yang sama kita dapat mengukur tekanan fisik. Stres berdasarkan perspektif ini memandang stres sebagai stimulus luar.(Idoko et al., 2015)

Menurut Jeyaratman dkk (2009), menampilkan bahwa stres yang dialami seseorang akan merubah cara kerja sistem kekebalan tubuh. Akibatnya, orang tersebut cenderung sering mudah terserang penyakit yang cenderung lama penyembuhannya karena tubuh tidak banyak memproduksi sel–sel kekebalan tubuh ataupun sel–sel antibodi banyak yang kalah. Efektifitas kerja dan kesehatan karyawan karena memiliki efek pada aspek fisik dan psikologis (Selye, 2002).

Hansselye (1946) mengatakan stres dalam model tiga tahap :

1) REAKSI ALARM: resistensi yang menurun diikuti oleh guncangan balik, "mekanisme pembangkangan" individu menjadi aktif.
2) RESISTENSI: tahap adaptasi maksimum dan mudah-mudahan, berhasil kembali ke keseimbangan untuk individu.

3) EXHAUSTION: ketika mekanisme adaptif runtuh akibat agen stres yang mengandung penelitian berikut ini mendefinisikan stres dari perspektif lain.

Stres bersifat subyektif dan relatif, sesuatu yang mungkin membuat stres untuk satu orang mungkin tidak membuat stres bagi orang lain. Stres dapat memengaruhi kesehatan fisik, mental, dan perilaku Anda. Kita tidak bisa menghilangkan stres buruk dari hidup kita, kita hanya bisa belajar untuk menghindarinya dan mengelolanya.

b. Tipe Stres

1) Akut Stres

Ini adalah bentuk stres yang paling umum. Itu datang dari tuntutan dan tekanan dari masa lalu baru-baru ini dan tuntutan yang diantisipasi dan tekanan dalam waktu dekat. Kecelakaan mobil yang menghancurkan fender mobil, kehilangan kontrak penting, bergegas untuk memenuhi tenggat waktu, dan menangani masalah sesekali anak seseorang di sekolah, Stres akut berlangsung untuk jangka pendek karena ini tidak memiliki cukup waktu untuk melakukan ekstensif kerusakan. Gejala-gejalanya dikenali oleh kebanyakan orang. Stres akut

dapat muncul dalam kehidupan siapa pun, tetapi penghiburannya adalah ia sangat dapat diobati dan dikelola.

2) Episodik Akut Stres

Ini melibatkan mereka yang sering menderita stres akut, kehidupan mereka begitu kacau sehingga mereka selalu dalam kekacauan dan krisis. Mereka selalu terlambat padahal sudah terburu-buru, tetapi jika ada yang salah. Mereka mengambil terlalu banyak, memiliki terlalu banyak setrika dalam api, dan tidak dapat mengatur tuntutan diri yang ditimbulkan dan tekanan yang menuntut perhatian mereka. Orang-orang yang berada dalam kategori ini menggambarkan diri mereka sebagai memiliki "banyak energi gugup, selalu terburu-buru, mereka cenderung tiba-tiba dan kadang-kadang sifat lekas marah mereka muncul sebagai permusuhan. Hubungan interpersonal mereka memburuk dengan cepat ketika orang lain merespons dengan permusuhan yang nyata. Penderita stres akut episodik disebut "kutil khawatir" yang mereka lihat bencana di setiap sudut dan pesimis memprediksi bencana di setiap situasi. Mereka melihat dunia sebagai tempat yang berbahaya, tidak pantas, dan menghukum di mana sesuatu yang buruk selalu akan terjadi. Orang-orang di sini tidak melihat ada yang salah

dengan gaya hidup mereka; mereka menyalahkan kesengsaraan mereka pada orang lain dan peristiwa eksternal. Satu mengalami stres waktu ketika Anda khawatir tentang waktu. Anda khawatir tentang sejumlah hal yang harus Anda lakukan dalam waktu tertentu. Anda merasa terjebak, tidak bahagia dan putus asa jika gagal mencapai sesuatu yang penting. Contoh umum stres waktu termasuk mengkhawatirkan tenggat waktu, bergegas untuk menghindari terlambat menghadiri rapat atau kantor.

