

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. Manajemen waktu

Manajemen waktu menjadi komponen penting karena seseorang akan lebih efektif untuk pekerjaannya apabila individu mempunyai penggunaan waktu untuk kehidupan dirinya sendiri. Qteat dan Sajey (2014) mengatakan manajemen waktu ditempat kerja sangatlah penting untuk keberhasilan organisasi manapun, kesalahan terbesar seseorang dalam pekerjaan tidak menyadari berapa banyak waktu yang hilang karena manajemen waktu yang buruk di tempat kerja. Setiap waktu harus dianalisis dan disisihkan setiap harinya untuk meninjau dan memprioritaskan tuntutan waktu.

Perawat merupakan salah satu sumber daya manusia terpenting di rumah sakit karena selain jumlahnya yang dominan (55–60%) juga merupakan profesi yang memberikan pelayanan yang konstan dan terus menerus 24 jam kepada pasien setiap hari. Oleh karena itu pelayanan keperawatan memiliki peranan penting dalam menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit. Asuhan keperawatan yang rendah menyebabkan mutu pelayanan keperawatan juga menurun dan akhirnya memicu ketidakpuasan pasien. Sehingga setiap upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit harus juga disertai upaya meningkatkan pelayanan keperawatan.

Manajemen waktu perawat adalah proses perencanaan dilakukan dengan pengontrolan atas jumlah waktu kegiatan prioritasnya yang dihabiskan terutama meningkatkan efektivitas, efisien dan produktivitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui manajemen waktu perawat pelaksana dalam pemberian asuhan keperawatan di Rumah Sakit. Adapun proses asuhan keperawatan dimulai dari dokumentasi keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, dan tindakan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intevensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Perawatan langsung adalah tindakan yang diberikan secara langsung kepada klien,

perawat harus berinteraksi dengan klien, ada pelibatan aktif klien dalam pelaksanaan tindakan. Contoh: perawat memasang infus, memasang kateter, memberikan obat dsb. Sedangkan perawatan tidak langsung adalah tindakan yang diberikan tanpa melibatkan klien secara aktif misalnya membatasi jam kunjung, menciptakan lingkungan yang kondusif, kolaborasi dengan tim kesehatan (Ernawati, 2019).

Kebutuhan tenaga dapat ditinjau berdasarkan waktu perawatan langsung, waktu perawatan tidak langsung, dan waktu pendidikan kesehatan. Perkiraan jumlah tenaga dapat dihitung berdasarkan waktu perawatan langsung yang dihitung berdasarkan tingkat ketergantungan klien. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung (*direct care*) adalah berkisar 4-5 jam/ klien/ hari (Kartika & estari, 2012).

Jam perawatan atau waktu perawatan adalah waktu rata-rata yang dibutuhkan oleh seorang perawat untuk melakukan kegiatan keperawatan. Baik kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung maupun kegiatan pendidikan kesehatan. Waktu yang dibutuhkan oleh perawat untuk melayani pasien di setiap ruangan perawatan berbeda-beda, tergantung kondisi dari pasien tersebut. (Fkep et al., 2021).

Aktifitas pelayanan keperawatan yang diberikan selama 24 jam mayoritas terkonsentrasi di ruang rawat inap. Ruang rawat inap atau ruangan pasien adalah bagian penting yang tidak terpisahkan dari suatu tatanan rumah sakit. Di ruang rawat inap ini bergabung perawat pelaksana asuhan keperawatan yang memonopoli waktu pasien secara terus menerus selama 24 jam. Ruang rawat merupakan sentral kegiatan pokok dalam proses penyembuhan pasien dan secara manajerial sangat menentukan keberhasilan dalam memberikan pelayanan keperawatan bagi pasien. Bentuk kegiatan pelayanan keperawatan terdiri dari kegiatan perawatan langsung, kegiatan perawatan tidak langsung dan kegiatan non keperawat.

