

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah upaya untuk membantu individu baik yang sakit maupun yang sehat, dari lahir hingga meninggal dalam bentuk pengetahuan, kemauan, dan kemampuan yang dimiliki. Sehingga individu tersebut dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan optimal (Yulihastin, 2009). Sedangkan pelayanan keperawatan professional dilaksanakan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, menjangkau seluruh golongan dan lapisan masyarakat yang memerlukan, baik di tatanan pelayanan kesehatan di masyarakat, maupun di tatanan pelayanan rumah sakit (Kusnanto, 2009).

Pelayanan keperawatan dikembangkan bersifat berjenjang mulai dari keperawatan dasar sampai dengan keperawatan yang bersifat rumit atau spesialisik bahkan subspecialistik, disertai dengan sistem rujukan keperawatan sebagai bagian dari rujukan kesehatan yang efektif dan efisien. Pelayanan/ asuhan keperawatan yang bersifat spesialisik, baik keperawatan klinik maupun keperawatan komunitas antara lain adalah keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan medical bedah, keperawatan jiwa, keperawatan gawat darurat, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan keperawatan komunitas. Secara bersamaan

dikembangkan kemampuan pengelolaan keperawatan professional (*professional nursing management*) dengan kepemimpinan professional keperawatan (*professional nursing leadership*), sehingga memungkinkan keperawatan berkembang sesuai dengan kaidah-kaidah keperawatan sebagai profesi (Kusnanto, 2009).

Asuhan keperawatan professional (*professional nursing care*) merupakan kegiatan melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan (*nursing science and art*), bersifat “*humane*”, dengan pendekatan holistik, mencakup bio-psiko-sosial-kultural-spiritual, serta dengan orientasi kebutuhan objektif klien, dalam bentuk praktik keperawatan ilmiah (*scientific nursing practice*). Asuhan keperawatan professional dilaksanakan oleh perawat professional (*professional nurse*) kepada klien sebagai individu, keluarga, komunitas, atau masyarakat, karena tidak tahu, kurang kemampuan, tidak atau kurang kemauan, dan atau tidak/ kurang berpengetahuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri (Priharjo, 2008).

2. Beban Kerja

a. Pengertian

Beban kerja telah didefinisikan sebagai satu set permintaan tugas, sebagai usaha, dan sebagai kegiatan atau prestasi. Tuntutan tugas (beban tugas) adalah tujuan yang ingin dicapai: waktu yang diizinkan untuk melakukan tugas, dan tingkat kinerja yang tugas yang harus diselesaikan. Faktor yang mempengaruhi usaha yang dikeluarkan

adalah informasi dan peralatan yang disediakan lingkungan tugas (Gawron, 2008).

Menurut Smith, Cousins, dan Robert dalam Suharjo & Cahyono (2012) beban kerja yang tinggi dapat mempengaruhi kinerja seseorang diantaranya dalam hal *prescribing error* serta *dispensing error*. Meskipun juga ada beberapa faktor lain yang mempengaruhi, seperti kurangnya pengetahuan dan informasi, kesehatan mental dan fisik, komunikasi tidak berjalan lancar, pengawasan yang kurang, sistem kerja dan sarana tidak mendukung, kurangnya pelatihan, serta jumlah petugas yang kurang memadai.

Menurut Undang-undang Kesehatan dalam Efendy (2009), mengatakan bahwa kesehatan kerja dapat terwujud jika terjadi penyerasian antara kapasitas, lingkungan, dan beban kerja agar setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun masyarakat di sekelilingnya, agar diperoleh produktivitas yang optimal.

Menurut Wilson (2009), beban kerja berhubungan dengan jumlah waktu yang dimiliki dengan jumlah kerja yang harus dilakukan. Untuk itu perencanaan waktu yang baik akan meringankan beban kerja. Sedangkan menurut Hardjana (2006) mengatakan bahwa seseorang yang kelebihan beban kerja, cenderung merasa terbebani, tertekan, mudah lelah dan mudah tersulut konflik dengan orang lain.

b. Dimensi beban kerja

Menurut Munandar (2010), mengklasifikasikan beban kerja kedalam faktor-faktor intrinsik dalam pekerjaan sebagai berikut :

1) Tuntutan Fisik.

Kondisi kerja tertentu dapat menghasilkan prestasi kerja yang optimal disamping dampaknya terhadap kinerja pegawai, kondisi fisik berdampak pula terhadap kesehatan mental seorang tenaga kerja. Kondisi fisik pekerja mempunyai pengaruh terhadap kondisi faal dan psikologi seseorang. Dalam hal ini bahwa kondisi kesehatan pegawai harus tetap dalam keadaan sehat saat melakukan pekerjaan, selain istirahat yang cukup juga dengan dukungan sarana tempat kerja yang nyaman dan memadai.

