

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN ANTARA BEBAN KERJA KUANTITATIF  
STAF *AMBULANCE* DENGAN KELENGKAPAN  
DOKUMENTASI *CHECKLIST* PRE TRANSFER  
DI RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA**



Oleh :

**AGUNG NUGROHO**

**NIM :1711002**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2019**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN ANTARA BEBAN KERJA KUANTITATIF  
STAF *AMBULANCE* DENGAN KELENGKAPAN  
DOKUMENTASI *CHECKLIST* PRE TRANSFER  
DI RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)  
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh :**

**AGUNG NUGROHO**  
**NIM :1711002**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2019**

## HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agung Nugroho

NIM : 1711002

Tanggal lahir : 03 Januari 1991

Program studi : S-1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 31 Januari 2019



**Agung Nugroho**  
**NIM : 1711002**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Agung Nugroho

NIM : 1711002


Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf  
*Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi  
*Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier  
Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

## SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

### Pembimbing I



Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., MSc  
NIP. 03006

### Pembimbing II



Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03033

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2019

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : Agung Nugroho

NIM : 1711002

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf  
*Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist*  
Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

**Penguji I : Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat**  
NIP.03026



**Penguji II : Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., MSc**  
NIP. 03006



**Penguji III : Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03033

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA  
KAPRODI S-1 KEPERAWATAN**

**Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP.03010

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2019

**Judul** : Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf Ambulance Dengan Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Transfer Di Rumah Sakit Premier Surabaya.

### **ABSTRAK**

Dokumentasi merupakan hal yang sangat penting, namun dalam prakteknya masih banyak hambatan-hambatan yang mengakibatkan pendokumentasian belum sempurna. Kurang patuhnya perawat akan berakibat rendahnya mutu pelayanan rumah sakit dan masih banyak lagi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendokumentasian format *checklist* pre transfer.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara beban kerja kuantitatif staf ambulance dengan kelengkapan dokumentasi checklist pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya. Metode yang digunakan adalah observasional dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah 30 responden. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi kelengkapan pendokumentasian *checklist* pre transfer. Data yang di peroleh dengan uji statistic *Spearman Rank (Rho)*.

Hasil penelitian : menunjukkan bahwa ada hubungan antara beban kerja kuantitatif staf ambulance dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer ( $p$  value = 0,002) dengan Nilai *Corelation Coeficient* = 0,553 artinya hubungan kedua variabel kuat.

Implikasi dari penelitian ini bahwa beban kerja kuantitatif adalah faktor yang bisa menunjang kelengkapan data sehingga perlu adanya penataan kembali sistem ketenaga kerjaan.

Kata Kunci : *Ambulance*, beban kerja, dokumentasi

**Title** : *Relationship Between Ambulance Staff Quantitative Workloads With Completeness of Pre Transfer Checklist Documentation at Premier Surabaya Hospital*

### **ABSTRACT**

*Documentation is very important, but in practice there are still many obstacles that lead to incomplete documentation. Disobedience of nurses will result in low quality hospital services and many more factors that influence the implementation of format documentation checklist pre-transfer.*

*This study aims to determine the relationship between the various quantitative work of ambulance staff with the complete documentation of the pre-transfer checklist at Premier Hospital Surabaya. The method used was observational with a approach cross sectional with 30 respondents. The instruments used were observation sheets complete with documentation of the checklist pre-transfer. The data obtained by the statistical test Spearman Rank (Rho).*

*The results of the study: showed that there was a relationship between the quantitative workload of ambulance staff and the complete documentation of the checklist pre-transfer ( $p$  value = 0.002) with Value Corelation Coeficient = 0.553 meaning the relationship between the two variables was strong.*

*The implication of this research is that quantitative workload is a factor that can support the completeness of the data so that it is necessary to restructure the labor system.*

*Keywords: ambulance, workload, documentation.*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan atas kehendak dan ridho Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan segala hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya” pada waktu yang telah ditentukan.

Penyusunan skripsi ini digunakan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari para pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis perkenankan menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Hartono Tanto, M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya yang telah member kesempatan untuk mengikuti Program Pendidikan Sarjana Keperawatan.
2. Ibu Janny Prihastuti, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Manajer Keperawatan Rumah Sakit Premier Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RS Premier Surabaya
3. Ibu Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Lestyningrum., S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan



menyelesaikan Program Studi S1-Keperawatan serta sebagai penguji 1 yang telah memberikan arahan atas kesempurnaan skripsi ini.

4. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1-Keperawatan
5. Ibu Puji Hastuti S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan S1-Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S1-Keperawatan.
6. Ibu :\_Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat, sebagai penguji I terimakasih atas segala arahannya dalam pembuatan proposal ini.
7. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc, selaku pembimbing I yang penuh kesabaran, perhatian, memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
8. Ibu Merina W,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing II yang penuh kesabaran, perhatian, memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
9. Ibu Nadia Oktariani, A.Md selaku Kepala Perpustakaan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
10. Kedua orang tua , kedua mertua, Istriku Adisty Novita dan anakku Kezia Bellvania Putri Nugroho yang saya sayangi yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.

11. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
12. Teman-teman seperjuangan di RS Premier Surabaya dan STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan memahami dalam pembuatan skripsi ini.
13. Serta semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu-persatu atas dukungan dan bantuan yang telah diberikan.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari skripsi ini jauh dari kata sempurna. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 31 Januari 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERYANTAAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.4.1 Teoritis .....	4
1.4.2 Praktis .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Konsep Ambulance .....	5
2.1.1 Pengertian Ambulance .....	5
2.1.2 Sejarah Ambulace .....	5
2.1.3 Struktur Ambulance .....	7
2.1.4 Desain Ambulance .....	8
2.1.5 Tenaga Medis dan Peralatan Ambulance .....	9
2.1.6 Daftar Peralatan ambulance .....	14
2.1.7 Tugas dan Tanggung Jawab Staf .....	15
2.2 Beban Kerja .....	16
2.2.1 Pengertian Beban Kerja .....	16
2.2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja .....	18
2.2.3 Komponen Beban Kerja .....	18
2.2.4 Penilaian Beban Kerja Perawat .....	19
2.2.5 Pengukuran Beban Kerja .....	20
2.2.6 Tehnik Perhitungan Beban Kerja .....	23
2.2.7 Kuesioner Pengukuran Beban Kerja Kuantitatif .....	26
2.2.8 Dampak Beban Kerja .....	27
2.3 Pendokumentasian .....	27
2.3.1 Pengertian Dokumentasi .....	27
2.3.2 Tujuan Utama Dokumentasi .....	27
2.3.3 Prinsip-prinsip Dokumentasi Keperawatan .....	28

2.3.4	Model Dokumentasi Keperawatan .....	29
2.3.5	Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan .....	33
2.3.6	Trens dan Perubahan Yang Berdampak Terhadap Dokumentasi .....	35
2.3.7	Faktor-faktor Yang Menghambat Dokumentasi .....	38
2.4	Model Konsep Keperawatan Menurut Patricia Benner .....	44
2.4.1	Latar Belakang Teori .....	44
2.4.2	Paradigma Dasar .....	45
2.4.3	Pengembangan Paradigma Menjadi Teori .....	46
2.5	Hubungan Antar Konsep .....	51
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS .....</b>		<b>53</b>
3.1	Kerangka Konsep .....	53
3.2	Hipotesis .....	54
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>55</b>
4.1	Desain Penelitian .....	55
4.2	Kerangka Kerja .....	56
4.3	Waktu dan Tempat Penelitian .....	57
4.4	Populasi, Sampel, dan Sampling Desain .....	57
4.4.1	Populasi Penelitian .....	57
4.4.2	Sampel Penelitian .....	57
4.4.3	Besar Sampel .....	57
4.4.4	Teknik Sampling .....	58
4.5	Identifikasi Variabel .....	59
4.6	Definisi Operasional .....	59
4.7	Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data .....	61
4.7.1	Pengumpulan Data .....	61
4.7.2	Pengolahan dan Analisa Data .....	63
4.8	Etika Penelitian .....	65
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>67</b>
5.1	Hasil Penelitian .....	67
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	67
5.1.2	Gambaran Umum Subyek Penelitian .....	71
5.1.3	Data Umum Hasil Penelitian .....	71
5.1.4	Data Khusus Hasil Penelitian .....	73
5.2	Pembahasan .....	76
5.2.1	Beban kerja kuantitatif staf <i>ambulance</i> di Rumah Sakit Premier Surabaya .....	76
5.2.2	Kelengkapan dokumentasi checklist pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya .....	79
5.2.3	Hubungan antara beban kerja kuantitatif staf <i>ambulance</i> dengan kelengkapan dokumentasi checklist pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya .....	83
5.3	Keterbatasan .....	87

<b>BAB 6 PENUTUP</b> .....	88
6.1 Simpulan .....	88
6.2 Saran .....	88
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>90</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>92</b>

## DAFTAR TABEL

## Hal

Tabel 2.1	Keusioner Pengukuran Beban Kerja .....	26
Tabel 4.1	Definisi Operasional Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf Ambulance Dengan Kelengkapan Dokumentasi <i>Checklist</i> Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya .....	60
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Staf <i>Ambulance</i> Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	72
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja Staf <i>Ambulance</i> Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	72
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Staf <i>Ambulance</i> Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	72
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Staf <i>Ambulance</i> Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	73
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Pelatihan Staf <i>Ambulance</i> Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	73
Tabel 5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Beban Kerja Kuantitatif Staf <i>Ambulance</i> Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	74
Tabel 5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Kelengkapan Dokumentasi <i>Checklist</i> Pre Transfer Staf <i>Ambulance</i> Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	74
Tabel 5.8	Hubungan Beban Kerja Kuantitatif Staf <i>Ambulance</i> Dengan Kelengkapan Dokumentasi <i>Checklist</i> Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30) .....	75

## DAFTAR GAMBAR

Hal

Gambar 2.1 <i>Ambulance</i> Tipe I .....	8
Gambar 2.2 <i>Ambulance</i> Tipe II .....	8
Gambar 2.3 <i>Ambulance</i> Tipe III .....	8
Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan antara beban kerja Kuantitatif staf ambulance dengan kelengkapan dokumentasi <i>checklist</i> pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya .....	52
Gambar 4.1 Desain penelitian observasional dengan pendekatan <i>Analitik Korelasi</i> .....	55
Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian hubungan antara beban Kerja kuantitatif staf ambulance dengan kelengkapan Dokumentasi <i>checklist</i> pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya .....	56

<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>		<b>Hal</b>
Lampiran 1	<i>Curriculum Vitte</i> .....	92
Lampiran 2	Motto dan Persembahan .....	93
Lampiran 3	Permohonan Ijin Pengambilan Data Studi Pendahuluan.	94
Lampiran 4	Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian.....	95
Lampiran 5	Jawaban Permohonan Pengambilan Data Penelitian.....	96
Lampiran 6	Surat Keterangan Telah Menyelesaikan Penelitian.....	97
Lampiran 7	Persetujuan Etik.....	98
Lampiran 8	<i>Information For Consent</i> .....	99
Lampiran 9	Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	100
Lampiran 10	Lembar kuesioner .....	101
Lampiran 11	Instrumen Kelengkapan Dokumentasi <i>Checklist</i> Pre Transfer .....	103
Lampiran 12	Petunjuk pengisian Formulir <i>Checklist</i> Pre Transfer dan Observasi .....	104
Lampiran 13	<i>Checklist</i> Pre Transfer dan Observasi .....	106
Lampiran 14	Lembar Konsul/ Bimbingan Skripsi .....	107
Lampiran 15	Data Beban Kerja Kuantitatif.....	108
Lampiran 16	Data Tabulasi.....	110
Lampiran 17	Hasil Uji Statistik.....	112



## DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

AC	: <i>Air Conditioning</i>
ACLS	: <i>Advanced Cardiac Life Support</i>
AED	: <i>Automated External Defibrillator</i>
ALS	: <i>Advanced Life Support</i>
ATLS	: <i>Advanced Trauma Life Support</i>
BHD	: Bantuan Hidup Dasar
BLS	: <i>Basic Life Support</i>
CBE	: <i>Charting By Exeption</i>
DepKes	: Departemen Kesehatan
EKG	: Elektrokardiogram
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
JCI	: <i>Joint Commission International</i>
PIE	: <i>Problem Intervension And Evaluation</i>
POR	: Problem Oriented Record
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
SOR	: <i>Source Oriented Record</i>
UU	: Undang undang

### Daftar Simbol

&	: Dan
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
%	: Persen
=	: sama dengan

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Dalam beberapa tahun terakhir meningkatnya permintaan akan layanan pasien darurat telah meningkatkan beban pada *ambulance* dan sumber daya rumah sakit, Peningkatan pemanfaatan *ambulance* semakin meningkat.(Lowthian et al., 2011). *Ambulance* gawat darurat adalah unit transportasi medis yang di desain khusus yang berbeda dengan model transportasi lainnya, *ambulance* gawat di desain agar dapat menangani pasien gawat darurat,memberikan pertolongan pertama dan memberikan perawatan intensif selama dalam perjalanan menuju rumah sakit rujukan. Namun dalam pelayanan *ambulance* beban staf *ambulance* sangatlah tinggi, staf di tuntutan untuk melakukan pertolongan dengan kecepatan dan ketepatan dalam penanganan, terkadang di dalam penanganan pasien tidak terdokumentasi.

Kelengkapan dokumentasi merupakan unsur penting dalam memberikan kualitas pelayanan, ketidak lengkapan dokumentasi merupakan permasalahan yang sering terjadi di rumah sakit, di Rumah Sakit Dr. Moewardi yang termasuk Rumah Sakit tipe A, untuk kelengkapan dokumentasi, kategori tidak lengkap sebesar 90%, sedangkan kategori kurang lengkap sebesar 10%, sedangkan Rumah Sakit tipe B di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta untuk kelengkapan dokumentasi tidak lengkap 65 % , kategori kurang lengkap 30 % dan kategori lengkap 5%, di Rumah Sakit Premier Surabaya mempunyai departemen *quality manager representative* yang salah satunya tugasnya mengadakan studi

dokumentasi pada format *checklist* pre transfer, yang di lakukan setiap 1 bulan sekali dengan jumlah 40 sample, format *checklist* pre transfer. Pada bulan Juni 2018 di dapatkan data kelengkapan dokumentasi checklist pre transfer hanya 62 %. Bulan Juli 2018 juga di lakukan studi dokumentasi lagi dan di dapatkan rata- rata 66 % dan pada bulan Agustus 2018 di lakukan studi dokumentasi lagi dan di dapatkan rata- rata 64 %, dari data tersebut di atas kelengkapan dokumentasi masih sangatlah kurang dari apa yang di harapkan dari departemen *quality manager representative* Rumah Sakit Premier Surabaya sampai dengan 100 %.

Rumah Sakit Premier merupakan rumah sakit yang terakreditasi JCI (*Joint Commission International*), dalam salah satu syarat akreditasi JCI adalah kelengkapan dalam pendokumentasian keperawatan, salah satunya adalah pendokumentasian pada *checklist* pre transfer, dalam pelaksanaanya kelengkapan dokumentasi sangatlah tidak sesuai dengan apa yang di harapkan karena kenyataan yang di lapangan tidak sesuai dengan standar yang ada, salah satu penyebab dari kurang lengkapnya dokumentasi adalah tingginya beban kerja yang di alami oleh staf, semakin tinggi beban kerja maka akan semakin rendah pula kelengkapan dokumentasi, hal tersebut akan akan berdampak terhadap kepuasan pasien, kepercayaan pasien, kurangkuatnya bukti, dan juga berdampak untuk akreditasi Rumah Sakit.

Dalam pelaksanaanya kelengkapan dokumentasi sangat tidak sesuai dengan apa yang di harapkan karena kenyataan di lapangan tidak sesuai dengan standar yang ada, solusi yang di berikan untuk permasalahan tersebut di antaranya mengidentifikasi penyebab ketidak lengkapan dokumentasi, memberikan pelatihan untuk memberikan penyegaran kembali pada staf dalam melakukan

dokumentasi, melakukan penyederhanaan dokumentasi dan beban kerja staf. dari uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “ Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya “.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Apakah ada hubungan antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya ?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk menganalisa hubungan antara beban kerja kuantitatif staf *Ambulance* dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi beban kerja kuantitatif Staf *ambulance* di Rumah Sakit Premier Surabaya ?
2. Mengidentifikasi kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya ?
3. Menganalisa hubungan antara beban kerja kuantitatif Staf *ambulance* terhadap Kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya ?

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat di jadikan acuan pengembangan kebijakan dalam menetapkan kelengkapan dokumentasi *Checklist* pre transfer bagi staf *ambulance*.

### **1.4.2 Praktis**

#### **1. Bagi Staf Ambulance**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktisi keperawatan terutama dibagian staf *ambulance* agar dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien tanpa mengurangi kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer.

#### **2. Bagi Lahan Penelitian**

Hasil penelitian ini di harapkan dapat dijadikan tolak ukur dalam memberikan pelayanan sesuai dengan harapan, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien, tanpa mengurangi kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer.

#### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya.**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan gambaran untuk penelitian selanjutnya dalam menganalisa beban kerjan kualitatis staf ambulance terhadap kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan disajikan landasan teori yang mendasari masalah yang akan di teliti, meliputi : 1) Konsep *ambulance*, 2) Beban kerja , 3) Dokumentasi, 4 ) Model konsep keperawatan menurut benner.

#### **2.1 Konsep *Ambulance***

##### **2.1.1 Pengertian *Ambulance***

*Ambulance* adalah kendaraan darat yang paling sering digunakan. *Ambulance* yang digunakan dalam transport pasien gawat darurat harus memiliki standar peralatan penanganan gawat darurat didalamnya, seperti, alat bantu pernafasan, alat bantu sirkulasi, agen farmakologi, dan monitor. (Instalasi, Darurat, Prof, & Lolong, 2017).

Menurut *Commissoin On Accreditation Of Ambulance Service* (2013), *Ambulance* merupakan kendaraan roda empat dengan luas ruangan yang cukup memadai untuk membawa pasien dalam keadaan berbaring beserta petugas medis dan dapat melakukan tindakan medis yang diperlukan, *ambulance* dilengkapi peralatan untuk monitoring dan pelayanan Bantuan Hidup Dasar.

Tujuan Penggunaan *Ambulance* : Pertolongan Penderita Gawat Darurat Pra Rumah Sakit, Pengangkutan penderita dawat darurat yang sudah distabilkan darilokasi kejadian ke tempat tindakan definitif atau ke Rumah Sakit, Sebagai kendaraantransport rujukan (Ratna, 2017).

##### **2.1.2 Sejarah *Ambulance***

(Ratna, 2017) Kata *Ambulance* awal sederhana dua roda gerobak digunakan untuk membawa prajurit sakit atau terluka yang tidak mampu

berjalan sendiri. Kata *ambulance* berasal dari *ambulare* kata Latin, yang berarti berjalan atau bergerak. *Ambulance* pertama khusus digunakan untuk mengangkut pasien ke fasilitas medis yang dikembangkan di akhir 1700-an di Perancis oleh Dominique-Jean Larrey, ahli bedah-in-chief di tentara Napoleon.

Larrey mencatat bahwa butuh waktu hampir 1(satu) hari penuh untuk tentara yang terluka harus dibawa ke rumah sakit lapangan, dan bahwa sebagian besar dari mereka meninggal pada saat itu "dari ingin bantuan". Untuk memberikan bantuan lebih cepat dan menyediakan transportasi cepat, dia merancang kereta yang ditarik kuda-dikelola oleh petugas medis dan asisten dengan ruang untuk beberapa pasien dengan tandu.

Korps *ambulance* pertama militer di Amerika Serikat diselenggarakan pada tahun 1862 selama Perang Sipil sebagai bagian dari pasukan Uni. Layanan *ambulance* pertama sipil di Amerika Serikat diselenggarakan 3(tiga) tahun kemudian oleh Cincinnati Commercial Rumah Sakit. Pada pergantian abad ini, paling rumah sakit besar memiliki *ambulance* sendiri pribadi. *Ambulance* bermotor pertama kali pergi ke dalam operasi di Chicago pada tahun 1899.

Kebanyakan *ambulance* awal yang hanya ditujukan untuk transportasi pasien. Setelah tim dokter atau kebakaran departemen penyelamatan diterapkan pertolongan pertama, pasien dimasukkan ke bagian belakang *ambulance* untuk naik cepat ke rumah sakit. Dalam beberapa kasus, dokter berkuda bersama, namun sebagian besar waktu pasien melaju sendirian dan tanpa pengawasan.

Di Amerika Serikat yang berubah secara dramatis ketika pemerintah federal melewati Jalan Keselamatan Act pada tahun 1966. Diantara banyaknya standar, tindakan baru menetapkan persyaratan untuk desain *ambulance* dan

perawatan medis darurat. *Ambulance* dengan rendah tersampir, tubuh jenazah seperti digantikan oleh van bertubuh tinggi untuk mengakomodasi personil dan peralatan tambahan Radio dipasang. Banyak ambulans membawa peralatan canggih seperti defibrilator jantung, bersama dengan gudang obat menyelamatkan nyawa dan obat-obatan.