Kegiatan perawatan tidak langsung adalah kegiatan tidak langsung yang berhubungan dengan pasien tetapi ada kaitannya dengan kegiatan perawatan pasien diruangan seperti: mengisi dan melengkapi formulir pasien, membuat catatan keperawatan pasien, membuat daftar infus, menyiapkan tempat tidur pasien baru, koordinasi/ interaksi dengan sesama perawat, dokter atau bagian lain mengenai pasien, menyiapkan dan membersihkan alat (dewi kartika,2013)

Kegiatan keperawatan langsung merupakan kegiatan pelayanan keperawatan yang langsung berhubungan dengan pasien dalam rangka memenuhi kebutuhan bio-psikososial-spiritual sesuai dengan standar pelayanan keperawatan. Jenis pelayanan keperawatan langsung seperti pengkajian data keperawatan meliputi anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan membaca dokumentasi keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan menyusun rencana keperawatan dan melakukan tindakan keperawatan langsung (Arif, 2018).

Perawatan langsung adalah perawatan yang diberikan oleh perawat yang ada hubungan secara khusus dengan kebutuhan fisik, psikologis, dan spiritual. Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien pada perawat maka dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok, yaitu: *self care*, *partial care*, *total care* dan *intensive care*. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung (*direct care*) adalah berkisar 4 ± 5 jam/ klien/ hari. Kegiatan yang mungkin dilaksanakan perawat terhadap pasien, misalnya menerima pasien, anamnesa pasien, mengukur tanda-tanda vital, observasi, memasang dan mengontrol infus, menolong BAB/ BAK, merawat luka, mengganti balutan, mengangkat jahitan, kompres, memberi obat oral/ parenteral, persiapan pasien operasi, komunikasi, dan penyuluhan kesehatan (Mashudi, 2016).

Lamanya waktu perawatan dan masing-masing tindakan keperawatan akan mempengaruhi persepsi nyeri masing-masing pasien. Semakin lama waktu tindakan keperawatan maka akan menyebabkan persepsi nyeri pasien akan semakin meningkat atau berkurang. Apabila tindakan keperawatan menggunakan waktu yang lama untuk tindakan yang terstruktur yang dimulai dari tahap komunikasi awal seperti perawat memberikan pengertian dan tujuan dari tindakan yang akan di lakukan, penjelasan tahap-tahap tindakan yang akan di lakukan, penjelasan atas perkiraan lamanya tindakan tersebut akan berlangsung, menjelaskan mengenai keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh pasien atas tindakan tersebut, penjelasan tentang resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi apabila pasien menolak tindakan tersebut, menjelaskan tentang prognosis terhadap tindakan tindakan yang akan dilakukan. Maka pasien siap untuk menghadapi dan menerima tindakan perawatan luka dan mengerti benar tujuan dari tindakan tersebut. Sehingga pasien mengerti dan menerima untuk dilakukan tindakan keperawatan dan siap untuk menghadapi nyeri.

Kemudian dilanjutkan dengan tahap tindakan perawatan luka yang dilakukan perawat sesuai dengan SOP. Dengan perawat melakukan tindakan dengan berbicara atau komunikasi maka akan mengalami distraksi yang artinya focus pasien teralihkan terhadap nyeri. Tahapan terakhir yaitu komunikasi akhir yang meliputi pengecekan kondisi luka setelah dirawat. Jadi lama waktu perawatan luka adalah tindakan keperawatan luka dari mulai mendapat izin *informed consent* sampai tindakan selesai. Jika tindakan keperawatan dilakukan dengan waktu yang lama namun secara terstruktur maka diharapkan persepsi pasien terhadap nyeri bisa menurun atau begitu pula sebaliknya.