2) Tuntutan tugas

Kerja shif/ kerja malam sering kali menyebabkan kelelahan bagi para pegawai akibat dari beban kerja yang berlebihan. Beban kerja berlebihan dan beban kerja terlalu sedikit dapat berpengaruh terhadap kinerja pegawai. Beban kerja dapat dibedakan menjadi dua katagori yaitu:

- a) Beban kerja terlalu banyak/ sedikit “Kuantitatif” yang timbul akibat dari tugas-tugas yang terlalu banyak/ sedikit diberikan kepada tenaga kerja untuk diselesaikan dalam waktu tertentu.
- b) Beban kerja berlebihan/ terlalu sedikit Kualitatif yaitu jika orang merasa tidak mampu untuk melaksanakan suatu tugas atau

melaksanakan tugas tidak menggunakan keterampilan dan atau potensi dari tenaga kerja.

Beban kerja terlalu sedikit dapat menyebabkan kurang adanya rangsangan akan mengarah ke semangat dan motivasi yang rendah untuk kerja, karena pegawai akan merasa bahwa dia tidak maju-maju dan merasa tidak berdaya untuk memperlihatkan bakat dan keterampilannya (Sutherland & Cooper dalam Munandar 2010).

Sedangkan menurut Tarwaka (2011) kategori dimensi ukuran beban kerja yang dihubungkan dengan performansi, yaitu:

- 1) Beban waktu (*time load*) menunjukkan jumlah waktu yang tersedia dalam perencanaan, pelaksanaan dan monitoring tugas atau kerja.
- 2) Beban usaha mental (*mental effort load*) yaitu berarti banyaknya usaha mental dalam melaksanakan suatu pekerjaan.
- 3) Beban tekanan psikologis (*psychological stress load*) yang menunjukkan tingkat resiko pekerjaan, kebingungan, dan frustrasi.

c. Cara Perhitungan Jumlah dan Kategori Tenaga Keperawatan

Menurut Rakhmawati (2008), beberapa metode perhitungan jumlah dan kategori tenaga keperawatan seperti berikut:

1) Metode Douglas

Douglas 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:

Tabel 2.1
Metode Douglas

Jumlah Klien	Klasifikasi Klien (<i>Total Care</i>)		
	Pagi	Sore	Malam
1	0,36	0,30	0,20
2	0,72	0,60	0,40
3	1,08	0,90	0,60
dst.			

Sumber: Rakhmawati, *Pelatihan Manajemen (2008)*

Contoh:

Ruang rawat dengan 15 orang pasien ketergantungan total. Maka jumlah perawat yang dibutuhkan:

Shift	Total Care	Jumlah
Pagi	0,36 X 15 = 5,4	5 perawat
Sore	0,3 X 15 = 4,5	5 perawat
Malam	0,2 X 15 = 3	3 perawat
Total		13 perawat

2) Metode Sistem Akuitas

Tabel 2.2
Metode Sistem Akuitas

Kelas	Jumlah Jam
Kelas I	: 2 jam/hari
Kelas II	: 3 jam/hari
Kelas III	: 4,5 jam/hari
Kelas IV	: 6 jam/hari

Sumber: Rakhmawati, *Pelatihan Manajemen (2008)*

Untuk tiga kali pergantian shift, Pagi : Sore : Malam = 35% : 35% : 30%

Contoh:

Rata rata jumlah klien:

$$\text{Kelas I} = 3 \text{ orang} \times 2 \text{ jam/hari} = 6 \text{ jam}$$

$$\text{Kelas II} = 8 \text{ orang} \times 3 \text{ jam/hari} = 24 \text{ jam}$$

$$\text{Kelas III} = 4 \text{ orang} \times 4.5 \text{ jam/hari} = 18 \text{ jam}$$

$$\text{Kelas IV} = 2 \text{ orang} \times 6 \text{ jam/hari} = 12 \text{ jam}$$

Jumlah jam = 60 jam

$$\text{pagi/sore} = \frac{60 \text{ jam} \times 35\%}{8 \text{ jam}} = 2.625 \text{ orang (3 orang)}$$

$$\text{Malam} = \frac{60 \text{ jam} \times 30\%}{8 \text{ jam}} = 2.25 \text{ orang (2 orang)}$$

Jadi jumlah perawat dinas 1 hari = 3+3+2 = 8 orang.

3) Metode Gillies

Gillies (1994) menjelaskan rumus kebutuhan tenaga

keperawatan di suatu unit perawatan adalah sebagai berikut:

Jumlah jam keperawatan		rata rata		jumlah
Yang dibutuhkan klien/hari	x	klien/hari	x	hari/tahun
<hr/>				
Jumlah hari/tahun	-	hari libur	x	jumlah jam kerja
		Masing masing		tiap perawat
		Perawat		

$$= \frac{\text{jumlah keperawatan yang dibutuhkan /tahun}}{\text{jumlah jam keperawatan yang di berikan perawat/tahun}}$$

$$= \text{jumlah perawat di satu unit}$$

Prinsip perhitungan rumus Gillies:

Jumlah Jam keperawatan yang dibutuhkan klien perhari adalah:

- 1) Waktu keperawatan langsung (rata-rata 4-5 jam/klien/hari), dengan keperawatan total (*total care*) = $1-1.5 \times 4 = 4-6$ jam dan keperawatan intensif (*intensive care*) = 2×4 jam = 8 jam.
- 2) Waktu keperawatan tidak langsung
 - a) Menurut RS Detroit (Gillies, 1994) = 38 menit/klien/hari
 - b) Menurut Wolfe & Young (Gillies, 1994) = 60 menit/klien/hari = 1 jam/klien/hari.
- 3) Waktu penyuluhan kesehatan lebih kurang 15 menit/hari/klien = 0,25 jam/hari/klien.
- 4) Rata rata klien per hari adalah jumlah klien yang dirawat di suatu unit berdasarkan rata-rata biaya atau menurut Bed Occupancy Rate (BOR) dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times 365 \text{ hari}} \times 100 \%$$