Hari ini, *ambulance* datang dalam berbagai bentuk dan ukuran. Desain yang sederhana dilengkapi untuk memberikan dukungan hidup dasar, atau BLS, sedangkan yang lebih besar, desain yang lebih canggih dilengkapi untuk memberikan dukungan kehidupan yang maju, atau ALS. *Ambulance* dapat dioperasikan oleh perusahaan swasta, rumah sakit, api lokal atau departemen polisi, atau organisasi kota-berjalan terpisah.

### **2.1.3 Struktur *Ambulance***

(Ratna, 2017) Produsen *Ambulance* membeli komponen banyak dari pemasok lain daripada mereka membuat sendiri. Ini termasuk taksi kendaraan dan chasis, peringatan lampu dan sirene, radio, sebagian besar komponen sistem kelistrikan, pemanas dan komponen AC, komponen oksigen sistem, dan berbagai badan trim potongan seperti jendela, mengunci, menangani, dan engsel.

Jika *ambulance* memiliki tubuh yang terpisah, kerangka tubuh biasanya terbuat dari aluminium yang dibentuk atau diekstrusi. Dinding luar dicat lembaran aluminium, dan dinding interior biasanya lembar aluminium ditutupi dengan lapisan vinyl atau plastik dilaminasi. subfloor dapat dibuat dari kayu lapis atau mungkin menggunakan plastik sarang tawon terbuka berintikan dilaminasi pada lembar aluminium. Yang meliputi lantai interior biasanya vinyl, mulus industri-



kelas yang membentang sebagian sampai masing-masing pihak untuk membersihkan dengan mudah.

Lemari Interior dalam kompartemen pasien biasanya terbuat dari aluminium dengan transparan, panel plastik tahan pecah di pintu. Meja dan permukaan dinding di daerah tindakan, daerah segera berlawanan kepala pasien dan dada di bagian depan kiri tubuh *ambulance*, biasanya ditutup dengan lembaran halus dari stainless steel untuk melawan efek dari darah dan cairan tubuh lainnya. Interior dan kursi berlapis kain daerah lainnya memiliki bantalan busa tahan apidengan penutup vinyl. Interior menangani dan rel terbuat dari stainless steel. Lainnya potongan trim interior dapat dibuat dari berbagai karet atau bahan plastik.

#### **2.1.4 Desain *Ambulance***

*Ambulance* desain terbagi ke dalam tiga kategori (Aryono D.P., 2008)

Type I : *Ambulance* memiliki tubuh modular, atau dilepas, dibangun di atas chassis truk. Taksu truk terhubung ke tubuh melalui jendela kecil, tapi penghuni taksu harus pergi ke luar kendaraan untuk memasuki tubuh *ambulance*. Desain ini menggabungkan kemampuan tubuh lebih besar modular dengan berjalan-melalui aksesibilitas



Gambar 2.1 *Ambulance* Tipe I

Tipe II : Digunakan van *ambulance* dengan atap terangkat. Karena konstruksi, para penumpang taksi dengan mudah dapat memasuki tubuh dari dalam, walaupun ruang interior terbatas.



Gambar 2.2 *Ambulance* Tipe II

Tipe III : *Ambulance* memiliki tubuh modular dibangun di atas chassis van cut-jauhnya.



Gambar 2.3 *Ambulance* Tipe III

### 2.1.5 Tenaga Medis dan Peralatan Pada *Ambulance*

Sebelum mengetahui petugas-petugas atau tenaga medis yang bertugas serta peralatan yang ada di *ambulance*, kita harus mengetahui terlebih dahulu jenis-jenis *ambulance*. Jenis *ambulance* terdiri dari *ambulance* transport, *ambulance* gawat darurat, *ambulance* rumah sakit lapangan, dan *ambulance*

pelayanan medis bergerak. Petugas atau tenaga medis dan peralatan yang dibutuhkan disesuaikan dengan jenis *ambulance*. (Aryono D.P., 2008)

#### 1. *Ambulance* transport

Jenis *ambulance* ini mempunyai fungsi hanya membawa pasien ke rumah sakit atau pun ke pusat pelayanan medis misal: pusat dialisis. Jenis *ambulance* ini bisa berupa mobil van, bis, ataupun alat transportasi lain.

Tujuan Penggunaan : Pengangkutan penderita yang tidak memerlukan perawatan khusus/ tindakan darurat untuk menyelamatkan nyawa dan diperkirakan tidak akan timbul kegawatan selama dalam perjalanan.

Petugas : 1 (satu) supir dengan kemampuan BHD (bantuan hidup dasar) dan berkomunikasi, 1 (satu) perawat dengan kemampuan PPGD (pertolongan pertama gawat darurat)

Peralatan : Tabung oksigen dengan peralatannya, alat penghisap cairan/lendir 12 Volt DC, Peralatan medis PPGD (tensimeter, obat-obatan, cairan infuse)

#### 2. *Ambulance* gawat darurat

Syarat *ambulance* gawat darurat antara lain, (Aryono D.P., 2008)

- a. Idealnya sampai di tempat pasien dalam waktu 6-8 menit agar dapat mencegah kematian karena sumbatan jalan nafas, henti nafas, henti jantung atau perdarahan massif (“to save life and limb”).
- b. Berkomunikasi dengan rumah sakit dan *ambulance* lainnya.
- c. Melakukan pertolongan pada persalinan.
- d. Melakukan transformasi pasien dari tempat kejadian ke rumah sakit ataudari rumah sakit ke rumah sakit lainnya.
- e. Menjadi rumah sakit lapangan dalam penanggulangan bencana.

- f. Mampu menanggulangi gangguan *Airway, Breathing, Circulation* dalam batas - batas Bantuan Hidup Dasar (BHD).
- g. Juga di lengkapi dengan alat- alat ekstriksi, fiksasi, stabilisasi.
- h. Perlengkapan dilengkapi dengan semua alat dan obat untuk semua jenis kegawat daruratan medik.

Tujuan penggunaan : Pertolongan penderita gawat darurat pra rumah sakit, pengangkutan penderita gawat darurat yang sudah distabilkan dari lokasi kejadian ke tempat tindakan definitif atau ke rumah sakit, sebagai kendaraan transport rujukan

Petugas : 1(satu) pengemudi berkemampuan PPGD dan berkomunikasi, 1 (satu) perawat berkemampuan PPGD, 1 (satu) dokter berkemampuan PPGD atau ATLS/ACLS (advanced trauma life support/advanced cardiac life support)

*Peralatan rescue* : Lemari obat dan peralatan, tanda pengenal dari bahan pemantul sinar, peta wilayah setempat, persyaratan lain menurut perundangan yang berlaku, lemari es/ freezer, atau kotak pendingin

Medis : Tabung oksigen dengan peralatan bagi 2 orang, peralatan medis PPGD, alat resusitasi manual/automatic lengkap bagi dewasa dan anak/ bayi, suction pump manual dan listrik 12 V DC, peralatan monitor jantung dan nafas, alat monitor dan diagnostic, peralatan defibrilator untuk anak dan dewasa, minor surgery set, obat-obatan gawat darurat dan cairan infus secukupnya, entonox atau gas anastesi, kantung mayat, sarung tangan disposable Sepatu boot, ambulan gawat darurat ini yang ada pada RS PKT Bontang

### 3. *Ambulance* Rumah Sakit Lapangan

Tujuan Penggunaan : Merupakan gabungan beberapa ambulans gawat darurat dan ambulans pelayanan medic bergerak. Sehari-hari berfungsi sebagai ambulans gawat darurat.

Petugas : 1 (satu) pengemudi berkemampuan PPGD dan berkomunikasi, 1 (satu) perawat berkemampuan PPGD atau BTLS/BCLS (basictrauma life support/basic cardiac life support), 1 (satu) dokter berkemampuan PPGD atau ATLS/ACLS.

Peralatan rescue : Lemari obat dan peralatan, tanda pengenal dari bahan pemantul sinar, peta wilayah setempat dan detailnya, persyaratan lain menurut perundangan yang berlaku, lemari es/ freezer, atau kotak pendingin

Medis : Tabung oksigen dengan peralatan bagi 2 orang, peralatan medis PPGD, alat resusitasi manual/automatic lengkap bagi dewasa dan anak/ bayi, suction pump manual dan listrik 12 V DC, peralatan monitor jantung dan nafas, alat monitor dan diagnostic, peralatan defibrilator untuk anak dan dewasa, minor surgery set, obat-obatan gawat darurat dan cairan infus secukupnya, entonox atau gas anastesi, kantung mayat, sarung tangan disposable, sepatu boot

### 4. *Ambulance* pelayanan medik bergerak

Tujuan penggunaan : Melaksanakan salah satu upaya pelayanan medik di lapangan. Digunakan sebagai ambulans transport.

Petugas : 1 (satu) pengemudi berkemampuan PPGD dan berkomunikasi, perawat berkemampuan PPGD dengan jumlah sesuai kebutuhan, paramedis lain sesuai kebutuhan, dokter berkemampuan PPGD atau ATLS/ACLS

Peralatan rescue : Peta wilayah setempat, persyaratan lain menurut perundangan yang berlaku, lemari es/ freezer, atau kotak pendingin.

Medis : Tabung oksigen dengan peralatan, peralatan medis PPGD, alat resusitasi manual/automatic lengkap bagi dewasa dan anak/ bayi, suction pump manual dan listrik 12 V DC, obat-obatan gawat darurat dan cairan infus secukupnya, sarung tangan disposable, sepatu boot

#### 5. Tehnis Kendaraan (Aryono D.P., 2008)

Kendaraan roda empat atau lebih dengan suspense lunak, warna kendaraan putih, Penggunaan pengatur urada AC dengan pengendali di ruang penemudi, pintu belakang dapat dibuka kea rah atas, ruang penderita tidak dipisahkan dari raung pengemudi, tempat duduk petugas di ruang penderita dapat diatur/ dilipat, dilengkapi sabuk pengaman bagi pengemudi dan pasien, ruang penderita cukup luas untuk sekurangnya 2(dua) tandu,tandu dapat dilipat, ruang penderita cukup tinggi sehingga petugas dapat berdiri 3.tegak untuk melakukan tindakan, gantungan infuse terletaksekurang-kurangnya 90 cm di atas tempat penderita, stop kontak khusus 12 V DC diruang penderita, lampu ruangan secukupnya/ bukan neon dan lampu sorot yang dapat digerakkan, meja yang dapat dilipat, lemari obat dan peralatan, tersedia peta wilayah dan detailnya, penyimpanan air bersih 20 liter, wastafel dan penampungan air limbah, sirene 2(dua) nada, lampu rotator warna merah dan biru, radio komunikasi dan telepon genggam di ruang kemudi, buku petunjuk pemeliharaan semua alat berbahasa Indonesia.

#### 6. Tata tertib Kendaraan

- a. Saat menuju ke tempat penderita boleh menghidupkan sirine dan lampu rotator. Selama mengangkut penderita hanya lampi rotator yang

dihidupkan.

- b. Mematuhi peraturan lalu lintas yang berlaku.
- c. Kecepatan kendaraan kurang dari 40 km di jalan biasa, 80 km di jalan bebas hambatan .
- d. Petugas membuat/ mengisi laporan selama perjalanan yang disebut dengan lembar catatan penderita yang mencakup identitas, waktu dan keadaan penderita setiap 15-30 menit.
- e. Petugas memakai seragam *ambulance* dengan identitas yang jelas.

#### **2.1.6 Daftar Peralatan *Ambulance***

1. Airway : Laringoscop, oropharingeal airway, nasopharyngeal air way, endotracheal Tube, mouth Gage, magil Forcep, tounge spatle
2. Breathing : Bag valve mask, nasal Canule, simple Mask, rebreathing mask, non Rebreathing mask, conektor canule (canul bagging), pocket mask
3. Circulation : Infus set, IV Catheter, cairan infuse, spuit, tensi meter, stetescope, foly catheter, urine bag, karet stuing, kasa steril, perban gulung, balut cepat, mitela, elastis perban, aluminium foil
4. Emergency Drugs dan Disinfectant: Aminophiline, cylocard 100 mg, neurobion 5000, lidocain 2%, diazepam, valium 10 mg, nitrogliserin sublingual, adrenalin/ Epineprin, sulfas atropine 0,25 mg, kalmethason, dextrose 40%
5. Lain-lain : Gunting verban, pincet Anatomis, pincet Cirugis, arteri clem, penlight, elektroda EKG, thermometer, neck collar.
6. Optional : pulse oksimeter, defibrillator, AED, ventilator portable, tensi meter digital

7. Di luar box emergency : Tabung Oksigen 1 m<sup>3</sup>, tabung oksigen ½ m<sup>3</sup> (portable), regulator/ Flowmeter oksigen, scoope streceher, spalk/ bidai, long spinal board, urinal/ pispot, nierbeken, head immobilizer, kendrick extrication divice, elektrik suction, manual suction, handscoen, masker, safety belt.

### **2.1.7 Tugas dan Tanggung Jawab Staf *Ambulance***

Uraian tugas dan tanggung jawab staf *Ambulance* (Aryono D.P., 2008)

1. Kepala departemen IGD

Bertanggung jawab terhadap kelancaran pelayanan *ambulance* : Ketersediaan dan kesiapan tenaga (SDM), kelengkapan fasilitas, perencanaan dan, evaluasi kegiatan, mengkoordinir penyusunan SPO *ambulance*.

2. Kepala Perawat IGD

Menyusun jadwal tugas perawat dan supir *ambulance* (berkoordinasi dengan

Bagian HR & GA jika supir bukan perawat), perencanaan dan pengecekan rutin alat medis, BHP dan obat-obatan, merekap data pelayanan *ambulance* dari buku kegiatan.

3. Perawat *Ambulance*

Menyiapkan alat medis, BHP dan obat-obatan agar selalu dalam keadaan siap pakai, melakukan pendampingan pasien, melakukan pendokumentasian tindakan medis keperawatan pada BRM pasien, pencatatan pada buku kegiatan *ambulance*.



#### 4. Sopir *Ambulance*

Menjadi supir kendaraan pada saat melakukan pelayanan, membantu perawat dalam proses evakuasi pasien, melakukan pengecekan dan memastikan kendaraan *ambulance* siap pakai (termasuk pengisian bahan bakar), mengisi catatan pemakaian kendaraan, menjaga kebersihan kendaraan, memonitor jadwal service kendaraan.

## 2.2 Beban Kerja

### 2.2.1 Pengertian Beban Kerja

Beban kerja yaitu jumlah pekerjaan yang ditanggung/dibebankan oleh suatu unit organisasi atau jabatan yang merupakan hasil perkalian waktu dengan jumlah kerja. (UU Kesehatan No 39 tahun 2009). Beban kerja merupakan kondisi kerja dan uraian tugasnya yang dalam waktu tertentu mesti terselesaikan. (Munandar, 2008)

Irwady (2007), menyatakan bahwa beban kerja merupakan jumlah rata-rata kegiatan, kerja pada waktu tertentu, yang terdiri dari beban kerja fisik, beban kerja psikologis serta waktu kerja.

### 2.2.2 Jenis Beban Kerja

Beban kerja meliputi 2 jenis, sebagaimana dikemukakan oleh Munandar (2008) ada 2 jenis beban kerja, yaitu :

1. Beban kerja kualitatif adalah pada individu akibat tuntutan pekerjaan yang lebih tinggi dari batas kemampuan kognitif dan teknis individu. Pada batasan tertentu, beban kerja tersebut menyebabkan pekerjaan menjadi tidak produktif dan menjadi destruktif bagi individu pekerja. Bila

berkelanjutan akan timbul kelelahan mental dan dapat tampil dalam bentuk reaksi emosional dan psikomotor secara patologis, beban kerja kualitatif meliputi :

- a. Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki perawat tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di rumah sakit.
  - b. Tanggung jawab yang tinggi terhadap asuhan keperawatan pasien kritis.
  - c. Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas.
  - d. Tuntutan keluarga pasien terhadap keselamatan pasien.
  - e. Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat.
  - f. Tugas memberikan obat secara intensif.
  - g. Menghadapi pasien dengan karakteristik tidak berdaya, koma dan kondisi terminal.
2. Beban kerja kuantitatif adalah individu harus melakukan terlalu banyak hal dalam pekerjaannya dan dapat memungkinkan menjadi sumber stres pekerjaan. Unsur lain yang menimbulkan beban berlebih kuantitatif ini adalah desakan waktu. Pada saat atau kondisi tertentu waktu akhir (dead line) dapat menjadi stimulus untuk menghasilkan prestasi kerja yang baik,, namun bila tekanan waktu tersebut menimbulkan banyak kesalahan dalam pekerjaan atau menyebabkan gangguan kesehatan pada individu, beban kerja kuantitatif meliputi :
- a. Harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja.
  - b. Banyaknya pekerjaan dan beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan.
  - c. Kontak langsung perawat pasien secara terus menerus selama jam kerja.
  - d. Rasio perawat dan pasien

### **2.2.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja**

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap beban kerja (Suyanto, 2008) yaitu :

#### **1. Faktor internal**

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh itu sendiri akibat dari reaksi beban kerja eksternal. Faktor internal meliputi faktor somatis (jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, dan kondisi kesehatan) dan faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan dan kepuasan).

#### **2. Faktor eksternal**

- a. Tugas-tugas yang bersifat fisik, seperti stasiun kerja, tata ruang, tempat kerja, alat dan sarana kerja, kondisi kerja, sikap kerja, dan tugas-tugas yang bersifat psikologis, seperti kompleksitas pekerjaan, tingkat kesulitan, tanggung jawab pekerjaan.
- b. Organisasi kerja, seperti lamanya waktu bekerja, waktu istirahat, shift kerja, kerja malam, sistem pengupahan, model struktur organisasi, pelimpahan tugas dan wewenang.
- c. Lingkungan kerja adalah lingkungan kerja fisik, lingkungan kimiawi, lingkungan kerja biologis dan lingkungan kerja psikologis.

### **2.2.4 Komponen Beban Kerja**

Menyatakan bahwa dalam melakukan perhitungan tenaga dalam keperawatan, seorang manajer keperawatan perlu memperhatikan komponen-komponen seperti ( Gillies, 1994 ) :

1. Jumlah pasien yang di rawat perhari, perbulan, pertahun.
2. Jenis perawatan yang di butuhkan (penyakit dalam atau bedah) serta kapasitas tempat tidur.

3. Diagnose medis dan tingkat akuitas pasien yang di rawat.
4. Rata-rata hari rawat untuk setiap jenis perawatan pasien.
5. Penghitungan perawatan langsung dan tak langsung yang akan di berikan kepada masing-masing jenis perawatan pasien.
6. Kecepatan setiap tindakan yang akan di berikan
7. Rata-rata waktu yang di butuhkan untuk melakukan tindakan langsung maupun tidak langsung.

### **2.2.5 Penilaian Beban Kerja Perawat**

Penilaian beban kerja merupakan teknik memperoleh data efektivitas dan efisiensi pekerjaan dari suatu institusi atau suatu jabatan secara sistematis dengan teknik analisis jabatan atau analisis beban kerja. Analisis beban kerja yaitu suatu metode/cara menentukan banyaknya jam pekerjaan yang diperlukan dalam menyelesaikan kegiatan kerja pada suatu rentang waktu (Pasolong, 2011)

Perawat bertugas merawat pasien dalam waktu 24 jam, dengan menerapkan asuhan keperawatan, sejak pasien masuk rumah sakit sampai keluar rumah sakit. Perawat fungsional mempunyai tanggung jawab administrasi terhadap kepala ruangan dan terkait pelayanan teknis medis operasional melaksanakan tanggung jawab terhadap dokter ruangan atau dokter yang bertanggung jawab di ruangan (Depkes RI, 2004).

Beban kerja dapat dihitung berdasarkan beberapa aspek.

#### **1. Aspek fisik**

Beban kerja ditentukan berdasarkan jumlah pasien yang harus dirawat dan banyaknya perawat yang bertugas dalam suatu unit atau ruangan. Tingkatan tergantungnya pasien diklasifikasikan menjadi tiga tingkat yaitu tingkatan

tergantung minimal/ringan, tingkatan tergantung parsial atau sebagian, dan pasien dengan tingkatan tergantung penuh/total.

## 2. Aspek psikologis

Aspek mental/psikologis dihitung berdasarkan hubungan antar individu, dengan perawat serta dengan kepala ruangan dan juga berhubungan antara perawat dengan pasien, yang berpengaruh pada kinerja dan tingkat produktif perawat. Akibat yang sering timbul adalah stress kerja, yang akan menurunkan motivasi kerja dan menurunkan kinerja perawat.