2. Proses Keperawatan

Menurut (Koerniawan et al., 2020) proses keperawatan meliputi :

a. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.tahap ini mencakup tiga kegiatan,yaitu Pengumpulan Data, Analisis Data dan Penentuan Masalah kesehatan serta keperawatan.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensian. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien dan individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Terdapat beberapa diagnosa yang muncul pada keperawatan perioperatif, yaitu : Nyeri, Ansietas, Resiko infeksi, Resiko perdarahan, Gangguan pola tidur, Gangguan mobilitas fisik, Gangguan integritas kulit, Hipotermi, Hipertermi, Resiko jatuh, Gangguan citra tubuh, dll.

c. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran

(outcome) yang di harapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Manfaat Intervensi Keperawatan yaitu sebagai tindakan untuk memenuhi kebutuhan klien, sebagai dasar pendekatan yang sistematis terhadap asuhan keperawatan, dan untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap klien. Macam-macam tindakan keperawatan pada fase perencanaan tindakan peneliti lebih memfokuskan kepada rencana perawatan luka pada pasien post operasi, karena pada pasien post operasi terdapat luka bekas sayatan setelah tindakan dan membutuhkan perawatan luka, tindakan tersebut antara lain :

1) Tindakan Observasi

Tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata ‘periksa’, ‘identifikasi’ atau ‘monitor’. Tindakan observasi perawatan luka yaitu :

- a) Monitor karakteristik luka
- b) Monitor tanda-tanda infeksi
- c) Observasi kondisi dan kesiapan pasien

2) Tindakan Edukasi

Tindakan ini yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan pasien merawat dirinya dengan membantu pasien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata ‘ajarkan’, ‘anjurkan’, atau ‘latih’. Tindakan edukasi nyeri adalah :

- a) Menjelaskan tentang pengertian dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan
- b) Menjelaskan lengkap tahap-tahap tindakan yang akan dilakukan
- c) Menjelaskan atas lamanya tindakan tersebut akan berlangsung
- d) Menjelaskan mengenai keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh pasien atas tindakan tersebut
- e) Menjelaskan tentang resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi apabila pasien menolak tindakan tersebut
- f) Menjelaskan tentang prognosis terhadap tindakan yang akan dilakukan
- g) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

3) Tindakan Terapeutik

Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata 'berikan', 'lakukan' dan kata-kata lainnya. Tindakan terapeutik perawatan luka yaitu sesuai dengan standar prosedur operasional perawatan luka.

4) Tindakan Kolaborasi

Tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini membutuhkan gabungan pengetahuan, keterampilan dari berbagai profesi kesehatan. Tindakan ini hanya dilakukan jika perawat memerlukan penanganan yang lebih lanjut. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata 'kolaborasi', 'rujuk', atau 'konsultasikan'. Tindakan kolaborasi biasanya menggunakan terapi obat-obatan yang telah diresepkan oleh dokter yaitu :

5) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

d. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Prinsip dasar dalam implementasi keperawatan yaitu :

- 1) Melakukan sesuai rencana keperawatan
- 2) Menyiapkan pasien dan peralatan
- 3) Melakukan tindakan keperawatan dengan prinsip aseptik

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan akhir dalam proses keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Tujuan dari tahap evaluasi ini adalah:

- 1) melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
- 2) menentukan apakah tujuan keperawatan sudah tercapai atau belum
- 3) mengkaji penyebab jika tujuan keperawatan belum tercapai

3. Nyeri

Nyeri adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Karena nilainya bagi kelangsungan hidup, nosiseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap stimulasi yang berulang atau berkepanjangan. Simpanan pengalaman yang menimbulkan nyeri dalam ingatan membantu kita menghindari kejadian – kejadian yang berpotensi membahayakan di masa mendatang (Sherwood, 2015).

Menurut PPNI (2017) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Menurut *The International Association for the Study of Pain (IASP)* dalam (Oliver, 2020) nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional tidak menyenangkan yang disertai oleh kerusakan jaringan secara potensial dan aktual. Nyeri sering dilukiskan sebagai suatu yang berbahaya (noksius, protofatik) atau yang tidak berbahaya (non noksius, epikritik) misalnya: sentuhan ringan, kehangatan, tekanan ringan (Pinzon, 2016).