- a) Jumlah hari pertahun yaitu : 365 hari.
- b) Hari libur masing-masing perawat pertahun, yaitu: 73 hari
(hari minggu/libur = 52 hari (untuk hari sabtu tergantung kebijakan rumah sakit setempat, kalau ini merupakan hari

libur maka harus diperhitungkan, begitu juga sebaliknya),
hari libur nasional=13 hari, dan cuti tahunan = 8 hari).

c) Jumlah jam kerja tiap perawat adalah 40 jam per minggu
(kalau hari kerja efektif 6 hari maka $40/6 = 6.6 = 7$ jam per
hari, kalau hari kerja efektif 5 hari maka $40/5 = 8$ jam per
hari).

d) Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan disatu unit
harus ditambah 20% (untuk antisipasi kekurangan
/cadangan).

e) Perbandingan profesional berbanding dengan vocational =
55% : 45 %.

Contoh:

Rata rata jam perawatan klien per hari = 5 jam/hari. Rata rata
= 15 klien/ hari (15 orang dengan ketergantungan total).

Jumlah jam kerja tiap perawat = 40 jam/minggu (6 hari/
minggu) jadi jumlah jam kerja perhari 40 jam dibagi 6 = 7 jam/

hari. Jumlah hari libur : 73 hari (52 +8 (cuti) + 13 (libur
nasional)

Jumlah jam keperawatan langsung

Ketergantungan total = 15 orang x 6 jam = 90 jam

Jumlah jam = 90 jam

Jumlah keperawatan tidak langsung

15 orang klien x 1 jam = 15 jam

Pendidikan Kesehatan = 15 orang klien x 0,25 = 3,75 jam

Sehingga Jumlah total jam keperawatan /klien/hari:

$$\frac{90 \text{ jam} + 15 \text{ jam} + 3,75 \text{ jam}}{15 \text{ orang}} = 7,25 \text{ Jam/klien/hari}$$

Jumlah tenaga yang dibutuhkan:

$$\frac{7,25 \text{ jam} \times 15 \times 365}{(365 - 73) \times 7} = \frac{39693,75}{2044} = 19,42 = 19 \text{ perawat}$$

Untuk cadangan 20% menjadi $19 \times 20\% = 3,8 = 4$ orang

Jadi jumlah tenaga yang dibutuhkan secara keseluruhan $19 + 4 = 23$ perawat/ hari

4) Metode Swansburg

Menurut Warstler dalam Swansburg dan Swansburg (1999), merekomendasikan untuk pembagian proporsi dinas dalam satu hari (pagi : siang : malam = 47 % : 36 % : 17 %).

Contoh :

Pada suatu unit dengan 24 tempat tidur dan 17 klien rata rata perhari. Jumlah jam kontak langsung perawat – klien = 5 jam /klien/hari.

1) total jam perawat /hari : $17 \times 5 \text{ jam} = 85 \text{ jam}$

jumlah perawat yang dibutuhkan : $85 / 7 = 12,143$ (12 orang) perawat/hari

2) Total jam kerja /minggu = 40 jam

jumlah shift perminggu = 12×7 (1 minggu) = 84 shift/minggu

jumlah staf yang dibutuhkan perhari = $84/6 = 14$ orang

(jumlah staf sama bekerja setiap hari dengan 6 hari kerja perminggu dan 7 jam/shift)

Sehingga jika jumlah total staf keperawatan /hari = 14 orang

- Pagi : $47\% \times 14 = 6,58 = 7$ orang

- Sore : $36\% \times 14 = 5,04 = 5$ orang

- Malam : $17\% \times 14 = 2,38 = 2$ orang

d. Pengukuran beban kerja

Pengukuran beban kerja pada penelitian ini menggunakan kuesioner dengan skala *likert* yang terdiri dari 13 item pertanyaan diadopsi dari kuesioner beban kerja Nursalam (2008), dengan skor 1 (tidak pernah), 2 (kadang-kadang), 3 (sering), dan 4 (selalu). Rentang nilai dari 13–52, untuk kepentingan deskripsi, maka hasil dikategorikan menjadi beban kerja tinggi (nilai 39-52), beban kerja sedang (nilai 26-38), dan beban kerja rendah (nilai 13-25).

3. *Caring*

a. Pengertian

Caring adalah suatu tindakan yang dilakukan dalam memberikan dukungan kepada individu secara utuh. Tindakan dalam bentuk perilaku *caring* seharusnya diajarkan pada manusia sejak lahir, masa perkembangan, masa pertumbuhan, masa pertahanan sampai dengan meninggal. *Caring* adalah esensi dari keperawatan yang membedakan

dengan profesi yang lain dan mendominasi serta mempersatukan tindakan – tindakan keperawatan, menurut (Watson, 2014).