## 3. Aspek waktu kerja

Waktu kerja produktif yaitu banyaknya jam kerja produktif dapat dipergunakan perawat dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya berdasarkan uraian tugas dan waktu melaksanakan tugas tambahan yang tidak termasuk dalam tugas pokoknya.

### **2.2.6 Pengukuran Beban Kerja**

Mengukur Beban Kerja Perawat Untuk mengukur beban kerja dikembangkan berdasarkan sistem klasifikasi klien, (Gillies, 1994). Perhitungan ini menghasilkan perhitungan beban kerja yang lebih akurat karena dalam sistem klasifikasi klien dikelompokkan sesuai tingkat ketergantungan klien atau sesuai waktu, tingkat kesulitan serta kemampuan yang diperlukan untuk memberikan perawatan. Lebih jauh Swansburg & Swansburg (1999) dalam Situmorang (2015) membagi tingkat ketergantungan klien menjadi lima kategori :

#### 1. Kategori 1 Perawatan Mandiri

- a. Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut : dapat melakukan makan, minum sendiri atau dengan bantuan

yang minimal, merapikan diri dapat melakukan sendiri, dan kebutuhan eliminasi dapat ke kamar mandi sendiri serta mengatur kenyamanan posisi tubuh dapat dilakukan sendiri.

- b. Keadaan umum baik, masuk ke rumah sakit untuk prosedur diagnosik sederhana, *check-up*, bedah minor.
- c. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi, membutuhkan penjelasan untuk tiap prosedur tindakan, membutuhkan penjelasan/orientasi waktu, tempat dan orang tiap *shift*.
- d. Tindakan dan pengobatan tidak ada atau hanya tindakan dan pengobatan sederhana.

## 2. Kategori 2 Perawatan Minimal

- a. Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut : makan/minum perawat membantu dalam mempersiapkan, masih dapat makan dan minum sendiri, merapikan diri perlu sedikit bantuan demikian juga dengan penggunaan urinal, kenyamanan posisi tubuh perlu sedikit bantuan.
- b. Keadaan umum : tampak sakit sedang, perlu monitoring tanda- tanda vital, urine diabetik, drainage atau infus.
- c. Kebutuhan pendidikan kesehatan dibutuhkan 5-10 menit setiap shift, klien mungkin sedikit bingung atau agitasi tetapi dapat dikendalikan dengan obat.
- d. Pengobatan dan tindakan diperlukan waktu 20-30 menit setiap shift. Diperlukan evaluasi terhadap aktifitas pengobatan dan tindakan. Perlu observasi status mental setiap 2 jam.

### 3. Kategori 3 Perawatan Moderat

- a. Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut : makan dan minum disuapi, masih dapat mengunyah dan menelan makanan, merapikan diri tidak dapat dilakukan sendiri, eliminasi disediakan pispot atau urinal, ngompol dua kali setiap shift, kenyamanan posisi tergantung kepada perawat.
- b. Keadaan umum mencakup gejala sakit dapat hilang timbul, perlu observasi fisik dan emosi setiap 2-4 jam. Infus monitoring setiap 7 jam.
- c. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi perlu 10-30 menit setiap shift, gelisah, menolak bantuan dapat dikendalikan dengan obat.
- d. Pengobatan dan tindakan perlu 30-60 menit per shift, perlu sering diawasi terhadap efek samping atau reaksi alergi. Perlu observasi status mental setiap 1 jam.

### 4. Kategori 4 Perawatan Ekstensif (Semi Total)

- a. Aktifitas kehidupan sehari-hari pada kategori ini diuraikan sebagai berikut : makan dan minum, tidak bisa mengunyah dan menelan, perlu sonde, merapikan diri perlu dibantu semua, dimandikan, perawatan rambut dan kebersihan gigi dan mulut harus dibantu, eliminasi sering ngompol lebih dari dua kali setiap shift. Kenyamanan posisi perlu dibantu dua orang.
- b. Keadaan umum : tampak sakit berat, dapat kehilangan cairan atau darah, gangguan sistem pernapasan akut, perlu sering dipantau.

- c. Kebutuhan pendidikan dan kesehatan dan dukungan emosi : perlu lebih dari 30 menit setiap shift, klien gelisah, agitasi dan tidak dapat dikontrol atau dikendalikan dengan obat.
- d. Pengobatan atau tindakan : perlu lebih dari 60 menit per shift. Pengobatan lebih banyak dilakukan dalam satu shift. Observasi status mental perlu lebih sering (kurang dari 1 jam).

#### 5. Kategori 5 Perawatan Intensif (Total)

Klien yang termasuk dalam kategori ini memerlukan pengawasan secara intensif terus-menerus dalam setiap shift dan dilakukan satu perawatan untuk satu klien. Semua kebutuhan klien diurus/dibantu oleh perawat (Johnson, 1984 dalam Situmorang, 2015).

#### **2.2.7 Tehnik Perhitungan Beban Kerja**

Menghitung beban kerja personal secara sederhana dapat dilakukan dengan mengobservasi apakah beban kerja yang ada dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu dengan menunjukkan langsung pada yang bertugas, hasilnya bersifat kualitas sehingga sulit untuk menggambarkan beban kerja personal tersebut dan sangat subjektif.

Swansburg and Swansburg (1999) dalam Situmorang (2015), mengatakan bahwa ada empat teknik perhitungan beban kerja perawat, yaitu : Adalah studi untuk menghitung beban kerja dari segi kualitas yang dikaitkan pekerjaan dengan waktu yang dibutuhkan. Tujuannya untuk mengetahui waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan, langkah-langkahnya adalah sebagai berikut :

*Work sampling* adalah mengamati apa yang dilakukan perawat. Informasi yang dibutuhkan dengan teknik ini adalah waktu dan kegiatan yang dilakukan oleh



perawat melalui pengamatan interval waktu tertentu atau secara random sebagai sample kegiatan. Pada *work sampling* orang yang diamati harus dilihat/amati dari kejauhan.

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

1. Aktifitas apa yang sedang dilakukan personal pada waktu jam kerja
2. Apakah aktivitas personal tersebut berkaitan

a. *Time study and task frequency*

- 1) Menentukan sampel yang akan diambil setelah diklasifikasikan
- 2) Membuat formulir kesehatan yang akan diamati serta waktu yang digunakan
- 3) Menentukan observer, harus yang mengetahui kompetensi responden
- 4) Satu observer mengamati satu orang perawat selama 24 jam.

b. *Work sampling* (merupakan variasi dari *time study and task frequency*).

*Work sampling* adalah mengamati apa yang dilakukan perawat. Informasi yang dibutuhkan dengan teknik ini adalah waktu dan kegiatan yang dilakukan oleh perawat melalui pengamatan interval waktu tertentu atau secara *random* sebagai sample kegiatan. Pada *work sampling* orang yang diamati harus dilihat/amati dari kejauhan.

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

- 1) aktifitas apa yang sedang dilakukan personal pada waktu jam kerja.
- 2) apakah aktivitas personal tersebut berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja

- 3) proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.
- 4) pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja. Masih menurut Ilyas (2004) dengan cara *work sampling* peneliti akan mendapatkan informasi yang tepat dari sejumlah personal yang diteliti mengenai kegiatan dan banyaknya pengamatan kegiatan dari mulai datang sampai pulang responden.

Beberapa tahap yang harus dilakukan dalam melakukan *survey* adalah :

- 1) Menentukan jenis personal perawat yang ingin diteliti
- 2) Bila jenis personel ini jumlahnya banyak, perlu dilakukan *simple random sampling*.
- 3) Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif atau diklasifikasikan kegiatan langsung dan tidak langsung.
- 4) Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*. Pengamat diharapkan memiliki latar belakang sejenis dengan subjek yang ingin diamati. Setiap peneliti/ pengamat akan mengamati 5-8 orang perawat yang bertugas saat itu.
- 5) Pengamatan kegiatan perawat di lakukan dengan interval 2-15 menit tergantung karakteristik pekerjaan yang dilakukan perawat. Semakin tinggi tingkat mobilitas pekerjaan yang diamati, maka makin pendek waktu pengamatan. Semakin pendek jarak pengamatan semakin banyak sampel pengamatan yang dapat diambil oleh peneliti sehingga akurasi penelitian menjadi lebih akurat. Pengamatan dilakukan selama

jam kerja (7 jam) dan bila jenis tenaga yang diteliti berfungsi 24 jam atau 3 shift, maka pengamatan dilakukan sepanjang hari.

### 2.2.8 Kuesioner Pengukuran Beban Kerja

Tabel 2.1 Keusioner Pengukuran Beban Kerja

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	SKOR
1	Melakukan observasi klien secara ketat selama di <i>ambulance</i>					
2	Banyaknya pekerjaan yang harus di lakukan demi keselamatan pasien					
3	Beragam jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan klien					
4	Kurangnya staf <i>ambulance</i> di bandingkan dengan permintaan pelayanan <i>ambulance</i>					
5	Pengetahuan dan ketrampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di <i>ambulance</i>					
6	Tuntutan keluarga keselamatan klien					
7	Setiap saat di hadapkan pada keputusan yang tepat					
8	Setiap saat menghadapi klien dengan karakteristik tidak stabil, tidak berdaya dan koma					
9	Tanggung jawab dalam melaksanakan tindakan pada klien di <i>ambulance</i>					
10	Tindakan penyelamatan klien					
11	Pekerjaan yang saya lakukan saat ini memiliki resiko yang tinggi					
12	Beragamnya jenis pekerjaan yang harus di lakukan demi keselamatan pasien					
13	Harapan pimpinan rumah sakit terhadap					

	pelayanan yang berkualitas						
14	kontak langsung dengan perawatan pasien di ruangan lain.						
15	Saya setiap saat harus menghadapi pasien dengan karakteristik yang berbeda						

### 2.2.9 Dampak Beban Kerja

Beban kerja yang dapat menimbulkan stres terbagi menjadi dua (Susanto, 2011) :

#### 1. *Role overload*

*Role overload* terjadi ketika tuntutan-tuntutan melebihi kapasitas dari seorang manajer atau karyawan untuk memenuhi tuntutan tersebut secara memadai.

#### 2. *Role underload*

*Role underload* adalah pekerjaan di mana tuntutan-tuntutan yang dihadapi dibawah kapasitas yang dimiliki seorang karyawan.

## 2.3 Pendokumentasian

### 2.3.1 Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi merupakan bagian integral proses keperawatan, bukan sesuatu yang berbeda dari metode problem solving. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap klien (Nursalam, 2009).

### 2.3.2 Tujuan Utama Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan mempunyai tujuan yang sangat penting dalam bidang keperawatan. Berikut ini, Anda dapat mempelajari beberapa pendapat mengenai tujuan dokumentasi keperawatan.

Menurut (Yustiana, 2016), tujuan dokumentasi keperawatan adalah:

1. Sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan.
2. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban perawat kepada klien.
3. Menjadi sumber informasi terhadap perlindungan individu.
4. Sebagai bukti aplikasi standar praktik keperawatan.
5. Sebagai sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan.
6. Dapat mengurangi biaya informasi terhadap pelayanan kesehatan.
7. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan dalam dokumen keperawatan yang lain sesuai dengan data yang dibutuhkan.
8. Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan. Informasi untuk peserta didik keperawatan.
9. Menjaga kerahasiaan informasi klien.
10. Sebagai sumber data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

### **2.3.3 Prinsip-prinsip Dokumentasi Keperawatan**

Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, brevity (ringkas), dan legality (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu (Nursalam, 2009) :

1. Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
2. Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
3. Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.
4. Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien.

5. Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
6. Catatan harus dibuat secara kronologis.
7. Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
8. Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
9. Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
10. Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar?.

#### **2.3.4 Model Dokumentasi Keperawatan**

(Yustiana, 2016) Ada beberapa model dokumentasi keperawatan yang kerap dibahas dalam literature antara lain :

##### **1. SOR (*SOURCE ORIENTED RECORD*)**

Model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Catatan berorientasi pada sumber yang terdiri dari beberapa komponen :

Lembar penerimaan berisi biodata, catatan dokter, riwayat medik/ penyakit, catatan perawat, catatan dan laporan khusus, formulir grafik, format, pemberian obat, format catatan perawat, riwayat penyakit/ perawatan/ pemeriksaan, perkembangan pasien, format pemeriksaan laboratorium, x-Ray, formulir masuk RS, formulir untuk operasi yang ditandatangani oleh pasien/ keluarga, DLL.

##### **2. POR (*PROBLEM ORIENTED RECORD*)**

Model ini memusatkan data tentang klien didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan

semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien, yang terdiri dari 4 komponen :

a. Data dasar

Data dasar berisi semua informasi yang telah dikaji dari klien ketika pertama kali masuk rumah sakit.

b. Daftar masalah

Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar.

c. Daftar awal rencana asuhan

Rencana awal asuhan di tulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedangkan perawat menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan.

d. Catatan perkembangan

Catatan perkembangan berisi tentang kemajuan dari tiap- tiap masalah yang telah di lakukan tindakan, dan di susun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama.

### 3. **MODEL DOKUMENTASI CBE (*CHARTING BY EXEPTION*)**

Model dokumentasi ini hanya mencatat secara naratif hasil pengkajian yang menyimpang dari data normal atau standar yang ada. Model pendokumentasian seperti ini mengurangi penggunaan waktu yang lama, karena lebih menekankan pada data yang penting saja, mudah untuk mencari data yang penting, pencatatan langsung ketika memberikan asuhan,

pengkajian yang terstandar, meningkatkan komunikasi antara tenaga kesehatan, lebih mudah melacak respons klien dan lebih murah.

Dokumentasi model CBE mengidentifikasi 3 (tiga) komponen penting, yaitu:

- a. Lembar alur (flowsheet).
- b. Pencatatan dilaksanakan berdasarkan standar praktik.
- c. Format dokumentasi diletakkan di tempat tidur klien sehingga dapat segera digunakan untuk pencatatan dan tidak perlu memindahkan data.

#### **4. *PROBLEM INTERVENTION AND EVALUATION (PIE)***

Sistem dokumentasi ini menggunakan pendekatan orientasi-proses dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. Penggunaan format ini sangat tepat digunakan pada pemberian asuhan keperawatan primer. Pada keadaan klien yang akut, perawat primer dapat melaksanakan dan mencatat pengkajian waktu klien masuk dan pengkajian sistem tubuh dan diberi tanda PIE setiap hari.

#### **5. *FOCUS (PROCESS ORIENTED SYSTEM)***

Pencatatan model Focus menggambarkan suatu proses pencatatan yang memfokuskan pada keluhan klien, dokumentasi ini digunakan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan keperawatan. Jika menuliskan catatan perkembangan, gunakan format DAR (Data-Action-Respon) dengan 3 kolom.

Data : Berisi tentang data subjektif dan objektif yang mengandung dokumentasi fokus.



Actin : Merupakan tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian/evaluasi keadaan klien.

Response : Menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan.

6. ***Progres – Oriented Record*** (Catatan berorientasi pada perkembangan kemajuan)

Tiga jenis catatan perkembangan adalah catatan perawat, “*flow sheet*” dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan :

a. Catatan perawatan ( *Nursing Note* )

Catatan perawatan harus di tulis dalam 24 jam meliputi berbagai informasi tentang :

Pengkajian berbagai tenaga keperawatan tentang klien, misalnya : warna kulit pucat atau merah, urine berwarna gelap atau kuning. Tindakan keperawatan yang bersifat mandiri seperti perawatan kulit, pendidikan kesehatan, melakukan kegiatan atas inisistif perawat sendiri. Tindakan keperawatan bersifat pendelegasian misalnya member obat atau tindakan penanganan lain yang di instruksikan oleh dokter. Evaluasi keberhasilan tiap tindakan keperawatan. Tindakan yang di lakukan oleh dokter terapi mempengaruhi tindakan keperawatan. Kunjungan berbagai anggota tim kesehatan, misalnya : konsultasi dokter, pekerja social atau pemuka agama.

b. Lembar alur ( *Flow Sheet* )

“*Flow Sheet*” memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang di lakukan secara berulang yang tidak perlu di tulis

secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda- tanda vital ( tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), berat badan, jumlah masukan dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat.

c. Catatan pemulangan dan ringkasan rujukan ( *Discharge Summary* )

Pada catatan ini terutama dipersiapkan ketika klien akan di pulangkan atau di pindahkan pada tempat perawatan lainnya guna perawatan lanjutan.

### **2.3.5 Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting bisa dilihat dari berbagai aspek (Nursalam, 2009), antara lain:

1. Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (misconduct) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu, data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), diberi tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah

2. Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa

jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.

### 3. Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

### 4. Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai ekonomi, semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan dan didokumentasikan dengan lengkap dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam perhitungan biaya keperawatan bagi klien.

### 5. Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena dokumentasi menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

### 6. Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

## 7. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan tingkat lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu kualitas pelayanan juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

### **2.3.6 Trens dan Perubahan Yang Berdampak Terhadap Dokumentasi**

Terdapat berbagai perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu dalam perkembangan keperawatan. Berikut ini akan diuraikan berbagai perubahan yang terjadi dan berdampak terhadap dokumentasi (Yustiana, 2016):

#### 1. Praktik keperawatan.

Perubahan yang terjadi pada sistem pelayanan kesehatan di Indonesia membawa perubahan terhadap praktik keperawatan profesional yang berdampak terhadap kegiatan pencatatan keperawatan.

#### 2. Lingkup praktik keperawatan.

Lingkup praktik keperawatan yang berdampak terhadap dokumentasi antara lain: persyaratan akreditasi, peraturan pemerintah, perubahan sistem pendidikan keperawatan, meningkatnya masalah klien yang semakin kompleks serta meningkatnya praktik keperawatan mandiri dan kolaborasi yang membawa dampak semakin lengkap dan tajam sebagai manifestasi bukti dasar lingkup wewenang dan pertanggung-jawaban.

3. Data statistic keperawatan

Pendokumentasian yang lengkap dan akurat sangat bermanfaat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, data statistic yang sangat bermanfaat dalam penelitian atau pengembangan pelayanan kesehatan serta penentuan jasa pelayanan.

4. Intensitas pelayanan keperawatan dan kondisi penyakit

Pendokumentasian yang lengkap dan akurat tentang tingkat keparahan penyakit dan tipe atau jumlah intervensi yang di perlukan dapat sebagai dasar pertimbangan pemberian asuhan keperawatan kepada klien dengan kasus yang sama dan perkiraan biaya yang diperlukan.

5. Keterampilan keperawatan

Tren meningkatnya rasional perawat dalam akurasi perumusan masalah dan intervensi keperawatan pada pendekatan proses keperawatan, terutama pada perubahan keadaan klien yang cepat akan sangat bermanfaat dalam pendokumentasian

6. Konsumen

Tren dan perubahan penggunaan pelayanan kesehatan oleh klien berpengaruh terhadap pendokumentasian. Waktu rawat inap yang pendek, biaya yang terjangkau, dan ada perawatan lanjutan di rumah bagi klien yang tidak memerlukan perawatan maksimal merupakan tren perawatan di masa depan.

#### 7. Biaya

Tren perubahan biaya pelayanan berdampak pada pendokumentasian. Pendokumentasian yang baik akan memberikan gambaran tentang pengeluaran biaya yang harus di tanggung oleh klien.

#### 8. Kualitas asuransi dan audit keperawatan

Pendokumentasian juga di pengaruhi oleh prosedur kendali mutu, terutama tentang audit catatan pelayanan kesehatan. Data tentang keadaan kliensebelum masuk rumah sakit, pertanyaan, dan wawancara dengan klien merupakan sumber utama audit data.

#### 9. Akreditasi control

Perubahan tentang standar pelayanan kesehatan yang di susun oleh instansi yang berwenang akan membawa pengaruh terhadap dokumentasi.

#### 10. *Coding* dan klasifikasi

Tren klasifikasi tingkat ketergantungan klien berdampak terhadap pendokumentasian. Pada waktu dulu klasifikasi klien hanya di dasarkan pada diagnose medis, pelayanan klinik, atau tipe pelayanan. Saat ini klien di klasifikasikan berdasarkan DRG (*Diagnosis Related Group*). Sedangkan informasi tentang data kode ( *Coding* ) memberikan gambaran tentang kebutuhan klien dan asuhan keperawatan yang telah di terima harus ada di catatan keperawatan.

#### 11. Prospektif system pembayaran

Tren perubahan dalam system pembayaran berdampak terhadap pendokumentasian. Prospektif pembayaran merujuk pada sisitem pembayaran

terhadap asuhan keperawatan yang di terima oleh semua klien khususnya pada waktu klien masuk rumah sakit

## 12. Resiko intervensi

Ketergantungan terhadap dokumentasi yang komperhensif berarti mengurangi dan mencegah terjadinya factor resiko manajemen atau pengelolaan. Manajemen resiko adalah pengukuran keselamatan klien untuk melindungi klien dan profesi keperawatan melalui aspek legal yang melindungi perawat dari intervensi kelalaian. Manajemen resiko di tekankan pada keadaan klien yang mempunyai resiko terjadinya perlukaan atau kecacatan.