4. Proses penyembuhan luka

Penyembuhan luka merupakan suatu proses yang kompleks karena adanya kegiatan bioseluler dan biokimia yang terjadi secara berkesinambungan. Penggabungan respon vaskuler, aktivitas seluler, dan terbentuknya senyawa kimia sebagai substansi mediator di daerah luka merupakan komponen yang saling terkait pada proses penyembuhan luka. Ketika terjadi luka, tubuh memiliki mekanisme untuk mengembalikan komponen-komponen jaringan yang rusak dengan membentuk struktur baru dan fungsional. Proses penyembuhan luka tidak hanya terbatas pada proses regenerasi yang bersifat lokal, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor endogen, seperti umur, nutrisi, imunologi, pemakaian obat-obatan, dan kondisi metabolik. Proses penyembuhan luka dibagi ke dalam lima tahap, meliputi tahap homeostasis, inflamasi, migrasi, proliferasi, dan maturasi.

Pendarahan biasanya terjadi ketika kulit mengalami luka dan menyebabkan bakteri maupun antigen keluar dari daerah yang mengalami luka. Pendarahan juga mengaktifkan sistem homeostasis yang menginisiasi komponen eksudat, seperti faktor pembekuan

darah. Fibrinogen di dalam eksudat memiliki mekanisme pembekuan darah dengan cara koagulasi terhadap eksudat (darah tanpa sel dan platelet) dan pembentukan jaringan fibrin, kemudian memproduksi agen pembekuan darah dan menyebabkan pendarahan terhenti. Keratinosit dan fibroblas memiliki peran penting dalam proses penyembuhan luka. Keratinosit akan menstimulasi fibroblas untuk mensintesis faktor pertumbuhan, lalu akan terjadi stimulasi proliferasi keratinosit. Selanjutnya, fibroblas mendapatkan fenotipe miofibroblas di bawah kontrol dari keratinosit. Hal ini dipengaruhi oleh keseimbangan antara proinflamator atau pembentukan faktor pertumbuhan (TGF)- β -dominated.

Homeostasis memiliki peran protektif yang membantu dalam penyembuhan luka. Pelepasan protein yang mengandung eksudat ke dalam luka menyebabkan vasodilatasi dan pelepasan histamin maupun serotonin. Hal ini memungkinkan fagosit memasuki daerah yang mengalami luka dan memakan sel-sel mati (jaringan yang mengalami nekrosis).⁵ Eksudat adalah cairan yang diproduksi dari luka kronik atau luka akut, serta merupakan komponen kunci dalam penyembuhan luka, mengalir luka secara berkesinambungan dan menjaga keadaan tetap lembab. Eksudat juga memberikan luka suatu nutrisi dan menyediakan kondisi untuk mitosis dari sel-sel epitel.

Pada tahap inflamasi akan terjadi edema, ekimosis, kemerahan, dan nyeri. Inflamasi terjadi karena adanya mediasi oleh sitokin, kemokin, faktor pertumbuhan, dan efek terhadap reseptor.

Selanjutnya adalah tahap migrasi, yang merupakan pergerakan sel epitel dan fibroblas pada daerah yang mengalami cedera untuk menggantikan jaringan yang rusak atau hilang. Sel ini meregenerasi dari tepi, dan secara cepat bertumbuh di daerah luka pada bagian yang telah tertutup darah beku bersamaan dengan pengerasan epitel.

Tahap proliferasi terjadi secara simultan dengan tahap migrasi dan proliferasi sel basal, yang terjadi selama 2- 3 hari. Tahap proliferasi terdiri dari neoangiogenesis, pembentukan jaringan yang tergranulasi, dan epitelisasi kembali.¹⁰ Jaringan yang tergranulasi terbentuk oleh pembuluh darah kapiler dan limfatik ke dalam luka dan kolagen yang disintesis oleh fibroblas dan memberikan kekuatan pada kulit. Sel epitel kemudian mengeras dan memberikan waktu untuk kolagen memperbaiki jaringan yang luka. Proliferasi dari fibroblas dan sintesis kolagen berlangsung selama dua minggu. Tahap maturasi berkembang dengan pembentukan jaringan penghubung selular dan

penguatan epitel baru yang ditentukan oleh besarnya luka. Jaringan granular selular berubah menjadi massa aselular dalam waktu beberapa bulan sampai 2 tahun.

5. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan panilain sangat subjektif, tempatnya pada kotreks (pada fungsi evaluatif secara kognitif). Persepsi ini di pengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor Kesadaran seseorang terhadap nyeri. Adanya stimuli yang mengenai tubuh (mekanik, termal, kimia) akan menyebabkan pelepasan substansi kimia (histamine, bradikinin, kalium). Substansi tersebut menyebabkan nosiseptor bereaksi, apabila nosiseptor mencapai ambang nyeri maka akan timbul impuls saraf yang akan dibawa menghantarkan sensasi berupa sentuhan, getaran, suhu hangat dan tekanan halus. Reseptor terletak di struktur permukaan

Pasien post operasi akan merasakan nyeri akibat dari proses pembedahan. Persepsi nyeri pasien biasanya dirasakan setelah pembiusan telah habis. Nyeri dirasakan dibagian luka akibat tindakan pembedahan. Setelah dilakukan pembedahan pasien post operasi akan mendapatkan perawatan di ruang rawat inap bedah. Salah satu tindakan yang dilakukan perawat dirawat inap adalah perawatan luka dengan cara mengganti balutan. Sebelum dilakukan tindakan biasanya pasien merasa cemas karena perawat akan membersihkan luka dan membuat nyeri semakin meningkat. Untuk menurunkan persepsi nyeri pasien biasanya perawat melakukan tindakan keperawatan dengan cara berkomunikasi dengan ramah untuk mengalihkan persepsi nyeri pasien. Kemudian perawat juga mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi persepsi nyeri pasien. Setelah dilakukan tindakan perawatan luka, pasien takut untuk bergerak karena persepsi nyeri akan meningkat.

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri

Pengalaman nyeri pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah (Magfuroh, 2015):

1) Arti Nyeri

Arti nyeri bagi individu memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri tersebut merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-

lain. Keadaan ini di pengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial kultural, lingkungan dan pengalaman.

2) Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan panilain sangat subjektif, tempatnya pada kotreks (pada fungsi evaluatif secara kognitif). Persepsi ini di pengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor. Kesadaran seseorang terhadap nyeri. Adanya stimuli yang mengenai tubuh (mekanik, termal, kimia) akan menyebabkan pelepasan substansi kimia (histamine, bradikinin, kalium). Substansi tersebut menyebabkan nosiseptor bereaksi, apabila nosiseptor mencapai ambang nyeri maka akan timbul impuls saraf yang akan dibawa menghantarkan sensasi berupa sentuhan, getaran, suhu hangat dan tekanan halus. Reseptor terletak di struktur permukaan.

3) Toleransi Nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan adanya intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan lain-lain. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

4) Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat di pengaruhi oleh beberapa faktor, seperti : arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, takut, cemas, usia, dan lain-lain.

6. Cara Mengukur Lamanya Waktu Tindakan dan Persepsi Nyeri

Cara mengukur lama tindakan tindakan keperawatan dan persepsi nyeri dengan menggunakan kuisisioner yang terdiri dari 3 bagian, bagian A berisi 8 pertanyaan mengenai biodata pasien, bagian B berisi 8 pertanyaan tentang lamanya waktu tindakan, dan bagian C berisi pertanyaan tentang persepsi nyeri. Dengan hasil yang dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu:

