

1. NURSING CARE
2. EMPLOYEE PERFORMANCE APPRAISAL

TESIS

KK
TKA 52/03
Dra
U

**UPAYA PENINGKATAN KINERJA PERAWAT
DI RSUD KABUPATEN BIMA**

**(STUDI *BENCHMARKING* ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUANG RAWAT INAP VIP RSUD KABUPATEN BIMA
DENGAN RSUD KABUPATEN GRESIK)**



MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

AWAN DRAMAWAN

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002**

**UPAYA PENINGKATAN KINERJA PERAWAT
DI RSUD KABUPATEN BIMA**

**(STUDI *BENCHMARKING* ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUANG RAWAT INAP VIP RSUD KABUPATEN BIMA
DENGAN RSUD KABUPATEN GRESIK)**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan
Dalam Program Studi Administrasi dan Kesehatan
Pada
Program Pascasarjana Universitas Airlangga**



**AWAN DRAMAWAN
NIM : 090014060 M**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002**

Lembar pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 21 NOPEMBER 2002

Oleh

Pembimbing Ketua



Thinni Nurul Rochmah, Dra.Ec.,M.Kes
NIP. 131 949 829

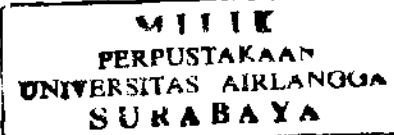
Pembimbing



M. Bagus Qomaruddin, Drs.,MSc
NIP. 131 877 895

Telah diuji pada

Tanggal 12 Nopember 2002



PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS.

Anggota : 1. Thinni Nurul R., Dra.Ec.,M.Kes.

2. M. Bagus Qomaruddin, Drs.,M.Sc.

3. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg.,M.Kes.

4. M.Reina Emma Pesik Adam, Dra.,MARS.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan rahmah, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Terwujudnya penulisan tesis ini sebenarnya bukanlah karya penulis semata, melainkan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu, perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Dosen pembimbing ketua, Ibu Thinni Nurul Rochmah., Dra.Ec.,M.Kes, atas segala bimbingan, dorongan, saran dan kritik dari persiapan proposal, dan sampai pada penulisan tesis ini.

Penulis ucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak M. Bagus Qomaruddin, Drs., MSc, sebagai pembimbing kedua, atas segala bimbingan, dorongan, saran dan kritik dari persiapan proposal, dan sampai pada penulisan tesis ini.

Penulis ucapkan terima kasih kepada Bapak Setya Haksama, drg., M.Kes, sebagai instruktur yang telah memberikan bimbingan dan saran dalam penyusunan dan penulisan tesis ini dengan penuh kesabaran.

Terlaksana kegiatan penulisan tesis ini, merupakan pula bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya, atas segala fasilitas yang telah diberikan, sehingga dapat melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

2. Direktur Pascasarjana Universitas Airlangga atas kesempatan yang diberikan kepada penulis menjadi mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
3. Direktur RSUD Kabupaten Bima atas kesediaanya memberikan izin penelitian, sehingga penelitian dapat dilaksanakan tepat pada waktunya
4. Kepala Badan RSUD Kabupaten Gresik atas izin yang diberikan sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan semestinya.
5. Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga; Bapak dr. Widodo J.P., MS., MPH., Dr.PH., yang banyak memberikan bimbingan dan dorongan dalam menyelesaikan studi.
6. Ketua Minat Studi Magister Manajemen Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga; Ibu Thini Nurul., Dra.Ec., M.Kes., yang penuh kesabaran dan ketabahan dalam memberikan bimbingan dan dorongan dalam penyelesaian studi tersebut.
7. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Barat yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti tugas belajar di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
8. Direktur Politekkes Mataram dan seluruh staf, yang telah memberikan dorongan untuk melanjutkan pendidikan pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
9. Istri tercinta Siti Nurhayati dan Anakda berdua yang tersayang Bayu Indrakusuma dan Ayu Putri Azahrawany, yang penuh kesabaran dan ketabahan dalam memberikan dorongan semangat dan bantuan moril

maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan pada Program pascasarjana universitas airlangga Surabaya.

10. Teman mahasiswa MMK-AKK Angkatan tahun 2000 atas segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis selama proses penyusunan dan penulisan tesis ini.
11. Semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu penulis dalam penyelesaian tesis ini.

Demikian ucapan terima kasih ini, semoga segala amal bakti bapak, ibu dan saudara mendapatkan imbalan yang setimpal dari Allah SWT, sebagai amal jariah.

Amin ya Rabbil Alamin.