3) Kronik Stres

Ini adalah stres yang melelahkan yang membuat orang menjauh hari demi hari dan tahun demi tahun. Stres kronis menghancurkan tubuh, pikiran, dan kehidupan. Ini mendatangkan malapetaka melalui gesekan jangka panjang. Ini adalah tekanan kemiskinan, keluarga yang disfungsional, terjebak dalam pernikahan yang tidak bahagia, dalam pekerjaan atau karier yang dihina dan persaingan yang tiada akhir. Stres kronis datang ketika seseorang tidak melihat jalan keluar dari situasi yang menyedihkan. Ini adalah tekanan dari tuntutan dan tekanan yang tak henti-hentinya untuk periode waktu yang tampaknya tak berkesudahan, tanpa harapan

individu menyerah dalam mencari solusi. Beberapa tekanan kronis berasal dari traumatis, pengalaman anak usia dini yang menjadi diinternalisasi dan tetap selamanya dan menyakitkan dan hadir. Aspek terburuk dari stres kronis adalah orang-orang terbiasa dengannya. Mereka lupa bahwa itu ada di sana. Stres kronis membunuh melalui bunuh diri, kekerasan, serangan jantung, stroke dan kanker. Orang-orang kelelahan sampai pada akhirnya, kerusakan fatal. Karena sumber daya fisik dan mental terkuras melalui gesekan jangka panjang, gejala-gejala stres kronis sulit untuk diobati dan mungkin memerlukan perawatan medis dan perilaku yang lebih luas penanganan dan manajemen stres

4) Antisipasi Stres

Stres ini seperti namanya mengenai masa depan. Ini dapat difokuskan pada acara tertentu, seperti presentasi mendatang yang Anda akan memberi, upacara pernikahan pernikahan yang akan datang.

5) Situasional stres

Ini terjadi ketika Anda berada dalam situasi menakutkan yang tidak dapat Anda kendalikan. Ini bisa menjadi keadaan darurat atau konfrontasi. Ini adalah situasi yang melibatkan konflik,

kehilangan status atau PHK karena kesalahan di kantor, dan kehilangan penerimaan di mata kelompok Anda.

6) Encounter Stres

Encounter stress terjadi jika peran Anda melibatkan banyak interaksi pribadi dengan pelanggan dan klien, seperti Bank sambil mencari pelanggan yang akan menyetor # 50,000,000 = (lima puluh juta naira), pencapaian target yang akhirnya menyebabkan stres encounter

7) Eustres

Eustress adalah jenis stres positif yang bersifat jangka pendek. Ini diaktifkan ketika seseorang perlu memiliki energi atau inspirasi ekstra. Eustress memberi kita motivasi yang kita butuhkan untuk menang atau tampil sangat baik dalam kompetisi, ujian, promosi, dan berpidato

8) Hiper stres

Ini terjadi ketika seseorang dipaksa untuk melakukan di atas kapasitas normal mereka. Dalam masa-masa belakangan ini bahwa perampingan terjadi di banyak organisasi, banyak orang merasa stres karena beban kerja yang berat. Satu orang melakukan pekerjaan sepuluh orang.

9) Bear Stres

Stres terjadi ketika seseorang terus-menerus gelisah. Seseorang dalam tugas yang sangat menantang, penugasan kognitif dan pekerjaan yang menuntut. Ini terjadi ketika potensi seseorang telah direntangkan berlebihan.