1. Lama waktu tindakan keperawatan

Yaitu dengan berisi 10 pertanyaan yang bisa dijawab oleh pasien terhadap lamanya perawat melakukan tindakan keperawatan perawatan luka dengan lengkap dan selesai sesuai SOP. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung (direct care) adalah 4-5 jam/klien/hari, perawatan tidak langsung (indirect care) adalah 36 menit/klien/hari, sedangkan untuk pendidikan kesehatan berkisar 15 menit/klien/hari (Gillies, 1994, dalam Arwani 2017). Penelitian yang dilakukan oleh (Heydari, F; Tabari, 2015) juga mengemukakan hal yang sama, yaitu waktu yang dihabiskan untuk kegiatan tidak langsung lebih banyak jika dibandingkan dengan kegiatan langsung. Adapun waktu yang diperlukan untuk memberikan kegiatan tidak langsung sekitar $22/1 \pm 10$ menit per pasien dan $21/5 \pm 11$ menit per pasien untuk kegiatan langsung (Desjardin, Cardinal, Belzik, dan Cuderg; 2018) dalam risetnya juga menyampaikan bahwa waktu yang digunakan perawat untuk kegiatan langsung sebesar 32,8%; kegiatan tidak langsung sebesar 55,7%. Standar tindakan keperawatan perawatan luka dikatakan sebentar jika dilakukan dibawah 10 menit dan dikatakan lama jika dilakukan selama lebih dari 10 menit. Dengan kategori skor sebagai berikut:

- a. 2=lama, apabila skor $>$ nilai mean/median/modus
 - b. 1=seentar, apabila skor \leq mean/median/modus
2. Persepsi nyeri

Yaitu dengan berisi 10 pertanyaan yang dapat dijawab oleh responden yang mudah dipahami dan dimengerti terhadap persepsi nyeri yang dirasakan saat dilakukan tindakan keperawatan, dengan kategori skor sebagai berikut :

- a. 1 = persepsi nyeri rendah, apabila $>$ nilai mean/median/modus
- b. 2 = tinggi, apabila \leq nilai median/mean/modus

B. Penelitian relevan

Penelitian (Dewi Kartika, Erwin, Widia Lestari) tentang Analisa Jam Perawatan Langsung Pasien di Ruang Bedah Cendrawasih I Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Propinsi Riau diketahui bahwa dari 44 responden yang diteliti, karakteristik berdasarkan umur responden terbanyak yaitu umur dewasa pertengahan (31-60 tahun) yang berjumlah 26

responden (59,1%), berdasarkan jenis kelamin responden yang terbanyak yaitu laki-laki berjumlah 26 responden (59,1%), karakteristik responden berdasarkan status pendidikan yang terbanyak adalah tingkat pendidikan SMP yang berjumlah 17 responden (38,6%) dan karakteristik responden berdasarkan pekerjaan yang terbanyak adalah tidak bekerja sebanyak 22 responden (50%). Mayoritas kategori pasien atau tingkat ketergantungan responden adalah *parcial care* yaitu sebanyak 38 orang responden (86,4%). Rata-rata kegiatan perawatan tertinggi adalah kegiatan mengantar pasien rontgen 40,74 menit, serta rata-rata jam perawatan selama 3 hari observasi adalah 60,32 menit.

