

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep SDM Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian

Menurut Dessler (1984), manajemen ketenagaan organisasi atau disebut juga sebagai manajemen personalia, merupakan lima fungsi dasar yang di laksanakan para manajer, mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengisian staf, pengarahan dan pengawasan dalam mendapatkan Sumber Daya Insani (SDI) organisasi yang efektif dan efisien.

Menurut Simamora (2004), manajemen ketenagaan atau manajemen sumber daya insane adalah pendayagunaan, pengembangan, penilaian, pemberianjaaa dan pengelolaan individu anggota organisasi atau kelompok karyawan; juga menyangkut desain dan imolementasi system perencanaan, penyusunan karyawan, pengembangan karyawan, pengelolaan karie, evaluasi kinerja, komposisi karyawan, dan hubungan ketenagakerjaan yang baik.

Menurut Nitisenito dalam Arumdati (1996), manajemen ketenagaan atau manajemen personalia adalah suatu ilmu dan seni untuk melaksanakan antara lain planning,organizing, controlling, sehingga efektivitas dan efisiensi personalia dapat ditingkatkan semaksimal mungkin dalam pencapai tujuan organisasi.

Menurut Handoko (1996), manajemen ketenagaan atau manajemen sumber daya insane adalah penarikan, seleksi, pengembanga, pemeliharaan, dan penggunaan sumber daya manusia untuk mencapai baik tujuan individu maupun tujuan organisasi.

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa manajemen ketenagaan mencakup perencanaan, penyusunan, pendayagunaan, pembinaan, pelatihan, pengembangan dan pengendalian dalam rangka optimalisasi tujuan organisasi.

2.1.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan

1. Faktor klien, meliputi : tingkat kompleksitas perawat, kondisi pasien sesuai dengan jenis penyakit dan usianya, jumlah pasien dan fluktuasinya, keadaan sosial ekonomi dan harapan pasien dan keluarga.
2. Faktor tenaga, meliputi : jumlah dan komposisi tenaga keperawatan, kebijakan pengaturan dinas, uraian tugas perawat, kebijakan personalia, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja, tenaga perawat spesialis dan sikap ethis professional.
3. Faktor lingkungan, meliputi : tipe dan lokasi rumah sakit, layout keperawatan, fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan, kelengkapan peralatan medik atau diagnostik, pelayanan penunjang dari instalasi lain dan macam kegiatan yang dilaksanakan.
4. Faktor organisasi, meliputi : mutu pelayanan yang ditetapkan dan kebijakan pembinaan dan pengembangan.

2.2 Konsep Tingkat Ketergantungan Pasien

2.2.1 Klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan

Berdasarkan Teori D.Orem :

1. Minimal Care

1. Pasien mandiri/hampir tidak memerlukan bantuan :

1. Naik turun tempat tidur mandiri

2. Ambulasi dan berjalan sendiri
3. Makan dan minum sendiri
4. Mandi sendiri atau sebagian dengan bantuan
5. Mampu berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan
6. Mampu BAK dan BAB dengan sedikit bantuan

2. Status Psikologis stabil
3. Pasien dirawat untuk prosedur diagnostic
4. Operasi ringan

2. Partial Care

1. Pasien memerlukan bantuan perawat sebagian :
 1. Naik turun tempat tidur butuh bantuan satu orang
 2. Ambulasi dan berjalan butuh bantuan
 3. Makan dan minum disuapi
 4. Mandi butuh bantuan
 5. Berpakaian dan berdandan dengan butuh bantuan
 6. BAK dan BAB butuh bantuan (ditempat tidur/kamar mandi)

Post operasi minor (24 jam)

1. Melewati fase akut dari post operasi mayor
2. Fase awal dari penyembuhan
3. Observasi tanda-tanda vital setiap 24 jam
4. Gangguan emosional ringan