10) Psychological Stress

Stres psikologis cenderung disebabkan oleh stresor emosional. Stres emosional dapat disebabkan oleh masalah emosional yang asli, seperti kematian orang yang dicintai, atau stres semacam itu dapat disebabkan oleh situasi emosional yang dirasakan, seperti ketakutan bahwa Anda berada di blok perajang di tempat kerja.

11) Physiological Stress

Stres fisiologis adalah stres yang disebabkan oleh ancaman fisik nyata atau yang dirasakan oleh orang kita. Sekali lagi, bahkan jika stres disebabkan oleh ancaman yang dirasakan, stres itu sendiri cukup nyata dan kerusakan yang dapat disebabkan oleh stres dalam waktu lama juga cukup nyata.

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.5 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti dan Judul	Hasil Penelitian
1	Wiwit Ciptaningsih Haryanto dengan penelitian berjudul Pengaruh Beban Kerja dan Kelelahan perawat terhadap perawatan infus di Ruang perawatan kelas III RSUD Sukoharjo http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/972/pdf_73(Haryanto and Rosa, 2014) Metode Penelitian Kuantitatif	Hasil penelitian ini mengatakan Tidak ada pengaruh beban kerja kuantitatif perawat terhadap perawatan infus di Ruang perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo ditunjukkan dengan nilai signifikansi (p) 0,109 (0,109 = 0,05) dan nilai B sebesar -0,234.Ada pengaruh beban kerja kualitatif perawat terhadap perawatan infus di Ruang perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo ditunjukkan dengan nilai signifikansi (p) 0,000 (0,000 < 0,05) dan nilai B sebesar -1,847. Tidak ada pengaruh beban kerja fisik perawat terhadap perawatan infus di Ruang perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo ditunjukkan dengan nilaisignifikansi (p) 0,124 (0,124> 0,05) dan nilai B sebesar -0,612. Tidak ada pengaruh beban kerja psikis perawat terhadap perawatan infus di Ruang perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo ditunjukkan dengan nilai signifikansi (p) 0,466 (0,466> 0,05)dan nilai B sebesar 0,294. Tidak ada pengaruh beban kerja sosialperawat terhadap perawatan infus di Ruang perawatan Kelas III RSUD Sukoharjo ditunjukkan dengan nilai signifikansi (p) 0,875 (0,875 > 0,05) dan nilai B sebesar -0,053.
2	Asyiah Simanjorang dengan penelitian berjudul The Influence of job Stressor to Performance of Nurses In Pirngadi General	hasil penelitian Koefisien jalur pengaruh pekerjaan pada kinerja -0.211, ini menunjukkan bahwa efek langsung dari stresor kerja terhadap Kinerja adalah -0.211 atau 21,1%. Adapun artinya ada peningkatan 10 unit setiap stresor

No	Nama Peneliti dan Judul	Hasil Penelitian
	Hospital Of medan Indonesia International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases Vol.3, No.3, pp.12-17, June 2017 __Published by European Centre for Research Training and Development UK (www.eajournals.org)(Simanjorang and Dalimunthe, Ritha, 2017) Metode Penelitian Kuantitatif	pekerjaan akan menurunkan kinerja di 2,11 unit
3	Nur Hamim dengan penelitian Workload and Work Stress on Caring Behavior in nurse on Nursing Services International Journal of Human Resource Studies ISSN 2162-3058 2015, Vol. 5, No. 3 URL: http://dx.doi.org/10.5296/ijhrs.v5i3.8236 Metode Penelitian Kuantitatif	hasil penelitiannya Berdasarkan hasil uji statistik Loglinier Analisis Hubungan Beban Kerja dan Stres Kerja Dengan Perilaku Perawat Dalam merawat Di Rumah Sakit Kabupaten Probolinggo tahun 2014 menunjukkan bahwa nilai p value 0,001 dengan taraf signifikansi 0,05. Dengan demikian, nilai p lebih kecil dari α (0,05) sehingga H0 ditolak dan H1 diterima. Ini berarti ada Beban Kerja dan Hubungan Stres Kerja Dengan Perilaku Perawat Perilaku Merawat Dalam Perawatan Perawat di rumah sakit probolinggo
4	Dimitra Chatzigianni dengan penelitian Occupational Stress Experienced by Nurses Working in a Greek Regional Hospital Penelitian Kuantitatif	Skor total stres rata-rata (SD) berkisar pada level menengah [136,27 (47,80)]. Situasi yang paling menegangkan adalah berurusan dengan kematian dan kematian [18,29 (5,59)]; tuntutan pasien dan keluarga mereka [20,90 (7,12)], dan ketidakpastian tentang pengobatan [22,19 (9,07)]. Diskriminasi [4,40