Caring adalah memberikan perhatian atau penghargaan kepada seorang manusia, *caring* juga dapat diartikan memberikan bantuan kepada individu atau sebagai advokasi pada individu yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya (Nursalam & Efendi, 2008).

Watson (2014), perilaku *caring* ini akan tergambar dalam hubungan dan transaksi yang dilakukan oleh perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan terhadap pasien yang menerima asuhan keperawatan tersebut, yang bertujuan untuk melindungi harkat dan martabat pasien sebagai manusia. Perilaku *caring* ini tidak hanya berfokus pada aktivitas yang dilakukan perawat saat melaksanakan fungsi keperawatannya saja, namun lebih jauh pada sebuah proses interpersonal esensial yang memberikan rasa damai ikhlas, dan tulus pada individu yang membutuhkan baik dalam kondisi sakit, maupun sehat.

Beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *caring* adalah manifestasi dari perhatian kepada orang lain, berpusat pada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan, komitmen untuk mencegah terjadinya status yang memburuk, memberi perhatian, dan konsen, menghormati kepada orang lain dan kehidupan manusia, cinta dan ikatan, otoritas dan keberadaan, selalu bersama, empati, pengetahuan, penghargaan dan menyenangkan.

b. 10 elemen *caring*

Watson (2014), yang terkenal dengan buku *The Philosophy and Science of caring*, menjelaskan tentang 10 elemen karatif *caring* yang merupakan manifestasi dari karakter perawat yang mempunyai spirit *caring*, yaitu: bertindak berdasarkan sistem nilai yang altruistik dan manusiawi, menanamkan keyakinan dan harapan, menanamkan kepekaan terhadap diri sendiri dan kepada orang lain, menumbuhkan rasa saling membantu dan saling percaya, meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan dan emosi baik positif maupun negative, mampu penyelesaian masalah secara ilmiah, mampu meningkatkan proses pembelajaran interpersonal, sehingga klien mampu mandiri dalam kesehatannya (*selfcare*), mampu menciptakan lingkungan fisik, mental, sosial, dan spiritual yang bersifat *supportif*, *protektif*, dan *korektif*, mampu memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia dan menghargai kekuatan-kekuatan yang ada dalam kehidupan.

Secara ringkas 10 elemen karatif *caring* adalah sebagai berikut (Watson, 2014):

1) Pembentukan sistem nilai *humansitic* dan *altruistic*

Watson mengemukakan bahwa asuhan keperawatan didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan (*humansitic*) dan perilaku mementingkan kepentingan orang lain diatas

kepentingan pribadi (*altruistic*). Hal ini dapat dikembangkan melalui pemahaman nilai yang ada pada diri seseorang, keyakinan, interaksi dan kultur serta pengalan pribadi. Semua ini dirasa perlu untuk mematangkan pribadi perawat agar dapat bersikap *altruistic* terhadap orang lain.

2) Menanamkan keyakinan dan harapan (*faith-hope*)

Pemahaman ini diperlukan untuk proses kuratif. Selain menekankan pentingnya obat-obatan untuk kuratif, perawat juga perlu memberi tahu individu alternatif pengobatan lain yang tersedia (misalnya meditasi, relaksasi, atau kekuatan penyembuhan oleh diri sendiri atau secara spiritual).

Dengan mengembangkan hubungan perawat-klien yang efektif, perawat memfasilitasi perasaan optimis, harapan dan rasa percaya. Untuk mengembangkan hubungan saling percaya, perawat perlu memberikan informasi dengan jujur dan memperlihatkan sikap empati dengan apa yang dirasakan pasien.

3) Mengembangkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain

Seorang perawat dituntut untuk mampu meningkatkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain serta bersikap lebih otentik. Perawat juga perlu memahami bahwa pikiran dan emosi seseorang merupakan jendela jiwanya. Pengakuan perasaan untuk aktualisasi diri melalui penerimaan diri baik pasien maupun perawat. Seorang perawat yang memiliki

kepekaan (sensitifitas) dalam perasaannya, maka ia akan lebih mampu ikhlas, apa adanya dan peka terhadap kebutuhan orang lain . perawat yang mampu sensitif dengan perasaannya, maka ia akan mampu bersikap wajar pada orang lain.

4) Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu (*helping-trust*)

Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu antara perawat dan pasien merupakan hal yang sangat penting dalam *transpersonal caring*. Hubungan saling percaya dilakukan dengan mendukung dan menerima ekspresi perasaan positif maupun negatif.

Ciri hubungan ini mencakup 4 (empat) hal yaitu kecocokan (*congruence*), empati, hangat yang tidak posesif dan komunikasi efektif. *Congruence* mencakup jujur, sesuai kenyataan dan tulus. Empati adalah kemampuan mengalami dan memahami persepsi dan perasaan orang lain dan tidak mengkomunikasikan perasaan tersebut. Hangat yang tidak posesif ditampilkan dengan berbicara dengan volume sedang, relaks, sikap tubuh terbuka dan ekspresi wajah yang sesuai dengan komunikasi orang lain. Komunikasi efektif terdiri dari komponen respon kognitif, afektif dan perilaku. Pasien mengharapkan perilaku *caring* yang holistik sehingga pasien puas dengan pelayanan keperawatan.