Pendokumentasian yang penting meliputi catatan tentang kejadian, perintah verbal dan non verbal, *informed consent*, dan catatan penolakan klien terhadap intervensi.

### 2.3.7 Faktor- factor Yang Menghambat Dokumentasi

Faktor- factor yang mempengaruhi dokumentasi asuhan keperawatan ada dua, yaitu factor internal dan factor eksternal (Nursalam, 2009).

#### 1. Faktor internal

##### a. Pendidikan keperawatan

Kemajuan ilmu pengetahuan dan tehnologi di segala bidang termasuk di bidang kesehatan, peningkatan status ekonomi masyarakat mengakibatkan masyarakat semakin sadar dan pentingnya hidup sehat dan melahirkan tuntutan akan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sifat pelayanan keperawatan mengalami perubahan dari pelayanan focasional yang berpijak pada penguasaan ilmu pengetahuan keperawatan.proses menuju pembenahan pelayanan keperawatan dan

mengoptimalkan penggunaan proses keperawatan, pengembangan dan penataan pendidikan keperawatan.

Pengembangan pendidikan keperawatan profesional sangat penting dengan landasan yang kokoh sangat perlu memperhatikan wawasan luas diselenggarakan dalam berbagai jenjang dan jenis sesuai kebutuhan masyarakat:

1) Wawasan keilmuan

Ilmu keperawatan sebagai bagian integral kesehatan mencakup ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu keperawatan dasar dan ilmu keperawatan klinik wawasan ilmu keperawatan mempelajari bentuk dan sebab terpengaruhnya kebutuhan dasar.

2) Orientasi pendidikan

Pendidikan keperawatan berorientasi pada pengembangan pengetahuan dan teknologi, misalnya pengembangan sistem dokumentasi komputerisasi. pengalaman belajar di upayakan dengan mengikuti kemajuan ilmu pengetahuan. Pengalaman dan ketrampilan profesional sangat penting melalui pengalaman belajar.

3) Kerangka konsep

Segi pendidikan profesional, pendidikan keperawatan harus dilandasi dengan konsep yang kokoh yang memiliki karakteristik pendidikan akademik- profesional yaitu penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan lebih baik di banding dengan pendidikan menengah.

4) Perubahan sifat pelayanan dari fcasional menjadi profesional



Dalam hal ini terjadi pergeseran orientasi pelayanan keperawatan dari pelayanan yang hanya di dasarkan ketrampilan semata menjadi pelayanan yang didasari ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan. Pengembangan ilmu pengetahuan ini menjamin pelayanan keperawatan demi peningkatan kualitas dan kesejahteraan perawat serta kerjasama dengan profesi lain.

b. Kemampuan dan ketrampilan

Dalam membuat dokumentasi keperawatan memiliki beberapa model kemampuan yang sangat berhubungan dan tidak dapat di pisahkan, model tersebut antara lain kemampuan komunikasi secara tertulis, kemampuan proses keperawatan yaitu kemampuan perawat dalam melakukan pencatatan proses keperawatan seperti kemampuan mendokumentasikan ketika hendak mengkaji, mampu mengidentifikasi masalah dan kebutuhan untuk perawatan dan juga kemampuan standar dokumentasi asuhan keperawatan.

Ketrampilan dan kemampuan sangat berpengaruh dalam kegiatan pendokumentasian yang di dasari pemikiran yang logis. Untuk mencapai dokumentasi yang baik ketrampilan sangat dibutuhkan, ketrampilan dalam dokumentasi sangat bergantung pada lima komponen yaitu :

1) *Novice* ( orang baru )

Keberadaan orang baru lebih mudah untuk mengadakan perubahan dalam ketrampilan dokumentasi keperawatan. Semangat yang di miliki dapat meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan. Motivasi

yang kuat akan berdampak pada penulisan selanjutnya. Pengaruh orang baru cukup kuat dan mampu dalam ketrampilan dan pengetahuan. Pengaruh orang baru cukup kuat dan mampu dalam ketrampilan pendokumentasian di bandingkan dengan orang- orang lama yang sulit dalam peningkatan ketrampilan dokumentasi dan menerima pembaharuan. Sudah sewajarnya kehadiran orang baru mempunyai motivasi untuk lebih maju dalam peningkatan ketrampilan tersebut yang di perlukan.

2) *Advent beginner* ( pemula lanjut )

Pola pikir yang maju, ilmiah dan di landasi semangat keprofesian mudah untuk menunjang ketrampilan dan kemampuan dokumentasi. Akan tetapi sifat- sifat tersebut harus di landasi dengan semangat pembaruan yang kuat. Mengingat perubahan itu bervariasi modelnya, sebagai pemula lanjut perawat sebagai profesi sudah sewajarnya berada di garis depan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

3) *Competent* ( mampu )

Dalam asuhan keperawatan adalah mempunyai kemampuan yang tinggi dalam bidangnya yang di tunjang dalam pengalaman dan teori sehingga daya analisis terhadap perubahan ketrampilan dan sikap dapat di ketahui. Tujuannya ialah agar dapat tercipta sistem dokumentasi yang berkualitas, menjamin tidak akan terjadi hal- hal yang tidak di inginkan dan dapat di pertanggung jawabkan dan dapat di pertanggung gugatkan oleh perawat.

4) *Proticient* ( cakap )

Kemampuan tanpa di ikuti kecakapan akan menjadikan diri terbelakang dari kemajuan termasuk kecakapan dalam dokumentasi

5) *Expert* ( ahli )

Keahlian dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan sangat di perlukan oleh seseorang perawat sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah. Selain itu, keahlian dapat menghindari kesalahan dalam pendokumentasian. Dalam hal ini berarti mampu mendokumentasikan proses keperawatan yang sesuai dengan standar dokumentasi proses keperawatan.

c. Pengalaman

Pengalaman dalam sosialisasi dan pelatihan keperawatan misalnya dalam proses keperawatan, standar praktek adalah suatu proses seumur hidup yang dapat mempengaruhi tindakan keperawatan dalam hal pendokumentasian.

Sosialisasi dan pelatihan tersebut orang- orang dapat menjadi partcipian yang berfungsi dalam institusi kesehatan maupun dalam masyarakat.

Sosialisasi ke praktek perawat profesional adalah suatu proses internalisasi nilai dan norma profesi keperawatan dalam perilaku dan konsep diri perawat itu sendiri dalam bertindak. Dengan pengalaman perawat yang lebih lama membuat perawat lebih trampil dalam bertindak secara profesional.

#### d. Motivasi

Motivasi terhadap kerja adalah sejauh mana kelompok keperawatan atau secara individu menekankan asuhan keperawatan baik untuk individu, keluarga melalui perawat langsung atau melalui advokasi dan di buktikan dalam pendokumentasian. Orang yang mempunyai komitmen dan mempunyai motivasi terhadap pekerjaannya memandang pekerjaan sebagai hal yang lebih dari batu loncatan ke jenis pekerjaan lain atau sebagai pekerjaan sewaktu- waktu tetapi cenderung berkomitmen terhadap pekerjaan mereka untuk sepanjang hidup untuk jangka waktu yang lama.

## **2. Faktor eksternal**

### a. Factor sosial

Selama beberapa decade terakhir, beberapa perubahan pada masyarakat telah berpengaruh pada usaha pelayanan kesehatan, khususnya pada dokumentasi keperawatan. Perubahan tersebut antara lain : peningkatan kesadaran konsumen, peningkatan pada hasil keperawatan dan peningkatan jumlah pasien yang di rawat.

#### 1) Peningkatan kesadaran konsumen

Konsumen memerlukan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi sesuai dengan biaya yang di keluarkan dan tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan cara dan sikap yang efektif serta efisien. Hal ini berpengaruh pada rekam medic dan dokumentasi keperawatan.

#### 2) Peningkatan perhatian pada hasil keperawatan

Dokumentasi di anggap sebagai cara baru dan penting untuk memonitor kualitas pelayanan kesehatan yang di tunjuk dengan hasil perawatan terhadap pasien sebab dokumentasi merupakan salah satu cara yang di gunakan untuk mengevaluasi keperawatan.

### 3) Peningkatan jumlah pasien yang di rawat

Faktor ini yang berhubungan dengan derajat ketergantungan pasien yang di rawat. Hal ini sangat berpengaruh terhadap hasil pendokumentasian. Perawat harus cepat memperoleh data dasar yang berhubungan dan memastikan pengkajian tersebut akurat, kemudian merencanakan dan mendokumentasikan perawatan yang tepat.

#### b. Beban kerja

Beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau hasil yang harus dicapai dalam suatu satuan waktu (Kep. Menpan no.75/2004). Sementara menurut Marquis dan Houston (2010) beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktifitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan, Workload atau beban kerja diartikan sebagai patients days yang merujuk pada jumlah prosedur, pemeriksaan kunjungan (visite) pada klien (Yustiana, 2016).

## **2.4 Model Konsep Keperawatan Menurut Patricia Benner.**

### **2.4.1 Latar Belakang Teori**

Patricia Benner adalah seorang perawat yang sangat berpengalaman di rumah sakit dan pernah bekerja di berbagai macam setting tempat perawatan di rumah sakit. Di samping itu Patricia Benner juga seorang peneliti yang aktif dan

telah mempublikasikan banyak sekali hasil penelitiannya. Oleh karena kinerjanya yang baik dan kontribusinya yang signifikan terhadap pengembangan ilmu keperawatan. Patricia Benner dipercaya sebagai koordinator evaluasi dan pengembangan kualitas asuhan keperawatan di wilayah California. Atas prestasi dan kinerjanya, Patricia Benner mendapat penghargaan dari National Council and State Boards of Nursing pada tahun 2009 atas hasil kerjanya yang menghasilkan instrumen pengukuran terhadap berbagai penyimpangan dalam asuhan keperawatan. Instrumen ini disebut Taxonomy of Error, Root Cause and Practice.

Terkait paradigma dalam teorinya, pemikiran Patricia Benner sangat dipengaruhi oleh salah satu teoritis besar keperawatan, Virginia Henderson, dan dua orang professor di University of California (UC), Hubert Dreyfus dan Stuart Dreyfus. Henderson pada 1989 berpendapat bahwa teori Patricia Benner dapat memberikan perubahan yang signifikan dalam pendidikan keperawatan serta mempersiapkan calon-calon perawat yang profesional, terutama dalam hal pendidikan di klinik dimana diperlukan integrasi antara pengetahuan dan pengalaman pembimbing dan mahasiswa. Sementara itu Dreyfus bersaudara memberikan dasar tentang proses pencapaian skill melalui pengalaman dan 5 tingkatan kompetensi dalam teori Patricia Benner

#### **2.4.2 Paradigma Dasar**

Dalam menyusun teorinya, Patricia Benner terinspirasi oleh fenomena dilapangan bahwa banyak sekali perawat senior dan berpengalaman di rumah sakit yang memiliki pengalaman dan berwawasan luas akan berbagai kondisi klien dan berbagai modalitas terapi (know what), akan tetapi kurang memiliki

pengetahuan yang melatar belakangi berbagai modalitas perawatan tersebut (know how). Demikian pula sebaliknya, para preceptor (pembimbing klinik) mahasiswa yang berpraktik di rumah sakit kurang dapat memberikan bimbingan yang optimal kepada mahasiswanya karena lebih memahami pengetahuan teoritis (know how) tanpa dipadukan dengan pengetahuan klinis yang cukup (know what).

Dari pengamatan terhadap dua fenomena ini, Patricia Benner mengambil sudut pandang bahwasannya teori adalah diturunkan/ dikembangkan dari situasi klinis, dan praktik keperawatan di klinik dilaksanakan berdasarkan teori dan dikembangkan pula oleh teori teori tersebut. Maka pada intinya, sesungguhnya antara pengetahuan yang bersifat teoritik dan pengalaman/ pengetahuan yang diperoleh saling menunjang dan memperkuat satu samalain. Inilah yang menjadi dasar pemikiran bagi Patricia Benner dalam mengembangkan teorinya. Dan penekanan utama sebenarnya adalah pada bagaimana mengembangkan pengalaman perawat di klinik dengan menjadikan pengetahuan teoritis sebagai acuannya. Patricia Benner menjadikan pengalaman klinik sebagai titik tolak karena memang selalu lebih bervariasi dan kompleks dibandingkan apa yang dituliskan dalam teori, akan tetapi tetap sangat bergantung pada teori itu sendiri.

#### **2.4.3 Pengembangan Paradigma Menjadi Teori**

Sebagaimana telah disebutkan di atas, titik tolak teori ini adalah pengembangan keilmuan terhadap pengalaman klinik para perawat. Maka dari itu Patricia Benner melakukan serangkaian pengamatan terkait integrasi antara pengalaman dan pengetahuan. Hal ini dilakukan karena Patricia Benner berkeyakinan bahwa pengembangan kompetensi yang berdasarkan pengalaman

klinik yang mengacu pada proses pendidikan akan memberikan hasil yang lebih cepat dan berkualitas.

Salah satu penelitian yang esensial dalam teori Patricia Benner adalah yang dilakukannya pada tahun 1978-1981. Pada penelitian ini Patricia Benner mengkaji persepsi dan interpretasi suatu fenomena keperawatan yang sama oleh perawat-perawat yang memiliki perbedaan signifikan dalam hal pengalaman, mahasiswa yang baru praktik, dan mahasiswa senior. Melalui penelitian ini Patricia Benner bermaksud mengkaji bagaimana tingkat pengalaman dan pengetahuan dapat mempengaruhi penilaian perawat terhadap fenomena keperawatan. Dari sini Patricia Benner berhasil mengidentifikasi 31 kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat ahli/ expert, yang secara induktif kemudian dituangkanke dalam 7 domain sebagai berikut:

1. The helping role/ peran sebagai pemberi pertolongan
2. The teaching-coaching function/ fungsi pemberi edukasi dan pemberi pelatihan
3. The diagnostic and patient monitoring function/ fungsi sebagai pembuat diagnosa (keperawatan) dan monitoring pasien
4. Effective management of rapidly changing situation/ kemampuan mengatasi situasi yang berubah secara cepat dan mendadak
5. Administering and monitoring therapeutic interventions and regimens/ memberikan intervensi dan monitoring respon pasien terhadap intervensi tersebut
6. Monitoring and ensuring the quality of health care practices/ memonitor dan memastikan kualitas pelayanan kesehatan



7. Organizational work role competencies/ kemampuan untuk bekerjadan berperan dalam organisasi dan tim

Banner mengembangkan lagi ruang lingkup penelitiannya pada tahun 1984-1990, dan kali ini lebih memfokuskan penelitiannya pada kompetensi perawat di critical care. Tujuan dari penelitiannya kali ini adalah:

1. Mengidentifikasi seberapa besar pengaruh pemahaman teoritis terhadap praktik
2. Mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh dalam pencapaian skill dan kompetensi perawat
3. Mengidentifikasi faktor faktor penghambat yang bersifat institusional terhadap pengembangan kompetensi perawat
4. Mengidentifikasi strategi strategi yang dapat dilakukan untuk mengembangkan kompetensi perawat.

Dari penelitian ini Patricia Benner menyimpulkan bahwa pembelajaran yang berkelanjutan dari pengalaman klinik merupakan faktor utama dari pengembangan kemampuan perawat.

Melalui keterlibatan perawat dalam setiap aspek perawatan pasien, termasuk dalam pengambilan keputusan klinik maupun etik. Penelitian ini kemudian dikembangkan lagi pada tahun 1996-1997 yang menghasilkan 9 domain yang harus dikuasai oleh seorang perawat critical care, dan 6 aspek penilaian klinis (Clinical judgment) yang harus dimiliki oleh perawat. Dari sekian banyak penelitian yang telah dilakukannya tersebut, Patricia Benner mencoba mendefinisikan kembali ke lima level kompetensi perawat yang disusun oleh Dreyfus besaudara sebagai berikut:

1. Novice/ pemula

Adalah perawat yang belum memiliki latar belakang pengalaman klinik. Level ini paling cocok disematkan kepada mahasiswa keperawatan yang akan memasuki dunia klinik, akan tetapi Patricia Benner menambahkan perawat senior yang masuk ke lingkungan/setting yang sama sekali baru juga dapat di kategorikan ke dalam level ini. Perawat pada level pemula perlu untuk selalu diarahkan dan diberi petunjuk yang jelas (tidak kontekstual, akan tetapi dapat langsung diinterpretasi secara tekstual).

2. Advanced Beginner/ pemula tingkat lanjut

Pada level ini perawat telah memiliki pengalaman klinik dan mampu menangkap makna dari aspek-aspek dalam suatu situasi keperawatan. Pada tahap ini perawat masih memerlukan bimbingan dan arahan secara berlanjut karena belum mampu memandang situasi secara luas. Perawat masih merasa bahwa situasi klinik dan berbagai kasus pasien adalah sebuah tantangan yang harus dilalui, dan belum memandang dari sisi kebutuhan pasien. Meskipun demikian mereka masih sangat membutuhkan bantuan dari senior. Level ini paling sesuai untuk fresh graduate ners.

3. Competent/ kompeten/ mampu

Pada level ini perawat telah mampu memilah dan memilih aspek manadari suatu situasi keperawatan yang benar benar penting dan kurang perlu dipertimbangkan lebih lanjut. Kriteria utama dari level ini adalah perawat harus mampu membuat perencanaan dan memprediksikan hal hal apa yang mungkin terjadi selanjutnya. Keterbatasan dari level ini adalah perawat masih

memandang suatu situasi pasien secara parsial sehingga tindakannya pun kurang dapat menyentuh setiap dimensi pasien sebagai individu yang holistik.

#### 4. Proficient/ cakap/ terampil/ handal

Pada level ini perawat dapat memandang situasi secara holistik, tidak hanya per aspek dari situasi tersebut. Perawat mampu bertindak bagi pasien tanpa terlebih dahulu melalui tahapan penetapan tujuan dan penyusunan rencana tindakan. Pada level ini juga perawat telah lebih banyak berinteraksi dengan pasien dan keluarganya.

#### 5. Expert/ ahli/ pakar

Pada level ini perawat telah dapat menentukan inti masalah yang dialami oleh pasien dan segera mengetahui intervensi apa yang paling tepat diberikan tanpa harus melalui serangkaian tahap berpikir analitis. Secara intuitif perawat expert dapat menentukan masalah dan tindakan tanpa dibingungkan dengan berbagai alternatif. Pengalaman dan pengetahuan yang bersinergi dengan baik telah membentuk naluri dan intuisinya sehingga dapat memandang pasien secara keseluruhan dalam waktu yang singkat.

Ke tujuh domain dan ke lima level kompetensi perawat inilah yang kemudian menjadi acuan para praktisi keperawatan dalam menerapkanteori *from novice to expert* Patricia Benner



Gambar 2.4 diagram teori Patricia Benner

## 2.5 Hubungan Antar Konsep

Hubungan beban kerja kuantitatif dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di sebabakan oleh faktor yang mempengaruhi kedua variabel, Faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi asuhan keperawatan ada dua, yaitu faktor interna dan faktor eksternal. Faktor internal antara lain : pendidikan, kemampuan dan ketrampilan, pengalaman, motivasi, faktor eksternal antar lain : faktor sosial, beban kerja.

Menurut Gillies (1994) menyatakan bahwa dalam melakukan perhitungan tenaga dalam keperawatan, seorang manajer keperawatan perlu memperhatikan komponen seperti jumlah pasien yang di rawat, jenis perawatan yang di butuhkan, diagnose medis dan tingkat akuitas pasien yang di rawat, rata-rata hari rawat untuk setiap jenis perawatan pasien, penghitungan perawatan langsung dan tak langsung yang akan di berikan kepada masing-masing jenis perawatan pasien, kekerapan setiap tindakan yang akan di berikan, rata-rata waktu yang di butuhkan untuk melakukan tindakan langsung maupun tidak langsung.

Mengukur Beban Kerja Perawat Untuk mengukur beban kerja dikembangkan berdasarkan sistem klasifikasi klien, (Gillies, 1994). Perhitungan ini menghasilkan perhitungan beban kerja yang lebih akurat karena dalam sistem klasifikasi klien dikelompokkan sesuai tingkat ketergantungan klien atau sesuai waktu, tingkat kesulitan serta kemampuan yang diperlukan untuk memberikan perawatan.

Menurut Patricia Benner ( ) mencoba mendefinisikan kembali ke lima level kompetensi perawat yang disusun oleh Dreyfus bersaudara sebagai berikut:  
Novice/pemula ( adalah perawat yang belum memiliki latar belakang pengalaman

klinik, Advance Beginner/ pemula tingkat lanjut (pada level ini perawat telah memiliki pengalaman klinik dan mampu menangkap aspek-aspek dalam suatu situasi keperawatan, Competent/ mampu (pada level ini perawat telah mampu memilah dan memilih aspek mana dari suatu keperawatan yang benar-benar penting dan kurang perlu dipertimbangkan lebih lanjut), Proficient/ Terampil (pada level ini perawat dapat memandang situasi secara holistic, tidak hanya per aspek dari situasi tersebut), Expert/ ahli (pada level ini perawat telah dapat menentukan inti masalah yang dialami oleh pasien dan segera mengetahui intervensi apa yang paling tepat diberikan tanpa harus melalui serangkaian tahap pikir analitis.