No	Nama Peneliti dan Judul	Hasil Penelitian
	metode A Cross-sectional Study	(4,25)] dan konflik dengan teman sebaya [12,07 (5,10)] memicu lebih sedikit tekanan. Ada hubungan yang signifikan secara statistik antara usia dan stres total (F = 4,23, p <0,001) dan semua stresor berbeda. Perawat antara 30 dan 34 tahun menyatakan stres yang lebih tinggi dalam semua kasus kecuali pasien dan keluarga mereka menuntut stresor. Perawat-perawat yang bercerai itu menyatakan stres yang lebih tinggi dalam kematian dan kematian subskala (F = 2,93, p = 0,035). Asisten keperawatan mengungkapkan stres yang lebih tinggi sejauh beban kerja (t = −2.40, p = 0.017), konflik dengan dokter (t = .12.19, p = 0.033), dan masalah dengan teman sebaya (t = −2.63, p = 0.009) prihatin , dibandingkan dengan perawat.
5	Huda M. Al-Makhaita dalam penelitian Job Performance Among Nurses Working In Two Different Health Care Levels, Eastern Saudi Arabia(AlMakhaita et al., 2014) Penelitian Kuantitatif	Usia rata-rata perawat yang diteliti yang bekerja di PHCC dan MTC di Dammam adalah 35,2 ± 8,2 dan 28,6 ± 5,6 tahun, masing-masing dengan perbedaan signifikan secara statistik yang tinggi (p <0,001). Sebagian besar perawat yang diteliti bekerja di tingkat sekolah dasar atau menengah adalah Saudi (masing-masing 99,3% dan 76,7%), perempuan (masing-masing 91,7% dan 86,4%) dan menikah (masing-masing 80,6% dan 64,5%). Mayoritas perawat yang diteliti adalah perawat staf (85,4% di PHCC dan 88,4% di MTC) dengan total pengalaman sepuluh tahun dan lebih banyak di antara 68,1% perawat yang bekerja di perawatan primer dibandingkan dengan 17,6% di antara perawat yang bekerja di perawatan sekunder dengan statistik perbedaan

No	Nama Peneliti dan Judul	Hasil Penelitian
		signifikan antara kedua level (p <0,001). Namun, 49,3% perawat yang bekerja di PHCC dan 9,5% perawat yang bekerja di MTC memiliki pengalaman saat ini dengan durasi yang sama (p <0,001). Tak satu pun dari perawat yang diteliti yang bekerja di perawatan primer memiliki gelar pasca sarjana, atau memiliki shift kerja dibandingkan dengan 1,8% dan 84,2% dari perawat di tingkat menengah, masing-masing. Kinerja perawat diukur menggunakan Schwirian Six Dimension Scale kinerja perawat, di mana 53,7% dari perawat yang diteliti menganggap kinerja mereka baik dengan hasil yang sebanding antara tingkat perawatan primer dan sekunder masing-masing 54,2% dan 53,5% (gambar 1). Namun, hampir 60% perawat yang bekerja di tingkat perawatan primer dinilai lebih baik di beberapa subskala kinerja seperti mengajar (63,2%), komunikasi (59,7%), perencanaan dan pengembangan pribadi (63,2% dan 60,4%), sementara perawat yang bekerja di perawatan sekunder level memiliki kinerja yang lebih baik mengenai kepemimpinan (58%) dan perawatan kritis (59,6%) (Gambar 2). Tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara tingkat kinerja dan karakteristik pribadi atau pekerjaan pada perawat yang bekerja di Puskesmas. Sedangkan kinerja perawat tingkat menengah dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menjadi non-Saudi (27,9%), dengan gelar sarjana (73,4%), memiliki shift kerja (88,6%) dan bekerja di departemen bedah (30,6%) secara statistik terkait signifikan dengan tingkat