- 5) Mendukung dan menerima ungkapan perasaan yang positif dan negatif

Perawat perlu mempunyai pemahaman intelektual dan emosional terhadap perbedaan perasaan baik positif maupun negatif. Tujuan dari sikap ini adalah menciptakan hubungan perawat-pasien yang terbuka, saling menghargai perasaan dan pengalaman perawat dan pasien.

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor karatif ini yaitu memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan keluhan dan perasaannya.

- 6) Menggunakan metode yang sistematis dalam pemecahan masalah

Perawat menggunakan proses keperawatan untuk memecahkan masalah yang berhubungan pelayanan keperawatan, dan mengambil keputusan secara sistematis. Proses keperawatan merupakan pendekatan yang digunakan dalam memecahkan masalah secara sistematis dan terorganisir, sehingga dapat menghilangkan pandangan lama bahwa perawat adalah asisten dokter.

Metode mental spiritual dan kepercayaan sosiokultural individu. Sedangkan lingkungan eksternal mencakup kenyamanan, privasi, keamanan, kebersihan, dan keindahan lingkungan sekitar. Perawat perlu mengenali lingkungan internal

dan eksternal pasien yang kemungkinan mempengaruhi kondisi penyakit pasien.

- 7) Meningkatkan pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal

Faktor ini merupakan konsep penting dalam keperawatan yang akan membedakan *caring* dengan *curing*. Dengan pembelajaran dan pengajaran memungkinkan pasien memperoleh pengetahuan dan bertanggung jawab terhadap kondisi sehat-sakitnya. Melalui proses pembelajaran ini diharapkan pasien dapat melakukan perawatan mandiri, menentukan kebutuhan diri dan mendorong pertumbuhan diri pasien.

Pasien menggambarkan perawat yang mampu memberikan proses belajar bagi pasien adalah perawat yang mampu memberikan informasi tentang medikasi atau pemberian obat pasien dan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan kepada pasien, menjelaskan apa yang akan dialami pasien dan selalu menginformasikan kepada pasien tentang kondisi penyakitnya.

- 8) Menciptakan lingkungan yang suportif, protektif, perbaikan mental, fisik, sosial budaya dan spiritual.

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal pasien terhadap kondisi sehat-sakit pasien. Konsep

yang berhubungan dengan lingkungan internal antara lain kesehatan mental spiritual dan kepercayaan sosiokultural individu.

Sedangkan lingkungan eksternal mencakup kenyamanan, privasi, keamanan, kebersihan dan keindahan lingkungan sekitar. Perawat perlu mengenali lingkungan internal dan eksternal pasien yang kemungkinan mempengaruhi kondisi penyakit pasien.

- 9) Membantu memberi bimbingan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan pasien.

Perawat perlu mengenali kebutuhan biofisikal, psikofisikal, psikososial dan interpersonal diri perawat dan pasien. Pasien harus puas terhadap kebutuhan terendah sebelum mencapai kebutuhan yang lebih tinggi.

Kebutuhan biofisikal yang terendah antara lain makan, eliminasi dan ventilasi. kebutuhan psikofisikal yang terendah antara lain aktifitas dan seksualitas. Kebutuhan psikososial tertinggi antara lain pencapaian dan afiliasi. Aktualisasi diri merupakan kebutuhan intra-interpersonal tertinggi.

- 10) Menghargai kekuatan eksistensial-phenomenologikal.

Perawat perlu menghargai adanya kekuatan eksistensial dan fenomenologikal yang diyakini pasien. Fenomenologi digambarkan sebagai suatu data situasi yang dapat membantu

individu memahami fenomena. Psikologi eksistensial adalah ilmu eksistensi manusia yang dijelaskan menggunakan pendekatan fenomenologikal. Inti dari faktor ini adalah menghargai pengalaman yang merangsang pemikiran untuk memfasilitasi pemahaman yang lebih baik bagi diri sendiri dan orang lain. Menghargai kekuatan eksistensial-pertumbuhan diri dan kematangan jiwa pasien.

Kesepuluh faktor yang telah diuraikan sebelumnya tersebut menjadi tindakan unik dari perawat, yang disebut sebagai "*the art and science of caring*". *Caring* adalah sentral praktek keperawatan karena perilaku *caring* ini memuat elemen moralitas, etika, legalitas, penghargaan dan perlindungan terhadap pasien. Bila spirit *caring* ini benar-benar dijadikan landasan praktek keperawatan, maka hubungan antara pemberi dan penerima layanan akan berjalan secara harmonis dan bermanfaat untuk kedua belah pihak. Elemen – elemen *caring* harus diimplementasikan oleh semua perawat sebagai unsure pembeda pelayanan keperawatan dibandingkan dengan profesi kesehatan yang lain.

c. Nilai humanis dalam *caring*

Dwidiyanti (2007), nilai humanis meyakini kebaikan dan nilai – nilai manusia sebagai suatu komitmen dalam bekerja untuk kemanusiaan. Perilaku yang manusiawi adalah empati, simpati, terharu dan menghargai kehidupan. Dalam keperawatan, humanisme

merupakan suatu sikap dan pendekatan yang memperlakukan pasien sebagai manusia yang mempunyai kebutuhan lebih dari sekedar nomor tempat tidur atau seseorang berpenyakit tertentu. Perawat yang menggunakan pendekatan humanistik dalam prakteknya memperhitungkan semua yang diketahuinya tentang pasien yang meliputi pikiran, perasaan, nilai-nilai, pengalaman, kesukaan, perilaku, dan bahasa tubuh.