Surabaya, 12 Nopember 2002

P e n u l i s

RINGKASAN

Analisis faktor individu dan faktor organisasi pelaksanaan asuhan keperawatan, di ruang rawat inap VIP RSUD Kab.Bima dengan studi *benchmarking* di RSUD Kab.Gresik, hasil akhir menyusun model asuhan keperawatan untuk perawat di RSUD Kab.Bima.

Penelitian ini studi *Benchmarking*, hasil analisis kegiatan dilapangan dan landasan teori, hasilnya diharapkan diperoleh desain standar asuhan keperawatan rumah sakit, pada akhirnya didapatkan model asuhan keperawatan rumah sakit untuk perawat RSUD Kab.Bima. Unit analisis adalah perawat di ruang rawat inap VIP di RSUD Kab.Bima 11 perawat, dan RSUD Kabupaten Gresik 7 perawat.

Hasil penelitian di ruang rawat inap VIP menunjukkan bahwa 1. Faktor Individu, yaitu: a) Kemampuan perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik (3,63), dari perawat di RSUD Kab.Bima (3,41), terutama keterampilan pelaksanaan asuhan keperawatan. b) Motivasi kebutuhan akan prestasi perawat di RSUD Kab.Gresik lebih baik (2,89), dari perawat di RSUD Kab.Bima (2,59), terutama menyukai situasi penting dan tanggung jawab tinggi, dan mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik. Motivasi kebutuhan akan kekuasaan perawat di RSUD Kab.Gresik lebih baik (2,57), dari perawat di RSUD Kab.Bima (1,95), terutama menyukai pekerjaan bila ditempatkan di situasi kompetitif yang tinggi dengan teman sekerja. Motivasi kebutuhan akan afiliasi di RSUD Kab.Bima lebih baik (3,29), dari perawat di RSUD Kab.Gresik (2,85), terutama bekerja dengan biaya sekecil-kecilnya tanpa konsekuensi. c) Etos kerja perawat di RSUD Kab. Gresik lebih baik (3,03), dari perawat di RSUD Kab.Bima (2,88), terutama menyukai pekerjaan profesi perawat. 2. Untuk faktor Organisasi, yaitu: a) Kebijakan di RSUD Kab.Gresik lebih baik (3), dari pada di RSUD Kab.Bima (1,55), terutama kebijakan kepala badan untuk SK SOP, bukti tertulis pedoman yang mengatur hak dan kewajiban klien, hak dan kewajiban perawat, dan catatan ketentuan tertulis mengatur berlakunya etika profesi. b) Kewenangan dan tanggung jawab di RSUD Kab. Gresik lebih baik (3,37), dari pada di RSUD Kab.Bima (2,06), baik secara keseluruhan. c) Sistem imbalan pada perawat di RSUD Kab. Gresik lebih baik (3,25), dari pada di RSUD Kab.Bima (2,87), baik secara keseluruhan. d) Pengembangan karier perawat di RSUD Kab.Gresik lebih baik (2,69), dari pada di RSUD Kab.Bima (1,75), terutama catatan perawat mengikuti pendidikan dan pelatihan di luar rumah sakit. e) Evaluasi dan Pengendalian pada perawat di RSUD Kab. Gresik lebih baik (3,05) dari pada perawat di RSUD Kab. Bima (2,5), terutama pembentukan tim evaluasi dan pengendalian, instrumen evaluasi, dan instrumen evaluasi dan hasil. 3. Model Asuhan keperawatan di RSUD Kab. Gresik model kasus 100 %, perawat di RSUD Kab. Bima model kasus 63,6 % dan model fungsional 36,4 %. 4. Pelaksanaan auhan keperawatan, dari evaluasi dokumentasi proses keperawatan dalam penerapan asuhan keperawatan, di RSUD Kab.Gresik menilai lebih tinggi 100 %, sedangkan perawat di RSUD Kab.Bima menilai baik sebanyak 81,81 %, dan menilai sedang sebanyak 18,19 %.