No	Nama Peneliti dan Judul	Hasil Penelitian
		kinerja di antara perawat di tingkat perawatan sekunder. menampilkan analisis regresi logistik faktor yang memprediksi kinerja yang baik di antara perawat yang bekerja di tingkat perawatan kesehatan sekunder yang menunjukkan bahwa prediktor utama kinerja yang baik adalah tidak adanya stres, tidak adanya shift kerja dan bekerja di departemen selain departemen bedah. Perbedaan kinerja yang dinilai antara perawat yang bekerja di tingkat perawatan primer dan sekunder juga ditemukan di berbagai skala kinerja, seperti kepemimpinan, perawatan kritis, pengajaran, dan komunikasi. Perawatan kesehatan primer perawat tingkat menilai keterampilan mengajar yang lebih baik dengan rata-rata (31,64 vs 29,45) dan komunikasi (40,91vs.39,39), sementara perawat tingkat layanan kesehatan sekunder memiliki keterampilan kepemimpinan yang lebih baik (13,5 vs 10,49) dan perawatan yang lebih baik dari pasien kritis (23.24 vs. 21.01) (Tabel 4).
6.	Asrofi dalam penelitian Evaluasi program pelaporan Insiden Keselamatan Pasien(Asrofi, 2018)	Tingginya angka insiden keselamatan pasien menjadi salah satu masalah yang dihadapi di rumah sakit. Program pelaporan insiden menjadi salah satu metode penting dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien. Tujuan Penelitian: Untuk mengevaluasi pelaksanaan program pelaporan insiden keselamatan pasien. Metode: Penelitian ini menggunakan (mixed method), kuantitatif dan kualitatif. Subjek penelitian yaitu perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainya. Sebanyak 195

No	Nama Peneliti dan Judul	Hasil Penelitian
		petugas kesehatan menjadi sampel penelitian dengan teknik pemilihan sampel proportionate stratified random sampling dan purposive sampling. Analisis data menggunakan prosentase dan analisis tematik. Hasil: Selama tahun 2017 tercatat ada 194 laporan insiden, terdiri dari 48% temasuk KTD, 28 % KNC, 22% KTC dan 2% sentinel. Hasil survey budaya keselamatan pasien, dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien hanya ada 3 dimensi yang memenuhi standar yaitu umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (75%), pembelajaran organisasi dan perbaikan terus menerus (79%), dan teamwork dalam unit di rumah sakit (85%). Sedangkan budaya pelaporan insiden keselamatan pasien masih dibawah standar. Faktor-faktor yang menghambat pelaporan insiden keselamatan pasien diantaranya adalah kurangnya pengetahuan, adanya budaya menyalahkan dan menghukum, pertentangan dari rekan kerja, kurangnya dukungan pimpinan, enggan kejadian kecil, kesibukan, form habis, pelaporan masih dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat. Kesimpulan: Program pelaporan insiden keselamatan pasien sudah berjalan, namun belum terbudaya dengan baik. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor penghambat.