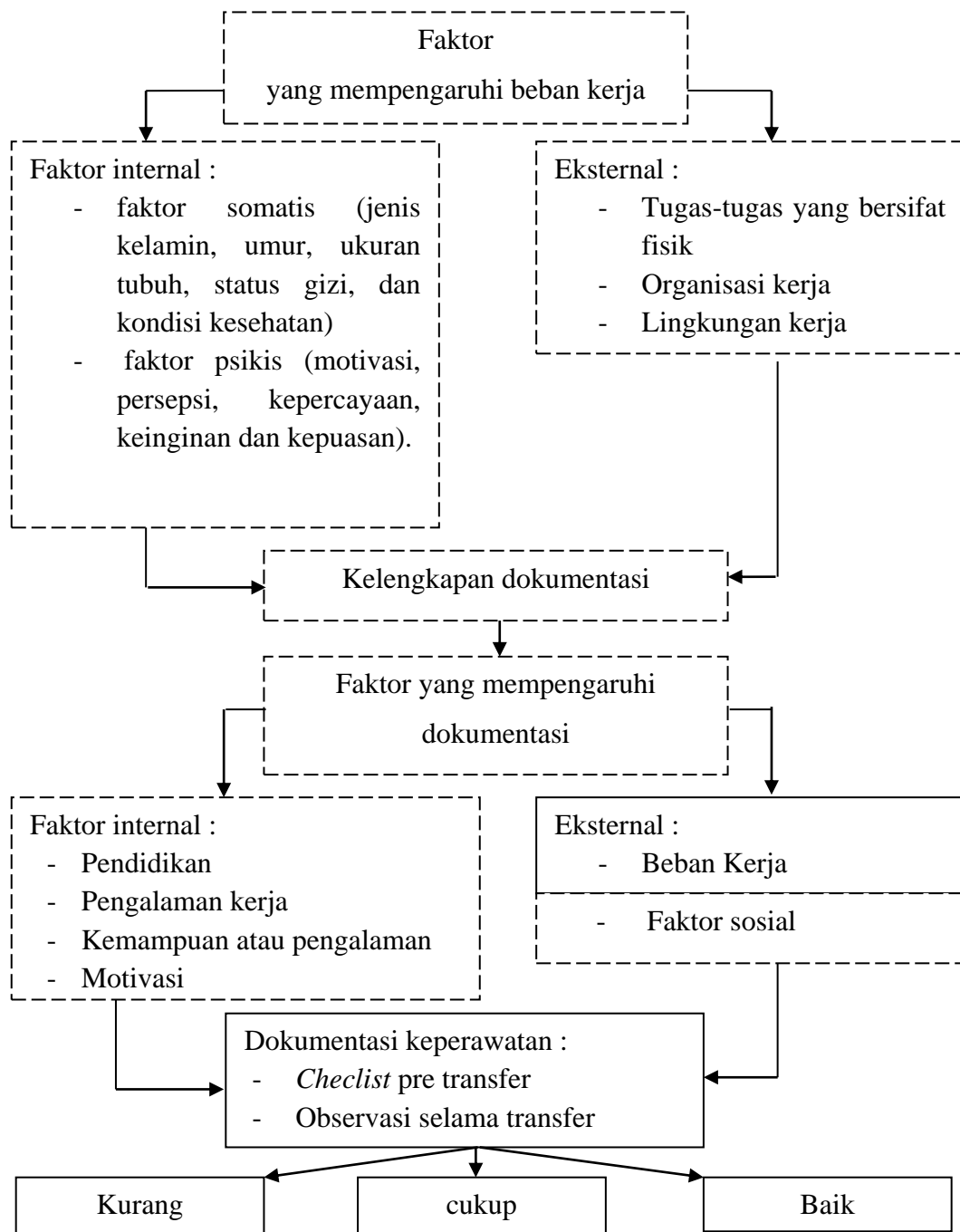
Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting bisa dilihat dari berbagai aspek (Nursalam, 2009), antara lain. Hukum, Kualitas Pelayanan, Komunikasi, Keuangan, Pendidikan, Penelitian, akreditasi.

## BAB 3

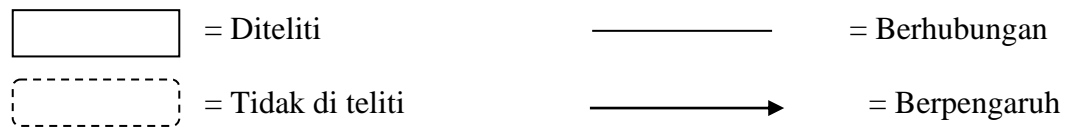
### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

Dalam bab ini akan di bahas tentang kerangka konsep hubungan antara beban kerja kuantitatif staf *ambulance* dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

#### 3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :



Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan antara beban kerja kuantitatif staf *ambulance* dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

### 3.2 Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah yang di lakukan dengan kajian teoritis dan kerangka konseptual sehingga hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ada hubungan antara beban kerja kuantitatif staf *ambulance* dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

## BAB 4

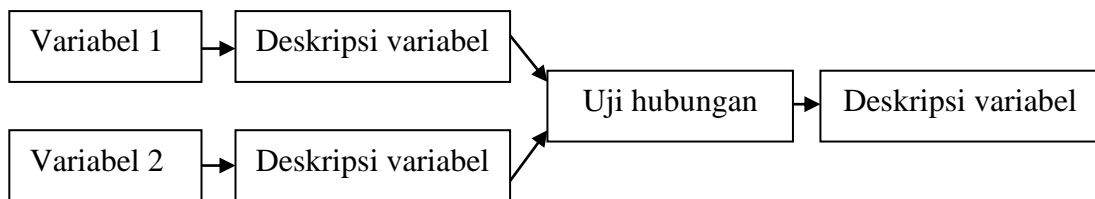
### METODE PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan menjelaskan mengenai: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sample, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data, dan 8) Etika Penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan memaksimalkan suatu control beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil. Disain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahapan keputusan yang di buat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa di terapkan (Nursalam, 2015)

Disain penelitian yang di gunakan pada penelitian ini adalah observasional dengan pendekatan *cross sectional* yaitu untuk mengetahui variable bebas dan tergantung dan dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut.



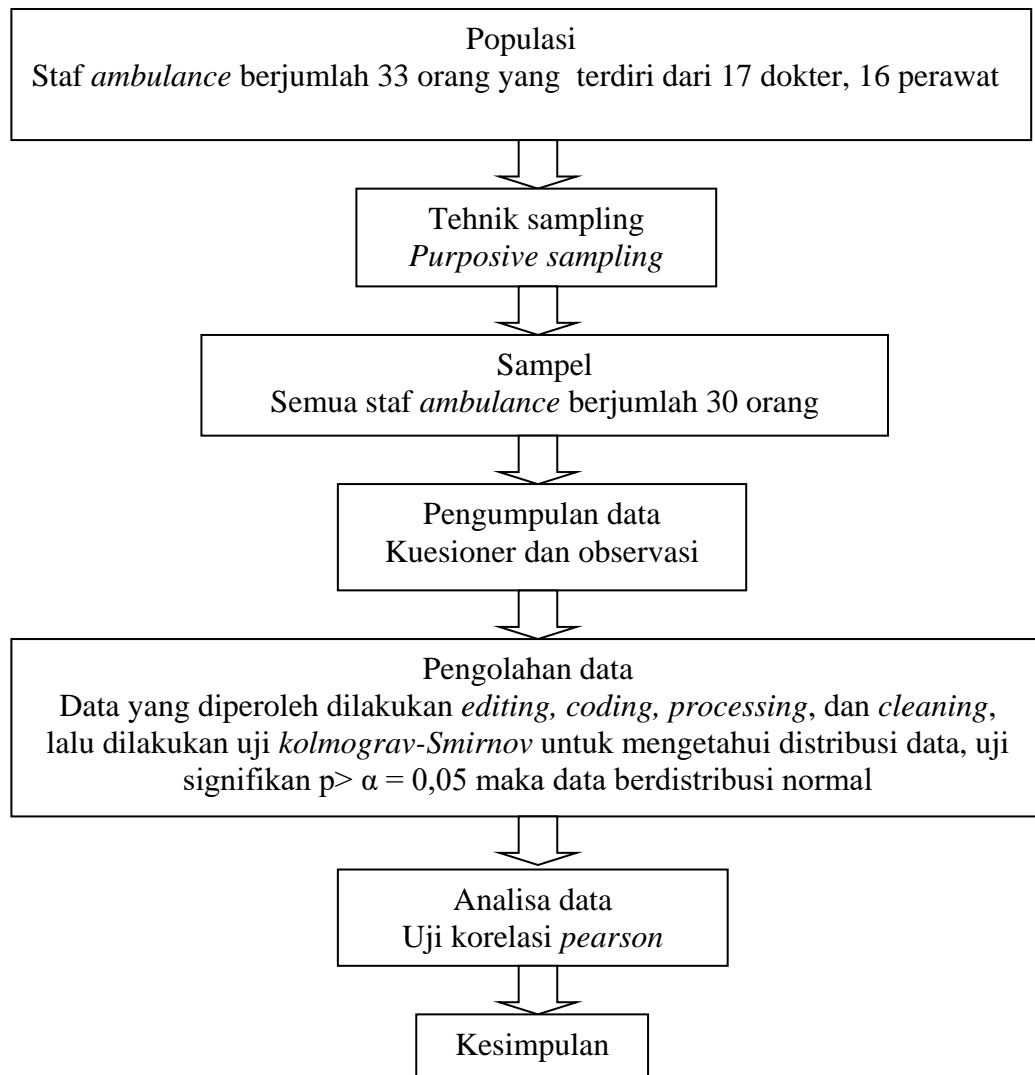
Gambar 4.1 Desain penelitian observasional dengan pendekatan *Analitik korelasi*



## 4.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja ini merupakan bagan kerja rancangan kegiatan penelitian yang akan di lakukan. Kerangka kerja meliputi populasi, sample, dan teknik sample penelitian teknis pengumpulan data dan analisis data (Hidayat, 2007).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambaran 4.2 : Kerangka kerja penelitian hubungan antara beban kerja kuantitatif staf ambulance dengan kelengkapan dokumentasi checklist pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

### **4.3 Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian di laksanakan pada tanggal 1 Oktober – 31 Desember 2018 di Rumah Sakit Premier Surabaya.

### **4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain**

#### **4.4.1 Populasi Penelitian**

Populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien ) yang memenuhi criteria yang telah di tetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah semua staf yang bekerja di bagian *ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya yang berjumlah 33 orang.

#### **4.4.2 Sample Penelitian**

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan Sebagai subyek penelitian melalui sampling ( Nursalam, 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah semua staf *ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya, kriteria penelitian ini adalah.

1. Kriteria inklusi
  - a. Semua staf *ambulance* yang berada di Rumah Sakit Premier Surabaya.
2. Kriteria Eksklusi
  - a. Perawat yang sedang cuti atau tidak di tempat
  - b. Dokter yang sedang cuti atau tidak di tempat
  - c. Tidak bersedia menjadi responden

#### **4.4.3 Besar Sampel**

Berdasarkan perhitungan besar sampel menggunakan rumus :

Rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n : besarnya sampel

N : besarnya populasi

d : tingkat kesalahan yang di pilih ( d= 0,05 )

Jadi besarnya sampel adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{33}{1 + 33 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{33}{1,08}$$

$$n = 30,4, \text{ di bulatkan menjadi } 31$$

Jadi sampel yang di gunakan dalam penelitian ini minimal sebanyak 30 orang.

#### 4.4.4 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Tehnik sampling merupakan cara- cara yang di tempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar- benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian ( Nursalam, 2015). Tehnik sampling dalam penelitian ini yaitu *nonprobability sampling* dengan menggunakan *purposive sampling*. Pemilihan sampel dengan *purposive sampling* adalah suatu tehnik penetapan sanpel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan

yang di kehendaki peneliti ( tujuan/ masalah dalam penelitian ), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah di kenal sebelumnya.

#### **4.5 Identifikasi Variabel**

Variabel merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk mengukur dan atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2015)

##### **1. Variabel Bebas (*independent* )**

Variabel *independent* merupakan suatu variabel penelitian yang tidak memiliki ketergantungan kepada variabel penelitian yang lainnya ( Budiman, 2011 ). Variabel ini biasanya diamati, diukur, untuk diketahui hubungannya dengan variabel lain (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah Beban kerja : merupakan kondisi kerja dan uraian tugasnya yang dalam waktu tertentu mesti terselesaikan (Munandar, 2005).

##### **2. Variabel terkait (*dependen* )**

variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respons akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel- variabel lain.( Nursalam, 2015 ). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya

#### **4.6 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati ketika melakukan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang

jasas ( hidayat, 2007 ). Perumusan definisi operasional pada penelitian ini diuraikan dalam table sebagai berikut :

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Beban kerja Kuantitatif	Tingkat beban kerja staf <i>ambulance</i> di Rumah Sakit Premier Surabaya	Melakukan observasi klien secara ketat selama di <i>ambulance</i> , Banyaknya pekerjaan yang harus di lakukan demi keselamatan pasien, Beragam jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan klien, dll.	Lembar kuesioner	Skala ordinal	- Ringan : 46-60 - Sedang : 31-45 - Berat : 15-30
Kelengkapan dokumentasi <i>checklist</i> pre transfer	Kelengkapan pengisian formulir <i>checklist</i> pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya	Observasi formulir <i>checklist</i> pre transfer yang di isi oleh masing- masing staf <i>ambulance</i> periode 1 Oktober - 31 Desember 2018 dengan penelitian sampel secara random sampling, menggunakan <i>checklist</i> item pengisian yang di nilai : 1. <i>checklist</i> pre transfer 2. observasi	Rekam Medis	Skala Ordinal	- Kategori kurang 0 - 8 - Kategori cukup 9 - 16

		selama transfer			- Kategori baik 17-25
--	--	-----------------	--	--	--------------------------

## 4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

### 4.7.1 Pengumpulan Data

#### 1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau cara yang di perlukan untuk pengumpulan data yang baik sehingga data yang di kumpulkan merupakan data yang valid, andal ( *reliable*), dan actual. Instrument yang di gunakan pada penelitian adalah lembar kuesioner dan observasi. Lembar kuesioner berisi tentang data- data karakteristik responden: beban kerja yang di sajikan dalam dalam bentuk pertanyaan tertutup. Observasi dengan menggunakan *checklist* pengisian yang di nilai yaitu : *checklist* pre transfer.

#### a. Kuisisioner

Instrument yang di gunakan untuk mengetahui beban kerja dengan menggunakan kuisisioner yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan cara member

tanda centang pada kolom yang di sediakan dengan menilai sebagai berikut :  
4 = tidak menjadi beban kerja, 3 = beban kerja ringan, 2 = beban kerja sedang, 1 = beban kerja berat, yang dengan hasil bila, beban kerja ringan : 46-60, beban kerja sedang : 31-45, beban kerja berat : 15-30.

b. Observasi kelengkapan *checklist* pre transfer.

Untuk mendapatkan data kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer instrument yang digunakan peneliti dengan melakukan observasi kelengkapan dokumen *checklist* pre transfer yang terdiri dari 2 item penilaian *checklist* dengan memberikan tanda (1) bila di isi dan member tanda (0) bila tidak di isi. Cara melakukan observasi dengan cara mengambil format *checklist* pre transfer yang telah di isi oleh staf dan masing masing staf di ambil 1 rekam medis secara acak, jadi pengambilan rekam medis di ambil sebanyak 33 rekam medis yang di lakukan observasi, kemudian hasil observasi di hitung yang di isi lengkap berapa item dan yang tidak berapa item. Kategori kelengkapan dokumentasi format *checklist* pre transfer adalah sebagai berikut: kelengkapan dokumentasi jumlah 1- 15 tidak lengkap, jumlah 16-25 Lengkap

2. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan surat izin dan persetujuan dari bagian akademik program studi S1 keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah di setuju oleh ketua Stikes Hang Tuah Surabaya, kemudian surat izin di serahkan keDirektur Rumah Sakit Premier Surabaya untuk mendapatkan perizinan melakukan pengambilan data *checklist* pre transfer *ambulance*. Langkah awal penelitian, pendekatan kepada responden untuk

mendapatkan persetujuan untuk di jadikan objek penelitian dan sebagai responden.

Data dikumpulkan dengan melakukan pembagian observasi terhadap 33 staf pelaksana *Ambulance* di Rumah Sakit Premier Surabaya. Di dalam observasi berisi daftar *checklist* yang menyangkut beberapa variabel bebas yaitu beban kerja dengan variabel terikat yaitu kelengkapan dokumentasi *Checklist* pre transfer. Sebelum penelitian di lakukan peneliti mengajukan permohonan izin kepada departemen *Quality Manajemen Representatif* dan Manajer Keperawatan Rumah Sakit Premier Surabaya.

#### **4.7.2 Pengolahan dan Analisa Data**

##### **1. Pengolahan Data**

Data di kumpulkan dengan menggunakan kuesioner untuk demografi responden yang berisikan pernyataan tentang : beban kerja dan observasi dengan menggunakan *checklist* kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer. Variabel data yang terkumpul dengan metode pengumpulan data secara kuesioner dan observasi yang telah di kumpulkan kemudian di olah dengan tahap sebagai berikut:

##### **a. Memeriksa data (*editing*)**

Daftar pertanyaan yang telah di isi kemudian di periksa yaitu dengan memeriksa kelengkapan jawaban..

##### **b. Member tanda kode (*coding*)**

Hasil jawaban yang telah diperoleh diklasifikasikan ke dalam kategori yang telah di tentukan dengan cara member tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing variabel. Pemberian kode dilakukan pada data demografi. Hasil



observasi kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer tidak dikode tapi langsung di masukkan dalam lembar observasi untuk memudahkan pengolahan data dan analisa.

c. Pengolahan Data (*processing*)

Pengolahan data pada dasarnya merupakan proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang di perlukan.

d. *Cleaning*

Data di teliti kembali agar pada penlaksanaan analisa data bebas dari kesalahan.

2. Analisa Statistik

a. Analisa Univariat

Peneliti melakukan analisa univariat untuk menggambarkan data demografi yang di teliti secara terpisah dengan membuat tabel frekuensi dari masing-masing variabel.

b. Analisa Bivariat

Uji normalitas data digunakan untuk mengetahui distribusi data dalam variabel yang akan digunakan dalam penelitian yaitu dengan menggunakan korelasi *Spearman Rank ( Rho )*. Uji ini digunakan untuk mengukur tingkat atau eratnya hubungan antara dua Variabel yang berskala ordinal, caranya adalah sebagai berikut :

1. Membuat hipotesis
2. Membuat table penolong untuk menghitung ranking
3. Menentukan r, hitung dengan rumus

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan :

$r_s$  = nilai korelasi *Spearman Rank*

$d^2$  = selisih setiap pasangan *Rank*

$n$  = jumlah pasangan *Rank* untuk *Spearman* ( $5 < n < 30$ )

4. Menentukan nilai  $r_s$  tabel *Spearman*
5. Menentukan  $Z$  hitung dengan rumus :

$$Z_{\text{hitung}} = \frac{r_s}{1 / \sqrt{n - 1}}$$

6. Membuat kesimpulan

Apabila  $Z_{\text{hitung}} > Z_{\text{tabel}}$ , maka  $H_0$  ditolak artinya ada perbedaan yang signifikan. Apabila  $Z_{\text{hitung}} < Z_{\text{tabel}}$ , maka  $H_0$  diterima artinya tidak ada perbedaan yang signifikan.

Taraf signifikan 5% harga  $Z_{\text{tabel}} : Z_{0,475} = 1,96$

#### 4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat surat rekomendasi dari Stikes Hng Tuah Surabaya dan izin dari Biro Penelitian dan Pengembangan Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Penelitian di mulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan di edarkan sebelum penelitian di laksanakan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian, serta dampak yang akan terjadi selama dalam pengumpulan data. Responden yang bersedia diteliti harus

menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika tidak peneliti harus menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa Nama ( *Anonimity* )

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang di isi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

Lembar tersebut akan diberi kode tertentu

3. Kerahasiaan ( *Confidentiality* )

Kerahasiaan informasi yang telah di kumpulkan dari subyek di jamin kerahasiaannya. Kelompok data tertentu saja yang hanya akan di sajikan atau di laporkan pada hasil riset.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini dipaparkan hubungan mengenai hasil penelitian dan pembahasan yang didapatkan dari telusur rekam medis selama 3 (lima) bulan terakhir. Penyajian data terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, data umum (karakteristik responden), dan data khusus (variabel penelitian). Gambaran umum lokasi penelitian menampilkan deskripsi RS Premier Surabaya sebagai lokasi pengambilan data. Data umum menampilkan karakteristik responden yang terdiri dari umur, lama kerja, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, beban kerja dan kelengkapan dokumentasi. Hasil penelitian yang didapatkan kemudian dibahas dengan mengacu pada tujuan, landasan teori pada bab 2, dan jurnal penelitian.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Premier Surabaya yang di mulai pada tanggal 1 Oktober -31 desember 2018. Penelitian berlokasi di IGD Rumah Sakit Premier Surabaya, di bagian *ambulance*, subyek dalam penelitian ini adalah staf *ambulance* dan dokter umum yang terlibat di bagian unit *ambulance* dan sudah mendapatkan pelatihan melakukan pengisian format *checklist* pre transfer.