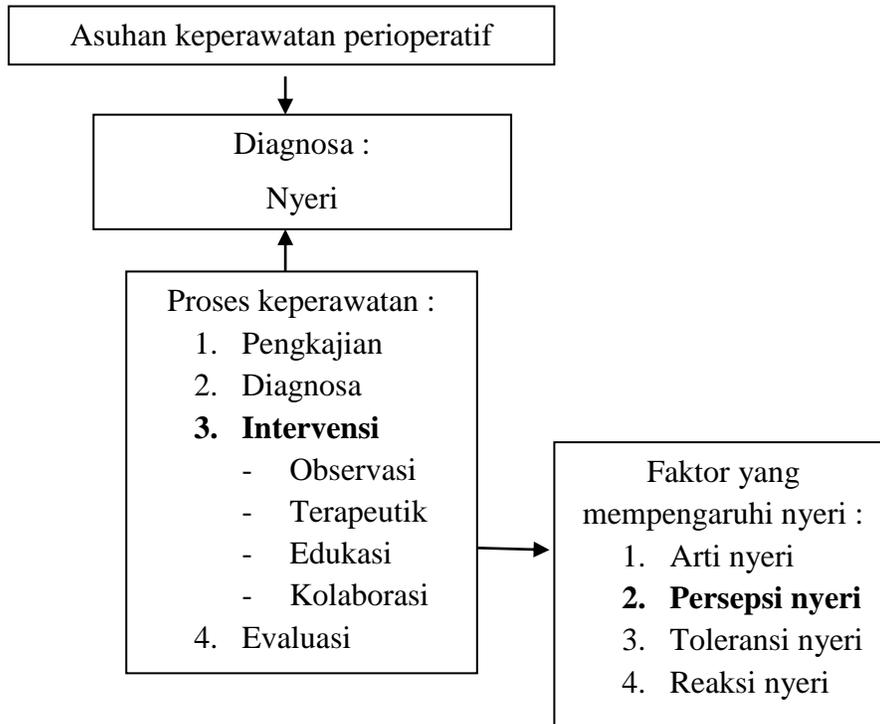
Berdasarkan hasil penelitian Amri Laksono tahun 2018 di ruang rawat inap khusus bedah RSUD Kota Madiun di dapatkan hasil analisis ada hubungan pendidikan, pengetahuan, lama kerja, pelatihan, dan motivasi dengan kepatuhan perawat terhadap pelaksanaan SPO perawatan luka pasca operasi (*post op*) diketahui bahwa sebagian besar responden tidak patuh terhadap pelaksanaan SPO sebanyak 20 orang (66,7%) 5 sedangkan yang patuh hanya berjumlah 10 orang (33,3%) (Laksono, 2018).

Proses penyembuhan luka pasca operasi akan memiliki resiko terkena infeksi pada luka, jika perawatan luka operasi yang diterapkan tidak sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP). Resiko tersebut mengharuskan perawat untuk melakukan tindakan perawatan luka post operasi sesuai dengan SOP. Dari hasil supervisi yang dilakukan kepada 11 orang perawat. Dinyatakan bahwa ada beberapa tindakan dalam SOP yang 3 belum dilakukan, seperti tidak menayakan nama, tidak melakukan pendokumentasian. (Suhada, et al., 2019).

Perawat profesional yang bertugas dirumah sakit semakin diakui eksistensinya dalam setiap tatanan pelayanan kesehatan, sehingga dalam memberikan pelayanan secara interdependen tidak terlepas dari kepatuhan perawat dalam setiap prosedural seperti perawatan luka. Kepatuhan perawat merupakan perilaku perawat yang dapat di observasi dan dapat langsung diukur. Faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan antara lain pengetahuan, kemampuan, motivasi, masa kerja, latar belakang pendidikan, fasilitas atau peralatan, serta kejelasan prosedur (Devi & Wijayanti, 2013).

C. Kerangka teori

Kerangka teori adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu.

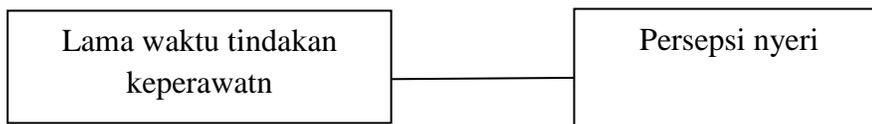


Gambar 2.1
Kerangka teori

Sumber : (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016)

D. Kerangka konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variable yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti, (Notoadmodjo, 2010). Berdasarkan konsep diatas, maka penulis membuat kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2.2

E. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Hipotesis berperan mengarahkan dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diteliti atau diamati (Notoatmodjo, 2018). Sesuai dengan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa :

Ha : ada hubungan lamanya penggunaan waktu tindakan keperawatan dengan persepsi nyeri

Ho : tidak ada hubungan lamanya penggunaan waktu tindakan keperawatan dengan persepsi nyeri