C. Landasan Teori

Landasan teori yang menjadi dasar peneliti untuk perhitungan beban kerja dengan menggunakan metode WISN. Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 81/MENKES/SK/2004 telah mengeluarkan Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM dengan menggunakan metode WISN. Dengan menggunakan metode WISN dapat diketahui unit kerja dan kategori SDM nya, standar beban kerja, waktu kerja,kuantitas kegiatan pokok,kelonggaran, dan akhirnya dapat mengetahui kebutuhan SDM pada unit kerja tersebut (Julia *et al*. 2014). Kelebihan metode ini adalah mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif, dan realistis.Metode ini membantu menghitung seberapa besar kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan beban kerja saat ini sehingga menunjukkan dengan jelas suatu instalasi pelayanan kesehatan mengalami kelebihan atau kekurangan tenaga perawat (Khoiri *et al*. 2011).

Menurut teori Hansselye (1946) menjelaskan stres dalam model tiga tahap :

1. REAKSI ALARM: resistensi yang menurun diikuti oleh guncangan balik, "mekanisme pembangkangan" individu menjadi aktif.

2. RESISTENSI: tahap adaptasi maksimum dan mudah-mudahan, berhasil kembali ke keseimbangan untuk individu.
3. EXHAUSTION: ketika mekanisme adaptif runtuh akibat agen stres yang mengandung penelitian berikut ini mendefinisikan stres dari perspektif lain.

Efektifitaskerja karyawan dankesehatan memiliki efek pada aspek fisik dan psikologis (Selye, 2002). Berdasarkan teori tersebut yang mempengaruhi faktor kekebalan tubuh sebagai mekanisme antibodi di aspek fisik dan psikologis.(Chesak et al., 2019)

Teori *patient safety* berdasarkan permenkes No.11 Tahun 2017 adalah keselamatan pasien yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sering terjadi dan akan berakibat pada terjadinya cedera atau kematian pada pasien. Insiden keselamatan pasien ini adalah setiap kejadian yang tidak sengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.(Syam and Hastuti, 2018)

Kerangka teori merupakan suatu model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah riset. Pada bagian ini, secara teoritis dijelaskan hubungan antar variabel independen dan dependen. Kerangka pemikiran akan memberikan manfaat, yaitu terjadi persepsi yang sama

antara periset dan pembaca terhadap alur-alur pikiran periset, dalam rangka membentuk hipotesis-hipotesis secara logis.

Kerangka teori dalam penilitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Pengaruh Stres terhadap kinerja perawat

Suatu hal yang wajar bila setiap lembaga atau organisasi menginginkan kinerja yang baik. Oleh karenanya setiap individu atau pegawai yang terlibat di dalam lembaga atau organisasi harus memiliki kesadaran bersama bahwa sesungguhnya baik tidak nya kinerja suatu lembaga atau organisasi sangat dipengaruhi kinerja individu atau pegawai. Untuk itu setiap individu atau pegawai dituntut untuk selalu dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam rangka mencapai tujuan organisasi.(Elder et al., 2019)

b. Pengaruh beban kerja terhadap kinerja perawat

Semakin meningkatnya beban kerja yang dialami perawat karena tuntutan profesionalisme berimplikasi pada munculnya tekanan-tekanan psikologis berupa stres pekerjaan yang disebabkan oleh beban kerja dan kondisi kerja (Alder, 2002). Berdasarkan teori tersebut maka beban kerja yang tinggi akan sangat mempengaruhi kinerja perawat.Kualitas layanan keperawatan dapat dicapai tergantung pada ketidakseimbangan antara jumlah personel dan beban

kerja perawat di rumah sakit. Beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan stres dan penurunan kualitas asuhan keperawatan, sehingga perilaku merawat perawat tidak berlaku untuk proses perawatan kesehatan (Journal of Nursing Indonesia, 2012) dan dibahas oleh (Hamim, 2015)dan (Dimitra et al., 2018)