#### 1. Data umum Rumah Sakit Premier Surabaya

Rumah Sakit Premier Surabaya merupakan bagian dari *Ramsay Sime Darby Health Care Group* yang beroperasi sejak bulan Maret 1998, berada di daerah Nginden Intan Barat Blok B Surabaya.

Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya: Dr. Hartono Tanto, M.Kes,

Direktur Keperawatan: Janny Prihastuti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Data umum Rumah Sakit Premier Surabaya berdasarkan batas wilayah:

Batas Utara : Jalan Nginden Gang VI

Batas Barat : Kampung Nginden Jangkungan

Batas Timur : Jalan Nginden Intan Timur

Batas Selatan : Perumahan Taman Intan

## 2. Data Umum Ruang Rumah Sakit Premier Surabaya

### a. Batas atau letak ruangan yang ada di Rumah Sakit Premier Surabaya

#### 1) Lantai 1

Lantai 1 terdiri dari Ruang IGD, Ruang OPD 1, Ruang Hemodialisa, Ruang Stroke Unit (SU), Klinik Nyeri, Ruang Medikal, Ruang *Paediatric Surgical*, Farmasi, Radiologi, Ruang F&B, Ruang Rehab Medik, Cafeteria, Ruang *Admission* dan *Discharge*, Ruang Jenazah (*Mortuary*), *Laundry*, Kantor *Biomedical* dan *Enggining*, Mushola, dan tempat ibadah.

#### 2) Lantai 2

Lantai 2 terdiri dari Ruang OPD 2, Ruang ICU/ ICCU, Ruang, HCU, Ruang NICU, Ruang CAU, Ruang Endoscopy, Ruang *Operating Teather* (OT) dan CSSD, Ruang Pathology, Ruang *Medical Record*, Ruang *Medical Check Up* (MCU), Ruang Kemoterapi, Ruang General, Ruang Obgyn.

#### 3) Lantai 3

Lantai 3 terdiri dari *office*, HRD, *Quality Medical Record* (QMR).

### 3. Gambaran Umum *Ambulance* dan Ruang Instalasi Gawat Darurat

*Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya bergabung dengan Instalasi Gawat Darurat, *ambulance* terdiri dari 2 unit. Ruang Instalasi Gawat Darurat terdiri dari 12 tempat tidur, 6 tempat tidur untuk observasi, 2 tempat tidur untuk resusitasi, 1 tempat tidur untuk ruang isolasi, 1 tempat tidur untuk ruang triase, 1 tempat tidur untuk ruang tindakan operasi kecil, 1 tempat tidur untuk ruang PONEK. Kepala ruangan dipimpin Instalasi Gawat Darurat dan *ambulance* oleh Siti Nurhayati S.Kep., Ns, dengan jumlah perawat sebanyak 16 orang, jumlah dokter sebanyak 17 orang, *driver ambulance* sebanyak 5 orang, dan *Nurse Aid* sebanyak 1 orang. Batas letak ruang IGD, Batas Utara: Ruang Farmasi, Batas Barat: Taman Ruang Medical, Batas Timur: Ruang Radiologi, dan Batas Selatan: Tempat Parkir IGD.

Alur permintaan *ambulance*, apabila ada telephone untuk permintaan *ambulance*, staf *ambulance* akan menanyakan kondisi pasien secara umum, alamat, nomor telephone yang bisa di hubungi, memberikan solusi untuk masalah pasien saat ini selama menunggu *ambulance*, memastikan semua alat yang di butuhkan di *ambulance* sudah ada semua, saat berangkat staf *ambulance* menghubungi nomor telephone yang diberikan oleh keluarga pasien dan menanyakan kembali tentang kondisi umum pasien, saat sampai di tempat tujuan, staf *ambulance* melakukan pengecekan kesadaran, Tanda-tanda vital dan melakukan tindakan medis yang di butuhkan oleh pasien, bila pasien sudah dalam kondisi stabil pasien di masukkan ke *ambulance* dan di bawa ke Rumah Sakit yang dituju, sedangkan untuk personnel *ambulance* sendiri terdiri dari 16 perawat, 17 dokter, 5 sopir *ambulance*. Klasifikasi untuk staf *ambulance*, staf perawat dan

dokter yang sudah pernah ikut pelatihan PPGD, BTCLS dan ACLS, sedangkan untuk sopir *ambulance* harus memiliki SIM, tahu rute-rute jalan dan jalan alternatif, untuk setiap shiftnya terdiri dari 1 perawat, 1 dokter dan 1 sopir *ambulance*, namun dalam prakteknya setiap ada permintaan *ambulance* sering kali tidak ada dokter pendamping di karenakan terbatasnya jumlah dokter.

#### 4. Visi dan Misi Rumah Sakit Premier Surabaya

Visi Rumah Sakit Premier Surabaya yaitu “Menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan terkemuka di Asia dengan memberikan layanan yang berkualitas dan berkesinambungan kepada seluruh *stakeholder*”. Misi Rumah Sakit Premier Surabaya yaitu:

- a) Memberikan pelayanan kesehatan yang unggul dan paripurna, berdasarkan komitmen untuk meningkatkan kualitas secara berkesinambungan. Komitmen ini akan diwujudkan melalui pengembangan profesionalisme dan pendidikan yang berkelanjutan, dan mengacu kepada kualitas yang berstandar Nasional maupun Internasional di semua tingkat organisasi.
- b) Memberikan pelayanan kesehatan di dalam lingkungan yang ramah, disertai dukungan yang kuat dari pelanggan internal maupun eksternal.
- c) Menjaga pertumbuhan yang berkelanjutan dan kesuksesan di bidang finansial yang sangat ditentukan oleh konsistensi dalam hal nilai – nilai kerjasama dengan *partner* kerja.

Falsafah :

*People caring for people*

Rumah Sakit Premier Surabaya memberikan kepada pelanggan sesuai dengan nilai-nilai yang diinginkan oleh pelanggan sebagai berikut :

Handal : Melayani dengan sumber daya manusia terlatih dan terampil dengan fasilitas yang dapat di andalkan.

Cepat : Memberikan pelayanan dengan sesegera mungkin

Tepat : Memberikan pelayanan yang benar sesuai dengan kebutuhan pasien.

Ramah : Memberikan pelayanan dengan senyuman dan salam dengan bersahabat

Proaktif : Memberikan pelayanan dengan tanggap dan penuh inisiatif dengan kepedulian yang tinggi

Konsisten : Melayani sesuai dengan standar pelayanan yang Berkesinambungan.

### **5.1.2 Gambaran Umum Staf Ambulance**

Subyek dalam penelitian ini adalah staf *ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya sebanyak 30 orang, yang terdiri dari 15 perawat dan 15 dokter. Data demografi di peroleh dari medical record pasien yang menggunakan jasa *ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya.

### **5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian**

Data umum hasil peneitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi umur, lama kerja, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan.



### 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Umur	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
25 – 30	22	73,3
31 – 35	3	10,0
36 – 40	1	3,3
41 – 45	4	13,4
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan Umur Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya 25 – 30 tahun sebanyak 22 responden (73,3%), 41 – 45 tahun sebanyak 4 responden (13,4%), 31 - 35 tahun sebanyak 3 responden (10,0%), dan 36 – 40 tahun sebanyak 1 responden (3,3%).

### 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Lama Kerja	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1 – 5 Tahun	17	56,7
6 – 10 Tahun	8	26,7
11 – 15 Tahun	2	6,6
> 15 Tahun	3	10,0
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan Lama Kerja Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya 1 - 5 tahun sebanyak 17 responden (56,7%), 6 - 10 tahun sebanyak 8 responden (26,7%), > 15 tahun sebanyak 3 responden (10,0%), dan 11 – 15 tahun sebanyak 2 responden (6,6%).

### 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Laki – laki	19	63,3
Perempuan	11	36,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan Jenis Kelamin Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya Laki – laki sebanyak 19 responden (63,3%) dan perempuan sebanyak 11 responden (36,7%).

#### 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Pendidikan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
D3	11	36,7
S1	19	63,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan Pendidikan Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya S1 sebanyak 19 responden (63,3%) dan D3 sebanyak 11 responden (36,7%).

#### 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Pelatihan

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Pelatihan Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Jumlah Pelatihan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1-2 kali	1	3,3
3-4 kali	22	73,3
> 4 kali	7	23,4
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan Jumlah Pelatihan Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya, 3-4 kali sebanyak 22 responden (73,3%), > 4 kali sebanyak 7 responden (23,4%) dan 1-2 kali sebanyak 1 responden (3,3%).

#### 5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

##### 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Beban Kerja Kuantitatif	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Ringan	1	3,3
Sedang	22	73,3
Berat	7	23,4
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan Beban Kerja kuantitatif Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya, beban kerja sedang sebanyak 22 responden (73,3%), beban kerja berat sebanyak 7 responden (23,4%) dan beban kerja ringan sebanyak 1 responden (3,3%).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya

Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Kelengkapan Dokumentasi <i>Checklist</i> Pre Transfer	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Kategori Kurang	12	40,0
Kategori Cukup	14	46,7
Kategori Baik	4	13,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya, cukup sebanyak 14 responden (46,7%), kurang sebanyak 12 responden (40,0%) dan baik sebanyak 4 responden (13,3%).

3. Hubungan Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

Tabel 5.8 Hubungan Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya (n=30).

Beban kerja kuantitatif	Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Treansfer						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		N	%
	F	%	F	%	F	%		
Ringan	0	0	0	0	1	3,3	1	3,3
Sedang	6	20	13	43,4	3	10,0	22	73,4
Berat	6	20	1	3,3	0	0	7	23,3
Total	12	40	14	46,7	4	13,3	30	100
Nilai uji statistic Spermen's rho 0,002 (p=0,05)								

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya, dapat di ketahui beban kerja kuantitatif ringan sebesar 1 responden, dengan kelengkapan dokumentasi kategori kurang: 0 responden (0%), kelengkapan dokumentasi kategori cukup: 0 responden (0%) dan kelengkapan dokumentasi dengan kategori baik : 1 responden (3,3). Beban kerja kuantitatif sedang sebesar 22 responden, dengan kelengkapan dokumntasi kategori kurang: 6 responden (20%), kelengkapan dokumentasi kategori cukup: 13 responden (43,4%) dan kelengkapan dokumentasi kategori baik: 3 responden (10%). Beban kerja kuantitatif berat sebesar 7 responden, dengan kelengkapan dokumentasi kategori kurang: 6 responden (20%), kelengkapan dokumentasi kategori cukup: 1 responden (3,3) dan kelengkapan dokumentasi kategori baik: 0 responden (0%).

Berdasarkan uji korelasi *Spearman Rank (Rho)* menunjukkan nilai p value =  $0,002 < \alpha = 0,05$  artinya secara statistic ada hubungan yang bermakna antara beban kerja kuantitatif dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer. Nilai *Corelation Coeficient* = - 0,553 artinya hubungan kedua variabel cukup.

Yang artinya semakin tinggi beban kerja kuantitatif maka akan berdampak semakin rendah kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer.

## **5.2 Pembahasan**

Penelitian ini di rancang untuk mengetahui beban kerja kuantitatif staf *ambulance*, kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer dan membahas hubungan antara beban kerja kualitatif staf *ambulance* dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya, maka akan dibahas hal-hal sebagai berikut

### **5.2.1 Beban kerja kuantitatif staf *ambulance* di Rumah Sakit Premier Surabaya**

Secara umum hasil penelitian menunjukkan Beban Kerja kuantitatif Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya, beban kerja sedang sebanyak 22 orang (73,3%), beban kerja berat sebanyak 7 orang (23,4%) dan beban kerja ringan sebanyak 1 orang (3,3%).

Menurut Munandar (2008) Beban kerja kuantitatif adalah individu harus melakukan terlalu banyak hal dalam pekerjaannya dan dapat memungkinkan menjadi sumber stres pekerjaan. Unsur lain yang menimbulkan beban berlebih kuantitatif ini adalah desakan waktu. Pada saat atau kondisi tertentu waktu akhir (*dead line*) dapat menjadi stimulus untuk menghasilkan prestasi kerja yang baik,, namun bila tekanan waktu tersebut menimbulkan banyak kesalahan dalam pekerjaan atau menyebabkan gangguan kesehatan pada individu, beban kerja kuantitatif meliputi : harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja, banyaknya pekerjaan dan beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan,

kontak langsung perawat pasien secara terus menerus selama jam kerja, rasio perawat dan pasien. Sehingga bila pekerjaan yang dilakukan semakin tinggi maka untuk tingkat beban kerja semakin berat. Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan beban kerja kuantitatif dengan jumlah responden tertinggi adalah beban kerja sedang sebanyak 22 responden dan untuk responden terendah adalah beban kerja ringan sebanyak 1 responden, berdasarkan peneliti di lapangan, staf *ambulance* tidak hanya bekerja di lingkup unit *ambulance* saja namun terkadang staf *ambulance* juga membantu pekerjaan di bagian ruangan critical dan di ruangan rawat inap selain itu keterbatasan staf sangat berpengaruh terhadap beban kerja. Menurut Nursalam (2009).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan beban kerja kuantitatif ringan dengan umur 31-35 tahun sebanyak 1 responden (3,3%), 25-30 tahun, 36-40 tahun dan 41-45 tahun sebanyak 0 responden (0%), beban kerja kuantitatif sedang dengan umur 25-30 tahun sebanyak 15 responden (50%), 41-45 tahun sebanyak 4 responden (14,4%), 31-35 tahun sebanyak 2 responden (6,7%) dan 36-40 tahun sebanyak 1 orang (3,3%) dan beban kerja berat dengan umur 25-30 tahun sebanyak 7 responden (23,3%), 31-35 tahun, 36-40 tahun, 41-45 tahun sebanyak 0 responden (0%), dari data tersebut berdasarkan pengalaman peneliti semakin tua usia seseorang makin semakin berat pula beban kerja seseorang, menurut Suyanto (2008), faktor yang mempengaruhi beban kerja faktor internal antara lain umur, jenis kelamin, berat badan, gizi kesehatan sendiri.

Berdasarkan hasil penelitian beban kerja kuantitatif ringan dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 1 responden (3,3%), jenis kelamin perempuan sebanyak 0 responden (0%), beban kerja kuantitatif sedang dengan jenis kelamin

laki-laki sebanyak 13 (43,3%), perempuan sebanyak 9 responden (30%) dan beban kerja berat dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 5 responden (16,7%), perempuan 2 responden (6,7%), dari data tersebut berdasarkan pengalaman peneliti di lapangan di rumah sakit terutama di ambulance staf lebih banyak laki-laki di bandingkan perempuan, hal itu di karenakan banyak yang harus di lakukan selama di *ambulance* tidak hanya menggunakan pikiran, kekuatan fisik pun juga sangat berpengaruh saat menangani pasien, menurut Suyanto (2008) faktor yang mempengaruhi beban kerja faktor internal antara lain umur, jenis kelamin, berat badan, gizi kesehatan sendiri.

Berdasarkan hasil penelitian beban kerja kuantitatif ringan dengan lama kerja 6-10 tahun sebanyak 1 responden (3,3%), lama kerja 1-5 tahun, 11-15 tahun dan > 15 tahun sebanyak 0 responden (0%), beban kerja kuantitatif sedang dengan lama kerja 1-5 tahun sebanyak 13 responden (43,3%), 6-10 tahun sebanyak 4 responden (13,3%), >15 tahun 3 responden (10%), 11-15 tahun sebanyak 2 responden (6,7%) dan beban kerja kuantitatif berat dengan lama kerja 1-5 tahun sebanyak 4 responden (13,3%), 6-10 tahun sebanyak 3 responden (10%), 11-15 tahun dan >15 tahun sebanyak 0 responden (0%), dari data tersebut berdasarkan pengalaman peneliti semakin lama seseorang bekerja maka semakin berat pula beban kerja yang di tugaskan untuk seseorang, sehingga hal tersebut sangat berpengaruh.

Berdasarkan hasil penelitian beban kerja kuantitatif ringan dengan status pendidikan S1 sebesar 1 respondeng (3,3%) dan D3 sebesar 0 responden (0%), beban kerja sedang dengan pendidikan S1 sebanyak 16 responden (53,3%), D3 sebanyak 6 responden (20%) dan beban kerja berat dengan pendidikan D3

sebanyak 5 responden (16,7%), S1 sebanyak 2 responden (6,7%), dari data tersebut berdasarkan pengalaman peneliti semakin tinggi pendidikan seseorang makan semakin mudah seseorang memecahkan suatu masalah, sehingga hal tersebut sangat berpengaruh terhadap beban kerja seseorang.

Berdasarkan hasil penelitian beban kerja kuantitatif ringan dengan jumlah pelatihan >4 kali sebanyak 1 responden (3,3%), 1-2 kali, 3-4 kali sebanyak 0 responden (0%), beban kerja sedang dengan jumlah pelatihan 3-4 kali sebanyak 10 responden (33,3%), >4 kali sebanyak 9 responden (30%), 1-2 kali sebanyak 3 responden (10%) dan beban kerja kuantitatif berat dengan jumlah pelatihan 1-2 kali sebanyak 4 responden (13,3%), 3-4 kali sebanyak 3 responden (10%), >4 kali sebanyak 0 responden (0%), dari data tersebut di berdasarkan pengalaman peneliti semakin banyak jumlah pelatihan yang di dapatkan makan semakin mudah juga seorang menyelesaikan beban pekerjaan yang di hadapi oleh seseorang.

## **5.2.2 Kelengkapan dokumentasi checklist pre transfer di Rumah Sakit**

### **Premier Surabaya**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan kelengkapan dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori kurang dengan umur 25-30 tahun sebanyak 11 responden (36,7%), 41-45 tahun sebanyak 1 responden (3,3%), 31-35 tahun, 36-40 tahun sebanyak 0 responden (0%), dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori cukup dengan umur 25-30 tahun sebanyak 8 responden (26,7%), 41-45 tahun sebanyak 3 responden (10%), 31-35 tahun sebanyak 2 responden (6,7%) dan 36-40 tahun sebanyak 1 orang (3,3%) dan dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori baik dengan umur 25-30 tahun sebanyak 3 responden, 31-35 tahun



sebanyak 1 responden (3,3%), 36-40 tahun, 41-45 tahun sebanyak 0 responden (0%), dari data tersebut berdasarkan pengalaman peneliti semakin tua usia seseorang maka semakin lebih menguasai pengisian dalam pendokumentasian.

Berdasarkan hasil penelitian dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori kurang dengan lama kerja 1-5 tahun sebanyak 8 responden (26,7%), lama kerja 6-10 tahun sebanyak 3 responden (10%), > 15 tahun sebanyak 1 responden (3,3%), 11-15 tahun sebanyak 0 responden (0%), dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori cukup dengan lama kerja 1-5 tahun sebanyak 7 responden (23,3%), 6-10 tahun sebanyak 3 responden (10%), 11-15 tahun, >15 tahun 0 responden (0%), dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori baik dengan lama kerja 1-5 tahun, 6-10 tahun sebanyak 2 responden (6,7%), 11-15 tahun dan >15 tahun sebanyak 0 responden (0%), dari data tersebut menurut Nursalam (2009) faktor yang mempengaruhi dokumentasi antarlain faktor internal: pendidikan keperawatan, kemampuan dan ketrampilan, pengalaman, motivasi, Faktor eksternal : faktor sosial dan beban kerja.

Berdasarkan hasil penelitian dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori kurang dengan status pendidikan S1 dan D3 sebesar 6 responden (20%), dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori cukup dengan pendidikan S1 sebanyak 10 responden (33,3%), D3 sebanyak 4 responden (13,3%) dan dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori baik dengan pendidikan S1 sebanyak 3 responden (10%), D3 sebanyak 1 responden (3,3%), dari data tersebut berdasarkan pengalaman peneliti, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin lengkap dalam pengisian dokumentasi, menurut Nursalam (2009) faktor yang mempengaruhi dokumentasi antarlain faktor internal: pendidikan

keperawatan, kemampuan dan ketrampilan, pengalaman, motivasi, Faktor eksternal : faktor sosial dan beban kerja.