3. Total care

1. Pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama :
 1. Butuh dua orang atau lebih untuk mobilisasi
 2. Butuh latihan pasif
 3. Kebutuhan nutrisi dan cairan lewat parenteral atau NGT
 4. Dimandikan dan kebersihan mulut
 5. Berpakaian dan berdandan dibantu sepenuhnya
 6. Inkontinensia, terpasang kateter.
2. 24 jam operasi mayor
3. Pasien tidak sadar
4. Keadaan pasien tidak stabil
5. Observasi TTV kurang dari 4 jam
6. Perawatan luka bakar
7. Perawatan kolostomi
8. Terpasang alat bantu pernafasan
9. Terpasang WSD
10. Irigasi kandung kemih terus menerus
11. Terpasang traksi
12. Fraktur atau pasca operasi tulang belakang atau leher
13. Gangguan emosional berat, bingung, dan disorientasi.

Berdasarkan Teori Douglas :

Kategori I: Perawatan Mandiri

1. Dapat melakukan kebersihan diri sendiri, seperti mandi dan ganti pakaian.

2. Makan, dan minum dilakukan sendiri.
3. Pengawasan dalam ambulasi atau gerakan.
4. Observasi tanda vital setiap sif.
5. Pengobatan minimal, status psikologi stabil.
6. Persiapan prosedur pengobatan.

Kategori II: Perawatan Intermediate/Parsial

1. Dibantu dalam kebersihan diri, makan dan minum, ambulasi.
2. Observasi tanda vital tiap 4 jam.
3. Pengobatan lebih dari satu kali.
4. Pakai kateter foley.
5. Pasang infuse *intake-output* dicatat.
6. Pengobatan perlu prosedur.

Kategori III: Perawatan Total

1. Dibantu segala sesuatunya, posisi diatur.
2. Observasi tanda vital tiap 2 jam.
3. Pamakaian slang NGT.
4. Terapi intravena.
5. Pemakaian *suction*.
6. Kondisi gelisah/disorientasi/tidak sadar.

Catatan :

1. Dilakukan satu kali sehari pada waktu yang sama dan sebaiknya dilakukan oleh perawat yang selama 22 hari.

2. Setiap pasien minimal memenuhi 3 kriteria berdasarkan klasifikasi pasien.
3. Bila hanya memenuhi satu kriteria maka pasien dikelompokkan pada klasifikasi di atasnya.

Douglas menetapkan jumlah perawat yang di butuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi pasien, di mana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per sif.

2.3 Konsep Perencanaan SDM

2.3.1 Perencanaan SDM

Perencanaan tenaga (staffing) keperawatan merupakan salah satu fungsi utama pimpinan organisasi dalam keperawatan. Keberhasilan pimpinan organisasi dalam merencanakan perawat ditentukan oleh kualitas SDM (Arwani & Suprianto, 2006)

Perencanaan tenaga kesehatan adalah proses memperkirakan jumlah tenaga dan jenis pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk mencapai target pelayanan kesehatan yang telah ditentukan dan mencapai tujuan kesehatan. Perencanaan ini mencakup persiapan: siapa yang berbuat apa, kapan, dimana, bagaimana, dengan sumber daya apa dan untuk populasi mana. Perencanaan tenaga rumah sakit adalah sebagai perencanaan tenaga kesehatan untuk mencapai target pelayanan rumah sakit yang dibutuhkan yang akan membantu pencapaian target kesehatan.

Langkah-langkah perencanaan tenaga rumah sakit secara garis besar sama dengan langkah-langkah perencanaan tenaga pada umumnya. Memang ada

beberapa kekhususan-kekhususan sesuai dengan fungsi rumah sakit (Junaidi, 1988 dalam Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Karimun oleh Liza Sri, 2011).

Menurut Ilyas (2004) dalam menentukan kebutuhan SDM rumah sakit harus memperhatikan beberapa faktor seperti ukuran dan tipe rumah sakit; fasilitas dan tipe pelayanan yang ditawarkan; jenis dan jumlah peralatan dan frekuensi pemakaiannya; kompleksitas penyakit; usia pasien dan lamanya waktu tinggal di rumah sakit; pemberian cuti, seperti melahirkan, liburan, sakit, dan tugas belajar; keterbatasan anggaran; turn over (mengundurkan diri) personel dan tingkat ketidakhadiran; pelayanan dan perawatan kesehatan 24 jam dan lain-lain Menurut Suyanto (2008).