c. Stres dan beban kerja terhadap kinerja perawat

Marquis dan Hauston (2006) mendefinisikan beban kerja perawat adalah semua kegiatan atau kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat selama disuatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja yang terlalu berat akan dapat meningkatkan terjadinya komunikasi yang buruk antara perawat dengan pasien, kegagalan kolaborasi antara perawat dan dokter, perawat keluar dan ketidakpuasan kerja perawat. Untuk memperkirakan beban kerja perawat pada suatu unit, manajer harus mengumpulkan data tentang: jumlah pasien yang dirawat di unit itu setiap hari / bulan / tahun, kondisi atau tingkat ketergantungan pasien di unit, rata-rata hari perawatan , jenis tindakan yang diperlukan pasien, frekuensi setiap tindakan keperawatan dilakukan, waktu rata-rata yang diperlukan untuk memberikan tindakan keperawatan (Gillies, 1999) dan (Dubois et al., 2013). Hal ini dibuktikan dengan hasil Trisna (2007), aktivitas tidak langsung perawat adalah aktivitas yang banyak dipraktikkan di

unit rawat inap dan faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah pasien, jumlah perawat, jumlah aktivitas. (Lu et al., 2019) dan (El Enein et al., 2012)

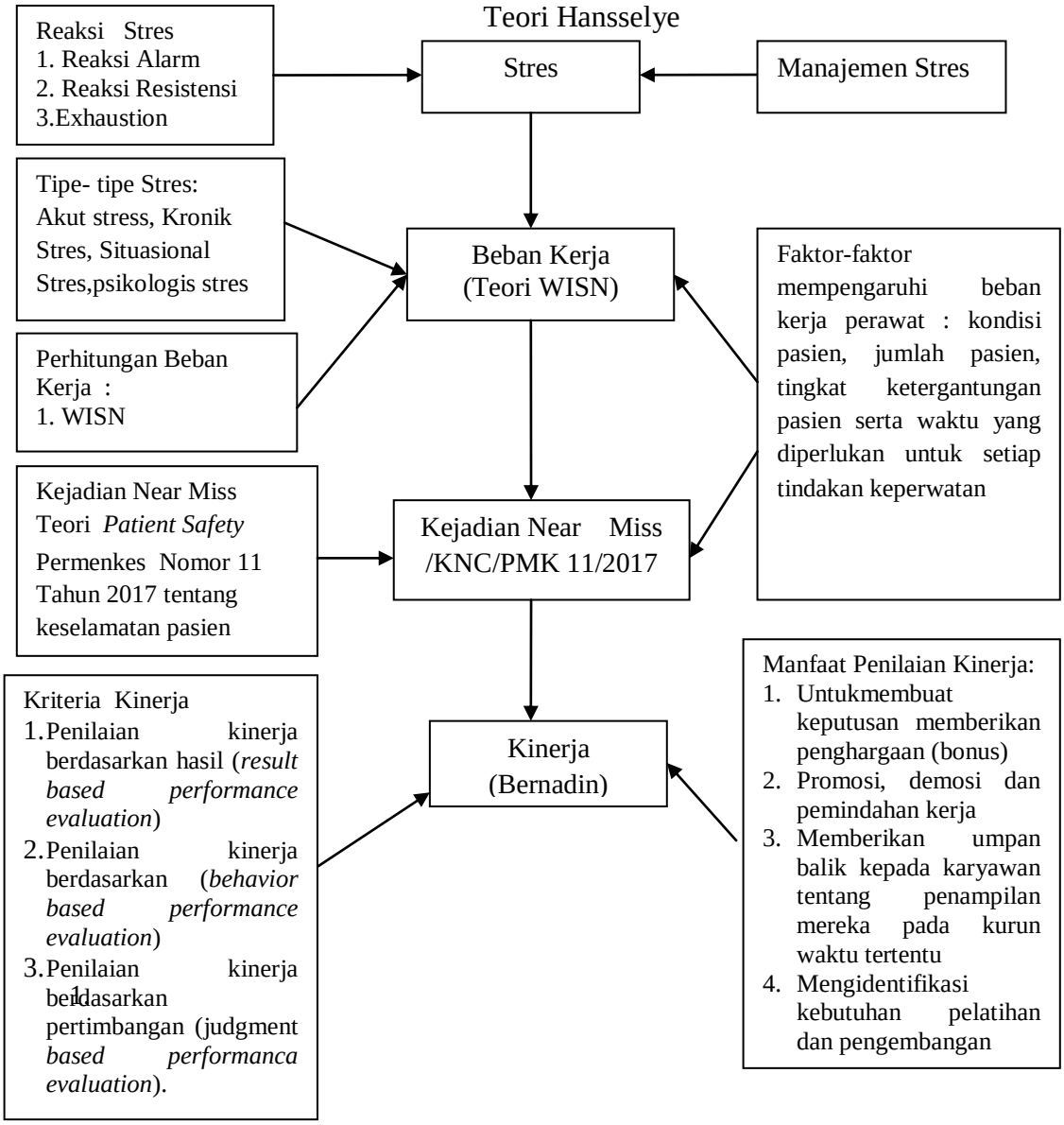
Beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan stres dan penurunan kualitas asuhan keperawatan, sehingga perilaku merawat perawat tidak berlaku untuk proses perawatan kesehatan (Journal of Nursing Indonesia, 2012) dan dibahas oleh (Hamim, 2015). Untuk mengatasi stres yang bisa dilakukan setiap individu berbeda- beda bisa dengan : berpikir positif; meningkatkan kehidupan pribadi seseorang; memisahkan kehidupan pribadi dari pekerjaan; dan mengidentifikasi strategi efektif individu masing- masing.(Miyata et al., 2015)dan (Sarafis et al., 2016)