Berdasarkan hasil penelitian dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori kurang dengan jumlah pelatihan 1-2 kali sebanyak 6 responden (20%), 3-4 kali sebanyak 5 responden (16,7%), .4 kali sebanyak 1 responden (3,3%), dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori cukup dengan jumlah pelatihan > 4 kali sebanyak 7 responden (23,3%), 3-4 kali sebanyak 6 responden (20%), 1-2 kali sebanyak 1 responden (3,3%) dan dokumentasi *Checklist* pre transfer kategori baik dengan jumlah pelatihan 3-4 kali dan > 4 kali sebanyak 2 responden (6,7%), 1-2 kali sebanyak 0 responden (0%), dari data tersebut berdasarkan pengalaman peneliti semakin banyak jumlah pelatihan yang di dapatkan seseorang maka semakin mahir juga seseorang dalam pengisian dokumentasi, menurut Nursalam (2009) faktor yang mempengaruhi dokumentasi antarlain faktor internal: pendidikan keperawatan, kemampuan dan ketrampilan, pengalaman, motivasi, Faktor eksternal : faktor sosial dan beban kerja.

Secara umum hasil penelitian kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya, cukup sebanyak 14 orang (46,7%), kurang sebanyak 12 orang (40,0%) dan baik sebanyak 4 orang (13,3%).

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer dengan jumlah responden tertinggi adalah kategori cukup sebanyak 14 orang, dan untuk kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer kategori baik sebesar 4 orang responden (13,3%). Menurut Nursalam (2009). Dengan melakukan pendokumentasian lengkap dan akurat akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam menyelesaikan masalah klien dan dapat teratasi sejauh mana

masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat, hal ini akan membantu meningkatkan kualitas ( mutu) pelayanan keperawatan. Hal ini dapat di lihat dari 4 responden (13,3%) didapatkan melakukan kelengkapan pendokumentasian checklist pre transfer

Kurangnya kelengkapan pendokumentasian yang terjadi di rumah sakit premier Surabaya dapat di lihat dari jumlah responden yang kurang dalam melakukan pendokumentasian sebanyak 12 orang (40%) hal ini dapat di kaitkan dengan karakteristik responden berdasarkan pendidikan staf ambulance di Rumah Sakit Premier Surabaya. Jumlah staf dengan tingkat pendidikan D3 sejumlah 11 orang sedangkan tingkat pendidikan S1 sejumlah 19 orang. Menurut Nursalam (2009) faktor internal yang menghambat pendokumentasian asuhan keperawatan antara lain pendidikan keperawatan yang sifat pelayanannya mengalami perubahan dari pelayanan fokasiional yang berpijak pada penguasaan ilmu pengetahuan keperawatan proses menuju pembenahan pelayanan keperawatan dan mengoptimalkan penggunaan proses keperawatan, pengembangan dan penataan pendidikan keperawatan. Dalam hal ini terjadi pergeseran orientasi pelayanan keperawatan dari pelayanan yang di dasarkan pada ketrampilan semata menjadi pelayanan yang didasari ilmu pengetahuan dan tehnologi keperawatan pemngembangan ilmu pengetahuan ini menjamin pelayanan keperawatan demi peningkatan kualitas dan kesejahteraan perawatan serta kerjasama dengan profesi lain dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

### **5.2.3 Hubungan antara beban kerja kuantitatif staf ambulance dengan kelengkapan dokumentasi checklist pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya**

Hasil penelitian di ketahui beban kerja kuantitatif sedang dengan kelengkapan dokumentasi kategori cukup 43,3%, beban kerja kuantitatif sedang dengan kelengkapan dokumentasi kategori kurang 20%, beban kerja kuantitatif berat dengan kelengkapan dokumentasi kategori kurang 20%, beban kerja kuantitatif sedang dengan kelengkapan dokumentasi kategori baik 10%, beban kerja kuantitatif ringan dengan kelengkapan dokumentasi kategori baik 3,3% dan beban kerja kuantitatif berat dengan kelengkapan dokumentasi kategori cukup 3,3%. Berdasarkan uji korelasi *Spearman Rank (Rho)* menunjukkan nilai  $p \text{ value} = 0,002 < \alpha = 0,05$  artinya secara statistic ada hubungan yang bermakna antara beban kerja kuantitatif dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer. Nilai *Corelation Coeficient* = - 0,553 artinya hubungan kedua variabel cukup.

Menurut Marquis dan Houston (2010) mengenai beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktifitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Berdasarkan karakteristik beban kerja kuantitatif staf Ambulance Rumah Sakit Premier Surabaya didapatkan hasil terbanyak yaitu beban kerja sedang sebanyak 22 orang responden (73,3 %) dari 30 responden. Hal ini dapat dilihat dari hasil perhiyungan kuesioner yang sudah dilakukan sebanyak 19 orang responden merasa beban kerja yang dilakukan berat saat banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan pasien, kurangnya staf ambulance dibandingkan dengan permintaan pelayanan ambulance sebanyak 24 orang, dan 23 orang responden merasa beban kerja kuantitatif

bertambah berhubungan dengan harapan pimpinan Rumah Sakit terhadap pelayanan yang berkualitas. Menurut Gillies (1994) ada beberapa komponen yang mempengaruhi beban kerja perawat, diantaranya adalah perhitungan perawatan langsung dan tak langsung yang akan diberikan kepada masing-masing jenis perawatan pasien, kekerapan setiap tindakan yang akan diberikan, dan rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan langsung maupun tidak langsung.

Sedangkan menurut Munandar (2008) Unsur lain yang menimbulkan beban berlebih kuantitatif ini adalah desakan waktu. Pada saat atau kondisi tertentu waktu akhir (dead line) dapat menjadi stimulus untuk menghasilkan prestasi kerja yang baik,, namun bila tekanan waktu tersebut menimbulkan banyak kesalahan dalam pekerjaan atau menyebabkan gangguan kesehatan pada individu, beban kerja kuantitatif meliputi : Harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja, Banyaknya pekerjaan dan beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan, Kontak langsung perawat pasien secara terus menerus selama jam kerja, Rasio perawat dan pasien hal tersebut sangat berpengaruh dengan kelengkapan dokumentasi.

Secara umum hasil penelitian kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya, cukup sebanyak 14 orang (46,7%), kurang sebanyak 12 orang (40,0%) dan baik sebanyak 4 orang (13,3%). Dokumentasi merupakan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap pasien ( Nursalam , 2009). Dalam hal ini terdapat 12 responden (40%) staff yang kurang dalam hal melakukan pendokumentasian, 14 responden (46,7%) memiliki kategori

cukup dalam pendokumentasian checklist pre transfer, sisanya 4 responden (13,3%) dengan kategori baik pendokumentasian checklist pre transfer. Dari 30 responden tersebut didapatkan data 19 responden dengan tingkat pendidikan S1 dan 11 responden berpendidikan D3. Menurut Nursalam (2009) faktor internal yang menghambat pendokumentasian asuhan keperawatan di antaranya pendidikan keperawatan yang meliputi wawasan keilmuan sebagai bagian integral kesehatan yang mencakup ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu keperawatan dasar dan ilmu keperawatan klinik serta wawasan ilmu keperawatan mempelajari bentuk dan sebab terpengaruhnya kebutuhan dasar. Pendidikan keperawatan berorientasi pada pengembangan pengetahuan dan teknologi misalnya pengembangan dokumentasi komputerisasi, pengalaman belajar di upayakan mengikuti kemajuan ilmu pengetahuan.

Dari 30 data transfer checklist pre transfer yang diamati, ada 4 data checklist transfer yang di isi secara lengkap dalam pendokumentasian, sedangkan sisanya 26 checklist transfer yang ada tidak terdokumentasikan secara lengkap.

Menurut Yustina (2016), tujuan dokumentasi keperawatan antara lain, sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan dan bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung jawaban perawat kepada pasien. Sedangkan menurut Gillies (1994) menyatakan bahwa dalam melakukan perhitungan tenaga dalam keperawatan perlu memperhatikan komponen-komponen seperti: perhitungan perawatan langsung dan tak langsung yang akan diberikan masing-masing jenis perawatan pasien, kekerapan setiap tindakan yang akan diberikan, dan rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan langsung maupun tidak langsung.

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan Jumlah Pelatihan Staf *Ambulance* Rumah Sakit Premier Surabaya, 3-4 kali sebanyak 22 responden (73,3%), > 4 kali sebanyak 7 responden (23,4%) dan 1-2 kali sebanyak 1 responden (3,3%).

Menurut Nursalam (2009) pengalaman dalam sosialisasi dan pelatihan keperawatan misalnya dalam proses keperawatan, standar praktek adalah suatu proses seumur hidup yang dapat mempengaruhi tindakan keperawatan dalam hal pendokumentasian. Sosialisasi dan pelatihan tersebut orang- orang dapat menjadi partispian yang berfungsi dalam institusi kesehatan maupun dalam masyarakat. Sosialisasi ke praktek perawat profesional adalah suatu proses internalisasi nilai dan norma profesi keperawatan dalam perilaku dan konsep diri perawat itu sendiri dalam bertindak. Dengan pengalaman perawat yang lebih lama membuat perawat lebih trampil dalam bertindak secara profesional.

Beberapa hal yang berhubungan beban kerja dengan kelengkapan pendokumentasian checklist transfer ambulance di Rumah Sakit Premier Surabaya, antara lain:

- Dari analisa beban kerja lulusan S1 dan D3 Keperawatan tidak dibedakan baik tugas maupun tanggung jawabnya.
- Beban kerja staff ambulance meningkat jika permintaan ambulance juga meningkat, selain itu staff ambulance memiliki tanggung jawab lain sebagai staff di unit IGD Rumah Sakit Premier Surabaya, sehingga banyak dokumen pasien yang tidak terdokumentasikan secara lengkap

- Data dari edukasi Rumah Sakit Premier Surabaya bahwa perawat yang lebih banyak mengikuti pelatihan tentang kegawatdaruratan baik didalam maupun diluar rumah sakit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perawat yang sering mengikuti pelatihan akan mempunyai kemampuan melakukan pengkajian, mengidentifikasi, dan melakukan asuhan keperawatan serta dapat mendokumentasikan secara tertulis dengan baik dan benar.

### **5.3 Keterbatasan**

Keterbatasan yang dihadapi dalam penelitian ini adalah :

1. Penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali di lakukan oleh peneliti sehingga masih banyak kekurangan dalam penyusunan
2. Pengumpulan data dengan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti dengan pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili.
3. Sampel yang di gunakan dalam penelitian ini terbatas dan peneliti tidak melakukan observasi terhadap semua format *checklist* pre transfer sehingga hasil kurang mewakili secara kualitatif.



## **BAB 6**

### **PENUTUP**

Pada bab ini akan disajikan tentang simpulan yang diperoleh dari hasil penelitian dan beberapa saran yang dapat digunakan untuk perbaikan dalam penelitian selanjutnya dan berguna bagi pihak-pihak terkait.

#### **6.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Staf *ambulance* di Rumah Sakit Premier Surabaya sebagian besar memiliki beban kerja kuantitatif sedang.
2. Rumah Sakit Premier Surabaya sebagian besar dalam pendokumentasian checklist pre transfer kategori cukup.
3. Ada hubungan antara beban kerja kuantitatif staf *ambulance* dengan kelengkapan dokumentasi *checklist* pre transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

#### **6.2 Saran**

1. Bagi staf *ambulance*

Bagi staf *ambulance* penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan ketrampilan staf *ambulance* dalam melaksanakan dokumentasi *checklist* pre transfer.

## 2. Institusi ( Rumah Sakit )

Bagi institusi Rumah Sakit bagian unit *ambulance* dalam hal ini untuk meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mengenai kelengkapan pengisian format dokumentasi checklist pre transfer, dengan demikian dokumentasi akan berhasil dengan baik sehingga kelengkapan dokumentasi, keselamatan pasien dan kepuasan pasien akan meningkat dengan baik.

## 3. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan judul : Hubungan Beban Kerja Kualitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Transfer Di Rumah Sakit Premier Surabaya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aryono D.P. (2008). *Pelayanan Ambulance Gawat Darurat*.
- Depkes. RI, 2004. ***Rancangan Pedoman Pengembangan Sistem Jenjang Karir Profesional Perawat***. Direktorat Keperawatan dan keteknisian Medik Dirjen Yan Med Depkes RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta. 2013. *Standar Fisik, Perlengkapan Ambulans Gawat Darurat Medik*.
- Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta.
- Equipment for Ambulances (*American Colleges of Surgeons Committee on Trauma, American College of Emergency Physicians, National Association of EMS Physicians, Pediatric Equipment Guidelines committee, American Academy of Pediatrics*)
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management : a systems approach*. ( 3<sup>rd</sup> ed. ). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Hidayat. (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. jakarta: Salemba Medika.
- Instalasi, D. I., Darurat, G., Prof, R., & Lolong, J. (2017). YANG DIGUNAKAN DALAM MERUJUK PASIEN GAWAT DARURAT, 5.
- Irwady, 2007. **Beban Kerja Perawat**//<http://www.scribd.com/doc/36043707/> Penilaian Beban Kerja di akses tanggal 14 Mei 2013.
- Lowthian, J. A., Sppath, B., Cameron, P. A., Johannes, D., ... Curtis, A. (2011). *Meningkatkan pemanfaatan ambulans darurat, 63–69*
- Munandar. (2008). *Psikologi Industri dan Organisasi*., jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Nursalam. (n.d.). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2009). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan dan Praktik*. jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *METODOLOGI PENELITIAN ILMU KEPERAWATAN Pendekatan Praktis*. (P. P. Lestari, Ed.) (4th ed.). jakarta: Salemba Medika.

Pasolong. (2011). *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta Bandung.

Ratna. (2017). *Panduan Pelayanan Ambulance*

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu. Depkes. 2006

Suyanto. (2008). *Mengenal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan

[www.agddinkes.jakarta.go.id](http://www.agddinkes.jakarta.go.id), Diakses Tanggal 6 Januari 2017 jam 12.45 WITA  
Yustiana. (2016). *Dokumentasi Keperawatan* (1st ed.). Jakarta selatan: Salemba Medika.

**Lampiran 1***Curriculum Vitae*

Nama : Agung Nugroho

Tempat dan Tanggal Lahir : Sukoharjo, 03-01-1991

Alamat : Jl. Haji sukur VII, Gang Garuda C 29, Sedati  
Gede, Sedati, Sidoarjo, Jawa Timur.

Riwayat Pendidikan :

1. SD N 1 Krajan Lulus Tahun 2002
2. SLTP N 2 Baki Lulus Tahun 2005
3. SMA N 2 Sukoharjo Lulus Tahun 2008
4. D3 Akper Panti Kosala Surakarta Lulus Tahun 2011

## Lampiran 2

### MOTTO

“ Jadilah seperti karang di lautan yang kuat dihantam ombak dan kerjakanlah hal yang bermanfaat untuk diri sendiri dan orang lain, karena hidup hanya sekali. Ingat hanya pada Tuhan apapun dan dimanapun kita berada kepada dia lah tempat meminta dan memohon”.

Persembahan :

*Skrripsi ini saya persembahkan untuk kedua orang tua, kedua mertua, istri dan anakku yang tercinta, belajarlh yang rajin, tuntutlah ilmu setinggi langit dan jangan lupa berdoa.*

## Lampiran 3



**YAYASAN NALA**  
*Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya*  
**RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN**

Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya  
 Website : [www.stikeshangtuah-sby.ac.id](http://www.stikeshangtuah-sby.ac.id)

Nomor : B / **810** /XI/2018/ SHT.  
 Klasifikasi : BIASA.  
 Lampiran : --  
 Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan  
Data Studi Pendahuluan

Surabaya, 8 November 2018

**K e p a d a**  
**Yth. DIREKTUR RS PREMIER**  
 di  
Surabaya

1. Dalam rangka penyusunan proposal skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan Kelas Pararel STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2018/2019, mohon Direktur RS Premier Surabaya berkenan mengijinkan kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di Rumah Sakit Premier Surabaya khususnya di IGD Rumah Sakit Premier Surabaya Bagian Ambulance.
2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :  
 Nama : Agung Nugroho  
 NIM : 171.1002  
 Judul penelitian :  
 Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf Ambulance Dengan Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.
3. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.

A.n. KETUA STIKES HANG TUAH SURABAYA



**Tembusan :**

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Sby (Sbg. Lap)
3. Puket I, III STIKES Hang Tuah Sby
4. Ka Prodi S1 Kep. STIKES Hang Tuah Sby

## Lampiran 4



**YAYASAN NALA**  
*Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya*  
**RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN**

Jl. Gading No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya

Website : [www.stikeshangtuah-sby.ac.id](http://www.stikeshangtuah-sby.ac.id)

Surabaya, 29 November 2018

Nomor : B/065/IXI/2018/SHT.  
 Klasifikasi : BIASA.  
 Lampiran : --  
 Perihal : Permohonan Ijin  
Pengambilan Data Penelitian

**Kepada**  
**Yth. DIREKTUR RS PREMIER**  
 di  
Surabaya

1. Dalam rangka penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan Kelas Pararel STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2018/2019, mohon Direktur RS Premier Surabaya berkenan mengizinkan kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di Rumah Sakit Premier Surabaya khususnya di IGD Rumah Sakit Premier Surabaya Bagian Ambulance.
2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :  
 Nama : Agung Nugroho  
 NIM : 171.1002  
 Judul penelitian :  
 Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf Ambulance Dengan Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.
3. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.

A.n. KETUA STIKES HANG TUAH SURABAYA  
 PUKET II



SETIADI S.Kep., Ns., M.Kep.  
 NIP. 03001

**Tembusan :**

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Sby (Sbg. Lap)
3. Puket I, III STIKES Hang Tuah Sby
4. Ka Prodi S1 Kep. STIKES Hang Tuah Sby



## Lampiran 5



## RS Premier Surabaya

No. : 505/RSPS/HRD/XII/2018  
 Lamp. : -  
 Hal : Jawaban Permohonan Pengambilan Data Penelitian

Kepada  
 Yth. Bapak/Ibu Ketua  
 STIKES HANG TUJAH SURABAYA  
 Fakultas Keperawatan  
 Jl Gadung No 1 Surabaya

**Up. Yth. Bpk Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Dengan hormat,

Menjawab surat tertanggal 29 November 2018 No. B/865/XI/2018/SHT perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data guna penyusunan penelitian skripsi :

Nama : Agung Nugroho  
 NIM : 171.1002

Dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat membantu mahasiswa Bapak untuk melakukan pengambilan Data di RS. Premier Surabaya, dengan judul penelitian : Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf Ambulance Dengan Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya.

Demikian disampaikan dan kami mengucapkan terima kasih atas perhatiannya terhadap Rumah Sakit Premier Surabaya.

Surabaya, 10 Desember 2018

**Rachmadi Mulyo Widiyanto, S.H., M.Hum.,**  
 Human Resources Manager

RS Premier Surabaya  
 Jl. Nginden Intan Barat Blok B  
 Surabaya 60118 - Indonesia  
 Telephone: +62-31 599 3211  
 Fax: +62-31 599 3214  
 Email: [rspremier.surabaya@ramsayhealth.co.id](mailto:rspremier.surabaya@ramsayhealth.co.id)  
[www.ramsaysimedarby.com](http://www.ramsaysimedarby.com)

## Lampiran 6



RS Premier  
Surabaya

**SURAT KETERANGAN**

No. 022 / RSPS / HRD / 1 / 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : Agung Nugroho  
NIM : 171.1002

Telah menyelesaikan penelitian di RS Premier Surabaya dengan judul :

" Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf Ambulance Dengan Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya" pada tanggal 1 Oktober-31 Desember 2018.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 25 Januari 2019



RS PREMIER SURABAYA  
HRD

Rachmadi Mulyo Widiyanto, S.H., M.Hum.  
Human Resources Manager

RS Premier Surabaya  
Jl. Nginden Intan Barat Blok B  
Surabaya 60118 - Indonesia  
Telephone: +62-31 599 3211  
Fax: +62-31 599 3214  
Email: [rspremier.surabaya@ramsaysmedarby.com](mailto:rspremier.surabaya@ramsaysmedarby.com)  
[www.ramsaysimedarby.com](http://www.ramsaysimedarby.com)

## Lampiran 7



RS Premier  
Surabaya

**PERSETUJUAN ETIK**  
**Ethical Approval**

Surat Pernyataan Laik Etik Penelitian Kesehatan

No. 009/RSPS/KERS/2019

Komite Etik Rumah Sakit Premier Surabaya menerangkan bahwa :

Nama : Agung Nugroho  
NIM : 171.1002

Dengan judul :

**" Hubungan Antara Beban Kerja Kuantitatif Staf Ambulance Dengan Kelengkapan Dokumentasi Checklist Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya "**

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu : 1) Nilai Sosial, 2) Nilai ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indicator masing-masing standar sebagaimana terlampir. Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 1 Desember 2018 sampai dengan tanggal 1 Desember 2019.