Hellriegel & Slocum dalam buku *Management* (1992) menyebutkan perencanaan sumber daya manusia meliputi *skill inventory*, *job analysis*, *replacement chart*, dan *expert forecast*. *Skill inventori* adalah suatu data rinci setiap karyawan, termasuk pendidikan, pelatihan, pengalaman, lama bekerja, posisi kerja sekarang dan gajinya dan gambaran demografik lain seperti umur, gender, ras, dan status marital. *Job analysis* atau analisis jabatan adalah uraian dari tugas dan tanggung jawab dari jenis pekerjaan tertentu, dan karakteristik pribadi (pengetahuan dan keterampilan) yang di butuhkan untuk menduduki jabatan itu dan berprestasi optimal. *Replacement chart* adalah suatu diagram yang menggambarkan seluruh jabatan di organisasi, siapa yang menjabat sekarang ini dan siap yang potensial untuk menggantikannya. Tentu saja data ini bersifat rahasia, dan pada dasarnya bersifat peramalan sederhana tentang kebutuhan manajemen

sumber daya manusia dan ketersediaan SDM yang ada di rumah sakit. Sementara itu, *expert forecast* adalah peramalan yang dibuat para ahli dengan beberapa teknik tertentu.

2.3.2 Pengertian Perencanaan

Menurut Usman (2010), perencanaan adalah langkah awal sebelum melakukan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Perencanaan ialah sejumlah kegiatan yang di tentukan sebelumnya untuk dilaksanakan pada suatu periode tertentu dalam rangka mencapai tujuan yang ditetapkan.

Perencanaan menurut Bintoro Tjokroaminoto dalam Usman 2010 ialah proses mempersiapkan kegiatan-kegiatan secara sistematis yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu.

Menurut Prajudi Atmosudidjo dalam Usman 2010 mendefinisikan perencanaan ialah perhitungan dan penentuan tentang sesuatu yang akan dijalankan dalam rangka mencapai tujuan tertentu, siapa yang melakukan, bilamana, dimana, dan bagaimana cara melakukannya.

Menurut Siagian dalam Usman 2010 mengartikan perencanaan sebagai keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang menyangkut hal-hal yang akan dikerjakan di masa datang dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

Perencanaan menurut Handoko 2003 dalam Usman 2010 meliputi (1) pemilihan atas sejumlah alternative (pilihan) mengenai sasaran dan cara-cara yang akan dilaksanakan dimasa yang akan datang guna mencapai tujuan yang dikehendaki

serta pemantauan dan penilaiannya atas hasil pelaksanaannya, yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan.

Menurut Marquis dan Houston (2000), perencanaan adalah merumuskan apa yang harus dikerjakan, siapa yang mengerjakan, serta bagaimana, kapan dan dimana dikerjakan. Perencanaan merupakan proses yang proaktif dan berkesinambungan dimanan ada pilihan dari beberapa alternative pilihan yang dikemukakan.

Menurut Gilbert (1996), perencanaan adalah suatu jenis pembuatan keputusan untuk masa depan yang spesifik yang dikehendaki oleh manajer bagi organisasi mereka.

Menurut Terry dan Ruq (1996), perencanaan adalah proses memutuskan tujuan-tujuan apa yang akan dikejar selama suatu jangka waktu yang akan datang dan apa yang dilakukan agar tujuan-tujuan itu dapat dicapai. Perencanaan yang efektif haruslah berlandaskan pada fakta-fakta dan informasi yang akurat, bukan berdasarkan pada emosi atau keinginan-keinginan.

Perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan (Depkes, 2004) . Perencanaan ini diatur dalam PP No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yang menyatakan bahwa pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat.