Pendekatan humanistik ini adalah aspek keperawatan tradisional dari *caring*, yang diwujudkan dalam pengertian dan tindakan. Pengertian membutuhkan kemampuan mendengarkan orang lain secara aktif dan arif serta menerima perasaan – perasaan orang lain. Prasyarat bertindak adalah mampu bereaksi terhadap kebutuhan orang lain dengan keikhlasan, kehangatan untuk meningkatkan kesejahteraan yang optimal.

Untuk memahami bagaimana perawatan mendekati dengan cara humanistik, diperlukan kesadaran diri yang membuat perawat menerima perbedaan dan keunikan klien. Kesadaran diri dapat ditingkatkan melalui tiga cara yaitu :

- 1) Mempelajari diri sendiri yaitu proses eksplorasi diri sendiri, tentang pikiran, perasaan, perilaku, termasuk pengalaman yang menyenangkan, hubungan interpersonal dan kebutuhan pribadi.

- 2) Belajar dari orang lain. Kesiapan dan keterbukaan menerima umpan balik orang lain akan meningkatkan pengetahuan tentang diri sendiri.
- 3) Membuka diri. Keterbukaan merupakan salah satu kepribadian yang sehat, untuk ini harus ada teman intim yang dapat dipercaya, tempat menceritakan hal yang rahasia.

d. Hubungan perawat dengan klien.

Potter dan Perry (2009) mengatakan bahwa isi pesan dan sikap penyampaian pesan dipengaruhi oleh perkembangan, persepsi, nilai, latar belakang, budaya, emosi, pengetahuan, peran, dan tatanan interaksi. Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam berinteraksi dengan pasien yaitu (Potter & Perry, 2009):

1) Perkembangan

Lingkungan yang diciptakan oleh orang tua mempengaruhi kemampuan anak untuk berkomunikasi. Perawat menggunakan teknik khusus ketika berkomunikasi pada anak sesuai dengan perkembangannya.

2) Persepsi

Persepsi adalah pandangan personal terhadap suatu kejadian. Persepsi dibentuk oleh harapan dan pengalaman. Apabila terjadi perbedaan persepsi akan menghambat komunikasi.

- 3) Nilai, nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang.

- 4) Latar belakang sosial budaya, budaya mempengaruhi cara bertindak dan komunikasi dalam pemberian pelayanan keperawatan.
 - 5) Emosi, emosi adalah perasaan subyektif tentang suatu peristiwa. Cara seseorang berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain dipengaruhi oleh keadaan emosinya.
 - 6) Pengetahuan, hubungan sulit terjalin jika orang yang bersangkutan memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Dengan pengkajian, perawat dapat menjalin hubungan terapeutik dengan pasien sesuai dengan tingkat pengetahuannya.
 - 7) Peran, perawat perlu menyadari perannya saat berhubungan dengan klien ketika memberikan asuhan keperawatan.
 - 8) Tatanan interaksi, interaksi antara perawat dengan klien akan lebih efektif jika dilakukan dilingkungan yang menunjang. Perawat perlu memilih tatanan yang memadai ketika berinteraksi dengan klien.
- e. Nilai humanis dalam *caring*

Dwidiyanti (2007), nilai humanis meyakini kebaikan dan nilai – nilai manusia sebagai suatu komitmen dalam bekerja untuk kemanusiaan. Perilaku yang manusiawi adalah empati, simpati, terharu dan menghargai kehidupan. Dalam keperawatan, humanisme merupakan suatu sikap dan pendekatan yang memperlakukan pasien sebagai manusia yang mempunyai kebutuhan lebih dari sekedar nomor tempat tidur atau seseorang berpenyakit tertentu. Perawat yang

menggunakan pendekatan humanistik dalam prakteknya memperhitungkan semua yang diketahuinya tentang pasien yang meliputi pikiran, perasaan, nilai – nilai, pengalaman, kesukaan, perilaku, dan bahasa tubuh.

Pendekatan humanistik ini adalah aspek keperawatan tradisional dari *caring*, yang diwujudkan dalam pengertian dan tindakan. Pengertian membutuhkan kemampuan mendengarkan orang lain secara aktif dan arif serta menerima perasaan – perasaan orang lain. Prasyarat bertindak adalah mampu bereaksi terhadap kebutuhan orang lain dengan keikhlasan, kehangatan untuk meningkatkan kesejahteraan yang optimal.

Untuk memahami bagaimana perawatan mendekati dengan cara humanistik, diperlukan kesadaran diri yang membuat perawat menerima perbedaan dan keunikan klien. Kesadaran diri dapat ditingkatkan melalui tiga cara yaitu :

- 1) Mempelajari diri sendiri yaitu proses eksplorasi diri sendiri, tentang pikiran, perasaan, perilaku, termasuk pengalaman yang menyenangkan, hubungan interpersonal dan kebutuhan pribadi.
- 2) Belajar dari orang lain. Kesiediaan dan keterbukaan menerima umpan balik orang lain akan meningkatkan pengetahuan tentang diri sendiri.