Demikian surat pernyataan laik etik penelitian kesehatan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 25 Januari 2019



**Rachmadi Mulyo Widiyanto, S.H., M.Hum.,**  
 Sekretaris Komite Etik Rumah Sakit

RS Premier Surabaya  
 Jl. Nginden Intan Barat Blok B  
 Surabaya 60118 - Indonesia  
 Telephone: +62-31 599 3211  
 Fax: +62-31 599 3214  
 Email: rspremier.surabaya@ramsaiyhealth.co.id  
[www.ramsaysimedarby.com](http://www.ramsaysimedarby.com)

**Lampiran 8****INFORMATION FOR CONSENT**

Kepada Yth

Bapak/Ibu/Sdr/Sdri calon responden

Di Ruang IGD Rumah Sakit Premier Surabaya

Saya adalah mahasiswa prodi S-1 keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.,Kep). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis “Hubungan antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya “.

Pada penelitian ini peneliti akan membagikan kuisioner untuk mengetahui Tingkat beban kerja kuantitatif perawat *ambulance*. Partisipasi saudara akan bermanfaat bagi peneliti dan memberikan dampak positif.

Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang anda berikan sesuai dengan yang terjadi dalam penelitian ini, artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apa pun .Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai pernyataan saudara akan kami hanguskan.

Yang Menjelaskan

Yang Dijelaskan,

Agung Nugroho  
Nim. 1711002

.....

**Lampiran 9****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth :  
Bapak/Ibu/Sdr/Sdri  
Di IGD Rumah Sakit Premier Surabaya

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa prodi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atasnama :

NAMA : Agung Nugroho

NIM : 1711002

Nama Instansi : RS Premier Surabaya

Yang berjudul : “Hubungan antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya”.

Tandatangan saya menunjukkan bahwa :

1. Saya telah diberi informasi atas penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini di jamin kerahasiannya .Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengelolaan data
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini untuk mengetahui tentang “Hubungan antara Beban Kerja Kuantitatif Staf *Ambulance* Dengan Kelengkapan Dokumentasi *Checklist* Pre Transfer di Rumah Sakit Premier Surabaya”.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Peneliti

Agung Nugroho  
Nim. 1711010

Seleksi Peneliti

.....

Surabaya, Desember 2018  
Responden

.....

Saksi Responden

.....

**Lampiran 10****LEMBAR KUESIONER**

Nomer Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Nama Inisial :

Umur :

Lama kerja :

Jenis kelamin :

Pendidikan terakhir :

Perawat / dokter :

**Petunjuk Pengisian**

1. Lembar diisi oleh responden
2. Berikan tanda checklist (√) pada kolom angka yang ada pada masing-masing pernyataan dengan pilihan sebagai berikut :

Kode : 4 = tidak menjadi beban kerja.

3 = beban kerja ringan

2 = beban kerja sedang

1 = beban kerja berat

3. Jangan member tanda apapun pada kolom skor
4. Kolom kode tetap di biarkan kosong
5. Bila tidak jelas saudara berhak bertanya kepada peneliti
6. Mohon di teliti ulang agar tidak ada pertanyaan yang terlewat

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	SKOR
1	Melakukan observasi klien secara ketat selama di <i>ambulance</i>					
2	Banyaknya pekerjaan yang harus di lakukan demi keselamatan pasien					
3	Beragam jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan klien					
4	Kurangnya staf <i>ambulance</i> di bandingkan dengan permintaan pelayanan <i>ambulance</i>					
5	Pengetahuan dan ketrampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di <i>ambulance</i>					
6	Tuntutan keluarga keselamatan klien					
7	Setiap saat di hadapkan pada keputusan yang tepat					
8	Setiap saat menghadapi klien dengan karakteristik tidak stabil, tidak berdaya dan koma					
9	Tanggung jawab dalam melaksanakan tindakan pada klien di <i>ambulance</i>					
10	Tindakan penyelamatan klien					
11	Pekerjaan yang saya lakukan saat ini memiliki resiko yang tinggi					
12	Beragamnya jenis pekerjaan yang harus di lakukan demi keselamatan pasien					
13	Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas					
14	kontak langsung dengan perawatan pasien di rungan lain.					
15	Saya setiap saat harus menghadapi pasien dengan kharakteristik yang berbeda					

## Lampiran 11

## INSTRUMEN

KELENGKAPAN DOKUMENTASI *CHECKLIST* PRE TRANSFER

Petunjuk : Beri tanda (√) bila aspek yang di nilai ada



Beri tanda (-) bila aspek yang di nilai tidak ada


No	Aspek yang di nilai	NO				
		1	2	3	4	5
1	<i>Checklist</i> pre transfer					
	a. Jalan nafas					
	b. Pernafasan					
	c. Hemodinamik					
	d. akses IV dan tetesan					
	e. catheter					
	f. NGT					
	g. Pasien di stretcher					
	h. Lain-lain					
	i. Pemeriksaan radiologi					
	j. Pemeriksaan laboratorium					
	k. Peralatan dan persediaan consumeble					
	l. Mobile phone					
	m. Formulir transfer					
	n. Resume medis					
	o. TTD staf yang melakukan pengecekan					
2	Observasi selama transfer					
	a. Pukul					
	b. Nadi					
	c. Tekanan darah					
	d. Pernafasan					
	e. Spo2					
	f. GCS					
	g. Pupil					
	h. IV fluid					
	i. Kejadian klinis selama transfer dan tindakan yang di perluka					
	j. TTD staf yang melakukan observasi					
	HASIL					



## Lampiran 12

## Lampiran

	<b>PETUNJUK PENGISIAN FORMULIR CHECKLIST PRE TRANSFER DAN OBSERVASI SELAMA TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT</b>		
	No. Dokumen NUR-GEN-09-026	No. Revisi 02	Halaman 1 dari 4
<b>Standar Prosedur Operasional</b>	Tanggal Terbit 30 Nopember 2015	Ditetapkan: Direktur Rumah Sakit  <b>Dr. Hartono Tanto, M. Kes.</b>	
<b>Pengertian</b> Tata cara mengisi formulir checklist pre transfer dan observasi selama transfer keluar rumah sakit.			
<b>Tujuan</b> 1. Agar pengisian formulir dapat dilakukan dengan benar. 2. Sebagai media komunikasi antar profesi kesehatan.			
<b>Kebijakan</b> Sesuai Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya No: 017/KPTS-RSPS/XI/2015 tentang Kebijakan Rekam Medis Rumah Sakit Premier Surabaya, yaitu:			
1. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan secara langsung. Hal ini diperlukan untuk memudahkan sistem pertanggung jawaban atas pencatatan tersebut.			
<b>Prosedur</b>			
1. Persiapan alat:			
1) Formulir Checklist Pre Transfer Dan Observasi Selama Transfer Keluar Rumah Sakit (RJ/004/002),			
2) Label identitas pasien,			
3) Alat tulis.			
2. Petugas menempelkan label pasien pada kolom stiker pasien.			
3. Tanggal: tulis tanggal dilakukan transfer.			
4. Petugas melakukan checklist pre transfer:			
1) Jalan nafas: Beri tanda centang (✓) jika jalan nafas aman dan pasien,			
2) Pernafasan: Beri tanda centang (✓) sesuai kondisi pasien dan jika adekuat,			
3) Hemodinamika: Beri tanda centang (✓) jika tanda vital stabil,			
4) Akses IV dan tetesan: Beri tanda centang (✓) sesuai kondisi pasien, jika ada dan baik,			
5) Catheter: Beri tanda centang (✓) sesuai kondisi pasien, jika ada dan baik,			
6) NST: Beri tanda centang (✓) sesuai kondisi pasien, jika ada dan baik,			
7) Pasien di stretcher: Beri tanda centang (✓), jika aman,			

	<b>PETUNJUK PENGISIAN FORMULIR CHECKLIST PRE TRANSFER DAN OBSERVASI SELAMA TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT</b>		
	No. Dokumen NUR-GEN-09-026	No. Revisi 02	Halaman 2 dari 4
<p>8) Lain lain: Tulis jika ada penggunaan alat yang lain seperti traksi,</p> <p>9) Pemeriksaan radiologi dan laboratorium: Beri tanda centang (v) sesuai data yang ada,</p> <p>10) Peralatan: Beri tanda centang (v) jika peralatan tersedia dan berfungsi,</p> <p>11) Beri tanda centang (v) pada <i>mobile phone</i> bila telepon sudah dibawa,</p> <p>12) Beri tanda centang (v) pada nomor telepon kontak jika nomor kontak sudah tertulis atau ada,</p> <p>13) Formule transfer: Beri tanda centang (v) jika sudah ada dibuatkan,</p> <p>14) Resume medis: Beri tanda centang (v) tidak ada atau ada (untuk pasien yang rawat inap),</p> <p>15) Staf yang melakukan pengecekan: Tulis nama dan tanda tangan staf yang melakukan pengecekan,</p> <p>16) <b>Petugas mengobservasi</b> selama transfer,</p> <p>17) Pukul: Tulis jam dilakukan observasi,</p> <p>18) Nadi: Tulis sesuai hasil pemeriksaan nadi pasien,</p> <p>19) Tekanan darah: Tulis sesuai hasil pemeriksaan tekanan darah pasien,</p> <p>20) Pernafasan: Tulis sesuai hasil pemeriksaan pernafasan pasien,</p> <p>21) Spo2: Tulis sesuai hasil pemeriksaan saturasi pasien,</p> <p>22) GCS: Tulis sesuai kondisi kesadaran pasien,</p> <p>23) Pupil: Tulis sesuai hasil pemeriksaan pupil pasien,</p> <p>24) Skor nyeri: Tulis skor nyeri pasien sesuai hasil pemeriksaan,</p> <p>25) IV Fluid: Tulis jenis cairan infus yang sedang diberikan,</p> <p>5. <b>Petugas akan menulis</b> kejadian klinis selama transfer dan tindakan yang dilakukan selama transfer.</p> <p>6. <b>Petugas</b> yang melakukan observasi : Tulis nama/ tanda tangan staf yang melakukan observasi.</p> <p><b>Unit Terkait</b> IGD.</p> <p><b>Referensi</b> Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/VII/2008 Tentang Rekam Medis. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008. Undang-undang RI No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.</p>			

Lampiran 13








<b>Rumah Sakit Premier Surabaya</b> Jl. Nginden Intan Barat Blok B Surabaya 60118	Siker identitas						
CHECKLIST PRE TRANSFER DAN OBSERVASI SELAMA TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT							
Tanggal :							
CHECKLIST PRE TRANSFER							
1	Jalan nafas <input type="checkbox"/> Aman dan paten						
2	Pernafasan <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Dengan bantuan <input type="checkbox"/> Adekuat						
3	Hemodinamik <input type="checkbox"/> Stabil						
4	Akses IV & tetesan <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Baik						
5	Catheter <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Baik						
6	NGT <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Baik						
7	Pasien di stretcher <input type="checkbox"/> Aman						
8	Lain-lain :						
9	Pemeriksaan Radiologi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada Pemeriksaan Laboratorium : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada						
10	Peralatan dan persediaan consumable <input type="checkbox"/> Suction <input type="checkbox"/> Tabung Oksigen <input type="checkbox"/> Monitor EKG <input type="checkbox"/> DC Shock <input type="checkbox"/> Obat-obat Emergency <input type="checkbox"/> Kit Consumable & Resusitasi <input type="checkbox"/> Alat Bidai <input type="checkbox"/> Pump						
11	<input type="checkbox"/> Mobile phone <input type="checkbox"/> Nomor telepon kontak						
12	<input type="checkbox"/> Formulir transfer <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada						
13	<input type="checkbox"/> Resume medis <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada						
Staf yang melakukan pengecekan							
Nama dan tandatangan							
OBSERVASI SELAMA TRANSFER							
Pukul	Nadi	Tekanan darah	Pernafasan	SpO2	GCS	Pupil	IV Fluid
Kejadian klinis selama transfer dan tindakan yang dilakukan :							
Staf Yang melakukan observasi							
Nama dan Tandatangan							

RU/004/002

## Lampiran 14

LEMBAR KONSUL/ BIMBINGAN SKRIPSI  
 MAHASISWA PRODI S1 KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA  
 TAHUN 2018/2019

NAMA : .....  
 NIM : .....

NO	HARI/ TANGGAL	BAB/ SUBBAG	KONSUL/ BIMBINGAN	NAMA PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	Jumat 28/09/2018	Judul	konsul tentang fenomena dan judul	Dwi Prizantini, S-KEP.NS.,M.SC	
2	senin 15/10/2018	BAB I	penyakit	Dwi Prizantini, S-KEP.NS.,M.SC	
3	senin 05/11/2018	BAB 2,3 dan 4	Tindakan Pustaka - metode penelitian - kerangka konsep	Merina Widastuti, S-KEP.NS.,M-KEP	
4	selasa 06/11/2018	BAB 4	- kerangka konsep	Dwi Prizantini, S-KEP.NS.,M-SC	
5	kamis 22/11/18	BAB 1,2,3,4 kuesioner	- Pendahuluan → metode penelitian - kuesioner	Merina Widastuti, S-KEP.NS.,M-KEP	
6	senin 26/11/18	BAB 1-4	- BAB I, II, III, IV	Merina Widastuti, S-KEP.NS.,M-KEP	
7	Jumat 01/02/19	Revisi proposal BAB I, II, III, IV	- proposal BAB I, II, III, IV	Merina Widastuti, S-KEP.NS.,M-KEP	
8	rabu 06/02/19	BAB I, II, III, IV, V, VI	- BAB I, II, III, IV, V, VI	Merina Widastuti, S-KEP.NS.,M-KEP	
9	"	BAB I - IV lewat email	BAB I - IV lewat email	Merina Widastuti, S-KEP.NS.,M-KEP	
10	senin 18/02/19	BAB I, II, III, IV, V, VI	- BAB I - IV Aksi Ujian	Merina Widastuti, S-KEP.NS.,M-KEP	

## Lampiran 15

Data Beban Kerja Kuantitatif

Inisial	SI 1	SI 2	SI 3	SI 4	SI 5	SI 6	SI 7	SI 8	SI 9	SI 10	SI 11	SI 12	SI 13	SI 14	SI 15	Total	Skor
RH	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	2	2	2	3	2	28	2
MF	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	25	2
HNP	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	28	2
DS	2	2	2	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2	28	2
NR	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	19	3
IZ	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	28	2
IK	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	19	3
BS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	19	3
FLL	2	1	1	1	2	3	1	2	2	3	2	2	1	2	3	28	2
AR	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	18	3
DA	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	19	3
LS	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	27	2
SF	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	29	2
DK	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	27	2
HS	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	19	3
HW	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	29	2
KY	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	28	2
JT	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	36	1
MD	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	27	2
AS	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	29	2
WA	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	25	2
AW	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	27	2
PS	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	29	2
AN	1	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	1	2	2	29	2
FRK	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	28	2

DN	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	23	2
LD	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	24	2
CH	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	22	2
DY	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	26	2
BR	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	23	3

Soal :

1. Melakukan observasi klien secara ketat selama di *ambulance*
2. Banyaknya pekerjaan yang harus di lakukan demi keselamatan pasien
3. Beragam jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan klien
4. Kurangnya staf *ambulance* di bandingkan dengan permintaan pelayanan *ambulance*
5. Pengetahuan dan ketrampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di *ambulance*
6. Tuntutan keluarga keselamatan klien
7. Setiap saat di hadapkan pada keputusan yang tepat
8. Setiap saat menghadapi klien dengan karakteristik tidak stabil, tidak berdaya dan koma
9. Tanggung jawab dalam melaksanakan tindakan pada klien di *ambulance*
10. Tindakan penyelamatan klien
11. Pekerjaan yang saya lakukan saat ini memiliki resiko yang tinggi
12. Beragamnya jenis pekerjaan yang harus di lakukan demi keselamatan pasien
13. Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas
14. kontak langsung dengan perawatan pasien di rungan lain.
15. Saya setiap saat harus menghadapi pasien dengan kharakteristik yang berbeda

Keterangan kode :

- 4 = tidak menjadi beban kerja.
- 3 = beban kerja ringan
- 2 = beban kerja sedang
- 1 = beban kerja berat

Keterangan Skor :

- 1 = Ringan ( 30-40 )
- 2 = Sedang ( 20-29 )
- 3 = Berat ( 10-19 )



**Lampiran 16**

Inisial	Umur	Lama kerja	Jenis kelamin	Pendidikan	Jabatan	Pelatihan	Beban kerja	Dokumen tasi
RH	4.0	4.0	1.0	2.0	1.0	3.0	2.0	2.0
MF	4.0	4.0	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	2.0
HNP	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	2.0
DS	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0
NR	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	1.0
IZ	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0
IK	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	3.0	1.0
BS	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0
FLL	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	3.0
AR	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0
DA	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	1.0
LS	4.0	4.0	2.0	1.0	1.0	3.0	2.0	1.0
SF	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	3.0	2.0	3.0
DK	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	3.0
HS	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	3.0	2.0
HW	4.0	3.0	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0
KY	3.0	3.0	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0
JT	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	3.0	1.0	3.0
MD	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0
AS	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0
WA	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
AW	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0
PS	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
AN	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
FRK	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
DN	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0
LD	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0
CH	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0
DY	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0
BR	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	3.0	1.0

Umur : 1 : 25-30 tahun    Lama kerja : 1 : 1-5 tahun    Jenis kelamin :  
           2 : 31-35 tahun                            2 : 6-10 tahun                            1 : laki-laki  
           3 : 36-40 tahun                           3 : 11-15 tahun                           2 : perempuan  
           4 : 41-45 tahun                           4 : > 15 tahun

Pendidikan :	Status Pekerjaan:	Jumlah pelatihan :	Beban kerja :
1 : D3	1 : Perawat	1 : 1-2 kali	1 : 46-60 ringan
2 : S1	2 : dokter	2 : 3-4 kali	2 : 31-45 sedang
		3 : > 4 kali	3 : 15-30 berat

Kelengkapan dokumentasi

- 1 : kurang 0-8
- 2 : cukup 9-16
- 3 : baik 17-25



## Lampiran 17

## HASIL UJI STATISTIK

## Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-30 tahun	22	68.8	73.3	73.3
	31-35 tahun	3	9.4	10.0	83.3
	36-40 tahun	1	3.1	3.3	86.7
	41-45 tahun	4	12.5	13.3	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

## Lama Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	17	53.1	56.7	56.7
	6-10 tahun	8	25.0	26.7	83.3
	11-15 tahun	2	6.2	6.7	90.0
	>15 tahun	3	9.4	10.0	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	19	59.4	63.3	63.3
	Perempuan	11	34.4	36.7	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	11	34.4	36.7	36.7
	S1	19	59.4	63.3	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

**Status Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perawat	15	46.9	50.0	50.0
	Dokter	15	46.9	50.0	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

**jumlah pelatihan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 kali	7	21.9	23.3	23.3
	3-4 kali	13	40.6	43.3	66.7
	> 4 kali	10	31.2	33.3	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

**beban kerja**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan 46-60	1	3.1	3.3	3.3
	sedang 31-45	22	68.8	73.3	76.7
	berat 15-30	7	21.9	23.3	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

**kelengkapan dokumentasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kategori kurang 0-8	12	37.5	40.0	40.0
	kategori cukup 9-16	14	43.8	46.7	86.7
	kategori baik 17-25	4	12.5	13.3	100.0
	Total	30	93.8	100.0	
Missing	System	2	6.2		
Total		32	100.0		

## Correlations

			beban kerja	kelengkapan dokumentasi
Spearman's rho	beban kerja	Correlation Coefficient	1.000	-.553**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	30	30
	kelengkapan dokumentasi	Correlation Coefficient	-.553**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**beban kerja \* kelengkapan dokumentasi Crosstabulation**

			kelengkapan dokumentasi			Total
			kategori kurang 0-8	kategori cukup 9-16	kategori baik 17-25	
beban kerja	ringan	Count	0	0	1	1
	46-60	% within beban kerja	.0%	.0%	100.0%	100.0%
		% within kelengkapan dokumentasi	.0%	.0%	25.0%	3.3%
		% of Total	.0%	.0%	3.3%	3.3%
	sedang	Count	6	13	3	22
	31-45	% within beban kerja	27.3%	59.1%	13.6%	100.0%
		% within kelengkapan dokumentasi	50.0%	92.9%	75.0%	73.3%
		% of Total	20.0%	43.3%	10.0%	73.3%
	berat 15-30	Count	6	1	0	7
		% within beban kerja	85.7%	14.3%	.0%	100.0%
		% within kelengkapan dokumentasi	50.0%	7.1%	.0%	23.3%
		% of Total	20.0%	3.3%	.0%	23.3%
Total	Count	12	14	4	30	
	% within beban kerja	40.0%	46.7%	13.3%	100.0%	
	% within kelengkapan dokumentasi	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	40.0%	46.7%	13.3%	100.0%	