2.3.3 Tujuan Perencanaan

Perencanaan bertujuan untuk :

1. Standar pengawasan, yaitu mencocokkan pelaksanaan dengan perencanaannya.

2. Mengetahui kapan pelaksanaan dan sekesainya suatu kegiatan.
3. Mengetahui siapa saja yang terlibat (struktur organisasinya), baik kualifikasinya maupun kuantitasnya.
4. Mendapatkan kegiatan yang sistematis termasuk biaya dan kualitas tenaga dan waktu
5. Meminimalkan kegiatan-kegiatan yang tidak produktif dan menghemat biaya, tenaga, dan waktu
6. Memberikan gambaran yang menyeluruh mengenai kegiatan pekerjaan
7. Menyerasikan dan memadukan beberapa subkegiatan
8. Mendeteksi hambatan kesulitan yang bakal ditemui
9. Mengarahkan pada pencapaian tujuan

2.3.4 Manfaat Perencanaan

Perencanaan bermanfaat sebagai :

1. Standar pelaksanaan dan pengawasan
2. Pemilihan berbagai alternative terbaik
3. Penyusunan skala prioritas, baik sasaran maupun kegiatan
4. Menghemat pemanfaatan sumber daya organisasi
5. Membantu manajer menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan
6. Alat memudahkan dalam berkoordinasi dengan pihak terkait dan
7. Alat meminimalkan pekerjaan yang tidak pasti

2.3.5 Alasan Perencanaan SDM Rumah Sakit

Produk rumah sakit dapat dianalogikan dengan produk konsumsi yang sekarang banyak berbentuk instan. Pelayanan rumah sakit merupakan jasa

yang dapat dirasakan langsung oleh konsumen sehingga mereka dapat bereaksi dengan segera terhadap jasa yang mereka beli. Hal ini membuat kualitas jasa layanan yang diberikan oleh rumah sakit menjadi sangat penting. Keberadaan SDI rumah sakit sangat berperan dalam menentukan kualitas jasa pelayanan rumah sakit, baik yang berbentuk medis, non medis, maupun penunjang. Terkait dengan hal tersebut, kualitas dan kuantitas SDI rumah sakit berperan kritis dalam meningkatkan dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan, sehingga harus direncanakan dengan sebaik-baiknya (Ilyas 2004 dalam Fikriyah 2013).

1. Rumah Sakit bersifat padat karya

Organisasi rumah sakit adalah padat karya dengan variasi status dan keahlian yang sangat luas. Rumah sakit berbeda dengan organisasi lainnya dalam hal proporsi profesional SDI rumah sakit yang relative lebih tinggi sehingga membutuhkan keahlian tersendiri dalam mengelolanya. Permasalahan yang timbul adalah pemberian imbalan dan insentif berdasarkan kinerja sangat sulit untuk dilakukan karena terbatasnya dana dan penilaian kinerja yang efektif. Pada demikian, sangat sulit meningkatkan kepuasan kerja staf yang merupakan syarat utama untuk meningkatkan produktivitas dan kualitas kerja rumah sakit. Untuk mencegah terjebaknya rumah sakit perlu direncanakan sebaik-baiknya agar dapat meningkatkan dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan.

2. Pasar tenaga rumah sakit belum terbentuk

Ketersediaan pasar personel rumah sakit di Indonesia belum terbentuk. Artinya, bila rumah sakit membutuhkan tenaga ahli tertentu, masih sangat sulit suplainya di pasar tenaga kerja. Terbatasnya market professional menimbulkan fenomena saling bajak tenaga antara rumah sakit. Instansi yang berani membayar lebih tinggi akan mendapatkan tenaga yang dibutuhkan. Hal ini berakibat pada bargaining power professional sangat kuat terhadap manajemen yang berefek semakin sulitnya manajemen SDI rumah sakit. Oleh karena itu, perencanaan SDI rumah sakit harus benar, terutama untuk menjaga kontinuitas tenaga dengan baik.