- 3) Membuka diri. Keterbukaan merupakan salah satu kepribadian yang sehat, untuk ini harus ada teman intim yang dapat dipercaya, tempat menceritakan hal yang rahasia.

f. Kode etik keperawatan dalam *caring*

Kode etik Keperawatan Indonesia (Priharjo, 2008), tanggung jawab perawat terhadap individu, keluarga, dan masyarakat, perawatan dalam melaksanakan pengabdian senantiasa berpedoman pada tanggung jawab yang pangkal tolaknya bersumber pada adanya kebutuhan perawatan individu, keluarga, dan masyarakat. Tanggung jawab perawat terhadap tugas, perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dan menerapkan pengetahuan serta keterampilan perawatan sesuai dengan kebutuhan individu atau klien, keluarga dan masyarakat.

Tanggung Jawab utama perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, memelihara kesehatan, dan mengurangi penderitaan. Oleh karena itu perawat harus meyakini bahwa:

- 1) Kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan diberbagai tempat adalah sama.
- 2) Pelaksana praktek keperawatan dititikberatkan pada penghargaan terhadap kehidupan yang bermartabat dan menjunjung tinggi hak asasi manusia.

- 3) Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan atau keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, perawat mengikutsertakan kelompok dan instansi terkait.

g. Pengukuran *caring*

Perilaku *caring* diukur menggunakan lembar kuesioner terdiri dari 28 pernyataan. Terdiri dari pernyataan *favorable* yaitu nomer 2,3,4,5,7,10,11,12,14,16,18,24,25,26, dan 28 dengan alternatif jawaban selalu (nilai 4), kadang-kadang (nilai 3), jarang (nilai 2), tidak pernah (nilai 1) serta pernyataan *unfavorabel* yaitu nomer 1,6,8,9,13,15,17,19,20,21,22,23,dan 27 dengan alternatif jawaban selalu (nilai 1), kadang-kadang (nilai 2), jarang (nilai 3), tidak pernah (nilai 4). Total rentang nilai antara 28-112, dikategorikan baik jika nilai $\geq \text{mean/median}$ kurang baik jika nilai $< \text{mean/median}$. Kuesioner tersebut mengadopsi dari Verawaty (2016).

4. Perilaku

a. Pengertian

Beberapa definisi tentang perilaku dalam Sunaryo (2013), diantaranya:

- 1) Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku manusia adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri.
- 2) Menurut Robert Kwick (1974), perilaku adalah tindakan atau perilaku suatu organism yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.

- 3) Menurut Sri Kusmiyati dan Desminiarti (1990), perilaku manusia pada hakekatnya adalah proses interaksi individu dengan lingkungannya sebagai manifestasi hayati bahwa dia adalah makhluk hidup.

Dari beberapa literature diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia adalah aktivitas yang timbul karena adanya stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

b. Faktor Perilaku

Perilaku menurut Lawrence Green dalam Maulana (2009) dipengaruhi oleh beberapa Faktor, meliputi:

1) Faktor Predisposisi (*predisposing Factors*)

Faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, kebiasaan, nilai-nilai, norma sosial, budaya, dan Faktor sosio-demografi.

2) Faktor Pendorong (*enabling Factors*)

Faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku. Hal ini berupa lingkungan fisik, sarana kesehatan atau sumber-sumber khusus yang mendukung, dan keterjangkauan sumber dan fasilitas kesehatan.

3) Faktor penguat (*reinforcing Factors*)

Faktor ini meliputi Faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), dan para petugas