d. Pengaruh Stres dan beban kerja terhadap kejadian Near miss/ KNC

Faktor stres dan beban kerja adalah faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien yang selanjutnya disebut Insiden, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. (Ross et al., 2018)(“Permenkes 755/MENKES/PER/IV/2011::Penyelenggaraan Komite Medik di Rumas Sakit::BN 259-2011,” n.d.)

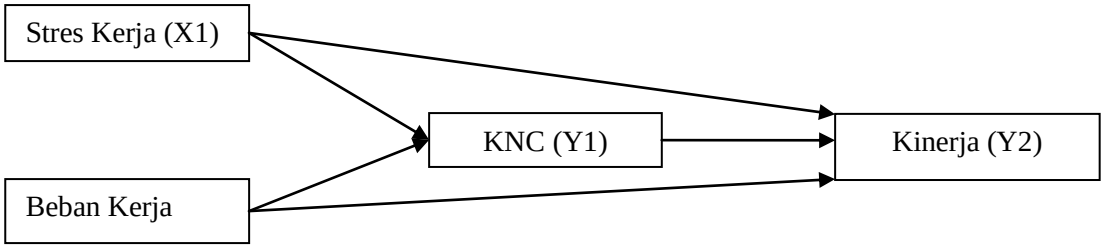
e. Faktor lain

Dari teori para ahli diatas peneliti menjadikan dasar teori untuk penelitian ini.



Gambar 2.1Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.2Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konseptual yang diajukan, maka peneliti membuat hipotesis sebagai berikut :

1. Persepsi kejadian Nyaris cidera/KNC berpengaruh terhadap kinerja perawat instalasi rawat inap RSU Kumala Siwi Kudus
2. Stres kerja perawat instalasi rawat inap di RSU Kumala Siwi berpengaruh terhadap persepsi kejadian Near Miss/ KNC
3. Stres kerja perawat berpengaruh terhadap kinerja perawat Instalasi rawat inap RSU Kumala Siwi Kudus
4. Beban kerja perawat berpengaruh terhadap persepsi kejadiannear miss / KNC
5. Beban kerja perawat berpengaruh terhadap kinerja perawat di Instalasi Rawat Inap RSU Kumala Siwi Kudus.