3. Competitive Advantage

Suatu konsep produksi jasa layanan kesehatan yang harus diadopsi rumah sakit adalah bagaimana memberikan layanan purna jual yang tepat setelah jasa dibeli konsumen rumah sakit. Dengan demikian, setelah terjadi transaksi jasa kesehatan maka pelayanan purna jual menjadi sangat penting untuk membuat konsumen fanatic dan menjadi tenaga promosi rumah sakit. Rumah sakit mesti berpikir dan mengadopsi budaya bahwa mereka lah yang membutuhkan pelanggan agar dapat maju dan berkembang bersama dengan kepuasan pelanggan. Caranya adalah dengan memberikan pelayanan terbaik yang dapat diberikan oleh rumah sakit kepada pelanggan.

2.4 Perawat dan Pelayanan Keperawatan

Keperawatan adalah pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio – psiko – social – spiritual yang menyeluruh ditujukan kepada

individu, kelompok, dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan (Lokakarya Nasional Keperawatan 1983, dalam Dermawan 2013).

Keperawatan adalah diagnosis dan terapi respon manusia terhadap masalah-masalah kesehatan yang sifatnya actual atau potensial (American Nurses Association, 1988).

Menurut UU nomor 32 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Perawat adalah : mereka yang memiliki kewenangan dan kemampuan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya, yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan.

Menurut PPNI

1. Perawatan Profesional adalah : Tenaga keperawatan yang berasal dari jenjang pendidikan tinggi keperawatan (Ahli Madya, Ners, Ners Spesialis, Ners Konsultan).
2. Perawat Vokasional adalah : seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan yang diakui pemerintah dan diberi tugas penuh oleh pejabat yang berwenang.

2.5 Cara Menganalisis SDM

Berbagai cara perhitungan kebutuhan tenaga perawat di ruang rawat inap yang dapat menjadi acuan seperti:

2.5.1 Formula Douglas

Douglas (1984, dalam Swansburg & Swansburg, 1999) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien,

dimana masing - masing kategori mempunyai nilai standar per shift nya, yaitu sebagai berikut :

Table 2.1 Nilai Standar Jumlah Perawat berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien

Nilai Standar Jumlah Perawat per Shift berdasarkan Klasifikasi Pasien		
Minimal	Parsial	Total
Pagi = 0,17	Pagi = 0,27	Pagi = 0,36
Sore = 0,14	Sore = 0,15	Sore = 0,30
Malam = 0,10	Malam = 0,07	Malam = 0,20

2.5.2 Formula Gillies

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

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

B = Sensus harian (BOR X jumlah tempat tidur)

C = Jumlah hari libur

365Jumlah hari kerja setahun, jam kerja perhari = 6 jam

2.5.3 Formula Ilyas

Formula yang dikembangkan mulai tahun 1995. Menurut Ilyas (2004), formula ini sudah dapat dignakan untuk menghitung perawat yang di butuhkan rumah sakit. Rumus dasar formula ini sebagai berikut :

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

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

B = sensus harian (BOR X jumlah tempat tidur)

365 = jumlah hari selama setahun

255 = hari kerja efektif perawat/tahun

$(365 - (12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ hari cuti tahunan}) \times \frac{3}{4} = 255 \text{ hari jam}$
kerja/hari = 6 jam per hari

Formula ini yang membedakan adalah jumlah hari kerja efektif perawat rumah sakit yaitu 255 hari/ tahun dan ini berdasarkan rincian di atas. Untuk indeks $\frac{3}{4}$ berasal dari karakteristik jadwal kerja perawat di rumah sakit baik pemerintah maupun swasta bahwa setiap empat hari kerja efektif, perawat mendapat libur satu hari setelah perawat jaga malam.