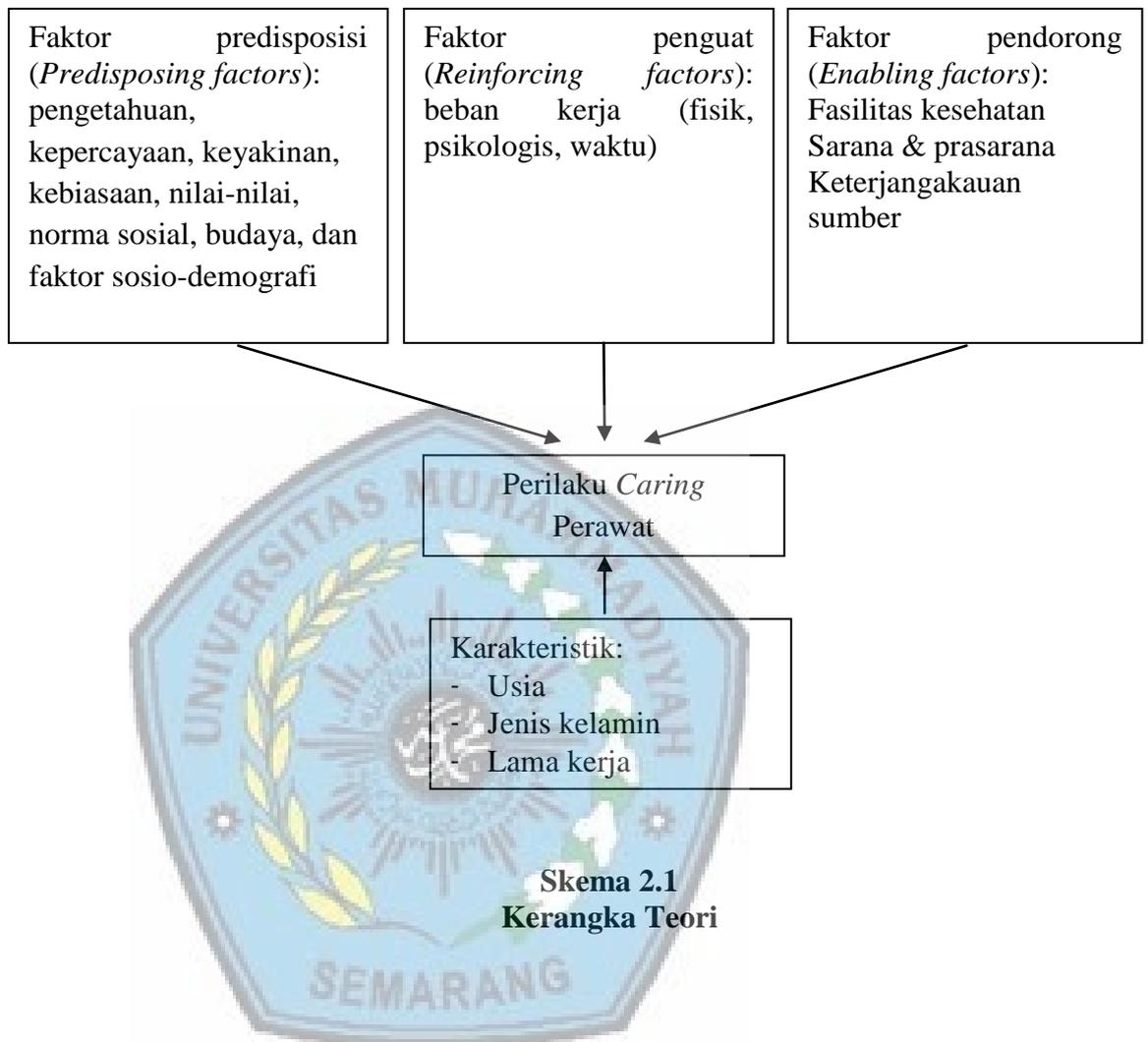
kesehatan. Termasuk juga undang-undang, peraturan-peraturan yang berlaku diwilayah tersebut.

c. Proses Pembentukan Perilaku

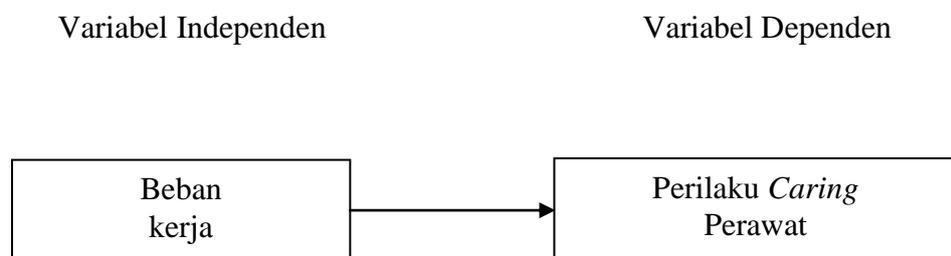
Perilaku manusia terbentuk karena adanya kebutuhan. Maslow (2012), kebutuhan dasar manusia meliputi:

- 1) Kebutuhan fisiologis/ biologis, yang merupakan kebutuhan pokok utama, yaitu O₂, H₂O, cairan elektrolit, makanan, dan seks. Apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan fisiologis.
- 2) Kebutuhan rasa aman, misalnya rasa aman dari kerusakan, penyakit, tindakan criminal, dan rasa aman dari teguran maupun hukuman dari atasan.
- 3) Kebutuhan mencintai dan dicintai, misalnya ingin dicintai/ mencintai orang lain, ingin diterima oleh kelompok tempat ia berada, mendambakan kasih sayang/ cinta kasih orang lain baik dari orang tua, saudara, teman, kekasih, dan lain-lain.
- 4) Kebutuhan harga diri, misalnya ingin dihargai dan menghargai orang lain, adanya respek atau perhatian dari orang lain, dan toleransi atau saling menghargai dalam hidup berdampingan.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri, misalnya ingin dipuja atau disanjung oleh orang lain, ingin sukses atau berhasil dalam mencapai cita-cita, ingin menonjol dan lebih dari orang lain, baik dalam karir, usaha, kekayaan, dan lain-lain.

B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep



Skema 2.2
Kerangka Konsep

D. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen (bebas)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah beban kerja.

2. Variabel Dependen (terikat)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku *caring* perawat

E. Hipotesis

Berdasarkan dari kerangka konsep penelitian yang telah dibuat, maka hipotesa yang dapat dirumuskan adalah:

Ha : Ada hubungan beban kerja dengan perilaku *caring* perawat di Ruang IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Ho : Tidak ada hubungan beban kerja dengan perilaku *caring* perawat di Ruang IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang.