2.5.4 Direktorat pelayanan keperawatan departemen kesehatan

Formula yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan melalui Bidang Pelayanan Keperawatan didasarkan pada pengelompokan unit pelayanan yang ada di sebuah rumah sakit. Misalnya terdapat unit pelayanan rawat inap dewasa, rawat inap anak, rawat inap intensif, ruang rawat darurat, kamar bersalin, dan lain sebagainya. Kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap menurut Depkes, mempertimbangkan dari segi asuhan keperawatan yang terdiri asuhan keperawatan minimal atau minimal care, asuhan keperawatan sedang, asuhan keperawatan agak berat dan asuhan keperawatan maksimal dengan masing-masing criteria seperti yang klasifikasi oleh Rowland (1980) serta tingkat ketergantungan pasien. Departemen Kesehatan dalam perhitungan tenaga perawat didasarkan beberapa aspek seperti: tingkat ketergantungan pasien, jenis kasus, jumlah rata-rata pasien per hari, jam perawatan yang diperlukan/hari/pasien, jam kerja efektif dari perawat yakni 7 jam per hari.

Table 2.2 : Jenis/Kategori sesuai dengan Ruangan

No	Jenis / Kategori	Rata-rata pasien	Rata-rata jam perawatan perhari	Jumlah jam perawatan/hari
1	Pasien Interne	10	3,5	35
2	Pasien Bedah	8	4	32
3	Pasien Gawat	1	10	10
4	Pasien Anak	3	4,5	13,5
5	Pasien Kebidanan	1	2,5	2,5
Jumlah		23		93

Sumber : Departemen Kesehatan, 2002

$$\frac{\text{Jumlah Jam Perawatan}}{\text{Jam kerja efektif per shift}} = \frac{93}{7} = 13 \text{ perawat}$$

Perhitungan jumlah perawat perlu ditambah faktor koreksi yaitu

a. Loss day/hari libur/cuti/hari besar

$$\frac{\text{Jml.hr.mgg.dlm 1 th} + \text{cuti} + \text{hr besar}}{\text{Jml.hr kerja efektif}} \times \text{jml.perawat tersedia}$$

b. Tugas non keperawatan

$$\frac{\text{Jml.tng.kep} + \text{loss day}}{100} \times 25$$

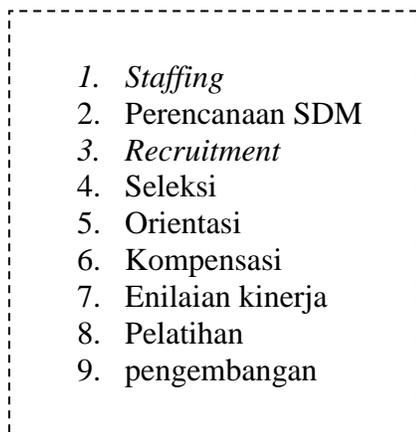
Table 2.3 : Jenis / Kategori sesuai Asuhan Keperawatan

No	Jenis / Kategori	Rata-rata pasien	Rata-rata jam perawatan perhari	Jumlah jam perawatan/hari
1	Askep minimal	7	2	14
2	Askep sedang	7	3,08	21,56
3	Askep agak berat	11	4,15	45,65
4	Askep maksimal	1	6,16	6,16
Jumlah		26		87,37

Sumber : Departemen Kesehatan, 2002

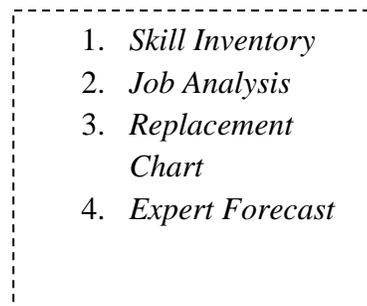
2.6 KERANGKA KONSEP

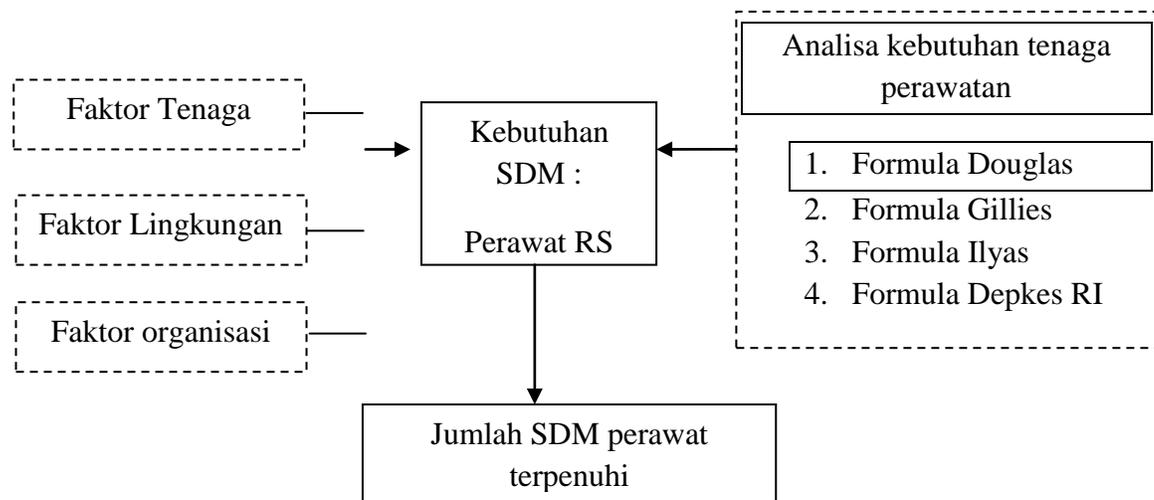
Manajemen SDM :



Faktor yang mempengaruhi
kebutuhan tenaga perawat

Perencanaan SDM :





Keterangan : : Di teliti
 : Tidak Diteliti

Gambar 2.4 : Kerangka konseptual penelitian analisis kebutuhan tenaga perawat berdasarkan pertimbangan jam efektif perawat di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.

Manajemen Sumber Daya Manusia sangatlah penting untuk mencapai tujuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Salah satu komponen dalam management Sumber Daya Manusia adalah perencanaan Sumber Daya Manusia di bidang tenaga kesehatan. Menurut Aditama (2003), perencanaan tenaga kesehatan bertujuan untuk menetapkan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan khususnya di bidang tenaga perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Tenaga keperawatan merupakan jumlah tenaga kesehatan terbesar dengan prosentase 40% diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes, 2002). Menurut Susanto (1999), adapun Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga perawat yaitu Faktor klien, meliputi : tingkat kompleksitas perawat, kondisi pasien sesuai dengan

jenis penyakit dan usianya, jumlah pasien dan fluktuasinya, keadaan sosial ekonomi dan harapan pasien dan keluarga. Faktor tenaga, meliputi : jumlah dan komposisi tenaga keperawatan, kebijakan pengaturan dinas, uraian tugas perawat, kebijakan personalia, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja, tenaga perawat spesialis dan sikap ethis professional. Faktor lingkungan, meliputi : tipe dan lokasi rumah sakit, layout keperawatan, fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan, kelengkapan peralatan medik atau diagnostik, pelayanan penunjang dari instalasi lain dan macam kegiatan yang dilaksanakan. Faktor organisasi, meliputi : mutu pelayanan yang ditetapkan dan kebijakan pembinaan dan pengembangan

Terdapat berbagai cara untuk menganalisa jumlah kebutuhan tenaga perawat salah satunya adalah menggunakan Formula Douglas (Nursalam, 2014). Dalam formula Douglas, yang mempengaruhi jumlah tenaga perawat adalah jenis tingkat ketergantungan pasien dan jumlah pasien yang ada.

Bidang keperawatan memiliki wewenang penuh untuk melakukan perhitungan kebutuhan tenaga perawat, khususnya pada ruang rawat inap yang memiliki tingkat ketergantungan pasien yang bervariasi dari tiga shift selama 24 jam sehari. Adalah sangat rasional bila perhitungan kebutuhan tenaga dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien yang menjadi tanggung jawab selama shift berlangsung.

Dalam hal ini penganalisaan kebutuhan tenaga perawat di Rumah Sakit khususnya di ruang rawat inap di perlukan dengan menganalisa tingkat ketergantungan pasien.