Kesimpulan; 1. Faktor Individu dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, kualitas perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab.Gresik lebih baik dari RSUD Kab.Bima, karena perawat di RSUD Kab.Gresik semua lulusan D3 Keperawatan, untuk kemampuan keterampilan asuhan keperawatan lebih baik, termasuk motivasi kebutuhan akan prestasi dan kebutuhan akan kekuasaan. 2 Faktor Organisasi dalam

asuhan keperawatan, bahwa di RSUD kabupaten Gresik lebih baik dari RSUD Kabupaten Bima, terutama memiliki surat keputusan dibuat kepala badan, untuk kebijakan, kelengkapan dokumen dan laporan serta catatan kewenangan dan tanggung jawab, ada kebebasan dalam mengambil keputusan diberlakukan untuk perawat sebagai imbalan intrinsik, catatan pelatihan dan pendidikan bagi perawat dijadwalkan baik untuk penyelenggaraan di dalam dan di luar rumah sakit, serta di setiap jenjang struktural keperawatan diselenggarakan evaluasi dan pengendalian. Semua mengenai faktor organisasi tertuang dalam buku pedoman pelaksanaan asuhan keperawatan, dengan surat keputusan kepala badan RSUD Kab.Gresik. 3. Model Asuhan Keperawatan dengan model kasus untuk asuhan keperawatan di RSUD Kab.Gresik lebih baik dari RSUD Kab.Bima menerapkan model kasus dan model fungsional, karena di RSUD Kabupaten Gresik semua lulusan D3 Keperawatan, sehingga fahan dan mengimplementasikan model asuhan keperawatan dan memutuskan menggunakan model kasus.

Saran-saran: 1. Kepada Penentu kebijakan di RSUD Kab.Bima, adalah a) Mengusulkan meningkatkan kualitas tenaga keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab.Bima, yaitu training atau magang pelaksanaan asuhan keperawatan untuk keterampilan asuhan keperawatan perawat SPK, perawat D3 pelatihan pengembangan diri untuk motivasi dan etos kerja. b) Mengusulkan kepada direktur RSUD Kab.Bima dan pengelola keperawatan menyusun pedoman pelaksanaan asuhan keperawatan, yaitu kebijakan, kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karir, serta evaluasi dan pengendalian, dengan SK direktur rumah sakit. c) Mengusulkan model kasus asuhan keperawatan, bagi kepala ruangan atau pengelola keperawatan di RSUD Kab.Bima, dalam penerapan di ruang rawat inap VIP. 2. Peneliti lain, perlu penelitian faktor lain mempengaruhi kinerja perawat, dan ratio kebutuhan tenaga keperawatan, serta efektifitas dan efisiensi asuhan keperawatan.

ABSTRACT

Individual analysis factor and organization factor on implementation of nursing care, in order to nurses in the VIP staying care room of RSUD Kab.Bima by nurse *benchmarking* study in RSUD Kab.Gresik, with the final result to arrange nursing care model for nurses in RSUD Kab.Bima.

This research is *Benchmarking generic* study. Result of field activity analysis with basic theory which there is expected that it can be achieve a hospital nursing care design for nurses, and finally, it can be obtained the hospital nursing care model. Analysis unit are nurses who implement nursing care in the VIP staying care in RSUD Kab.Bima , number of nurses were 11 person , and nurses in RSUD Kab. Gresik were 11 person.

Result of this research in VIP staying care room that indicated that as following 1. Individual factors, such as: a) Nurses performance in RSUD Kab.Gresik was better (3,63), than nurses in RSUD Kab.Bima (3,41), especially, for implementation skill of nursing care. b) The motivation for the demand to obtain the nurses' adequate performance in RSUD Kab.Gresik was better (25,89), than nurses in RSUD Kab.Bima (2,59), especially, that they liked an important situation and with high responsibility, and had desired to finished their duty with better result. The motivation need for nurses' power in RSUD Kab.Gresik was better (2,57), than nurses in RSUD Kab.Bima (1,95), especially, in manner, that they most liked job while they was placed with the high competitive situation with their friend in the same profession. The motivation need for affiliation in RSUD Kab.Bima was better (3,29), than nurses in RSUD Kab.Gresik (2,85), especially, to carried out their duty with lower cost without consequence. c) Nurses' work ethos in RSUD of Regency of Gresik was better (3,03), than nurses in RSUD Kab.Bima (2,88), especially, who liked job as a nurse. 2. For Organization factors, such as: a) The policy in RSUD Kab.Gresik was better (3), than in RSUD Kab.Bima (1,55), especially, the policy of Head Cooperation for decision letter SOP, the authentic evidence as orientation which arranged client's right and duty, nurses' right and duty, and note of authentic establishment which arranged the prevail of profession ethical. b) Power and responsibility in RSUD Kab.Gresik was better (3,37), than in RSUD Kab.Bima (2,06), was better in entire situation. c) Incentive system for nurses in RSUD Kab.Gresik was better (3,25), than in RSUD Kab.Bima (2,87), it was good in entire. d) The nurses' career development in RSUD Kab.Gresik was better (2,69), than, in RSUD Kab.Bima (1,75), especially, for number of nurses who followed education and training outside the hospital. e) Evaluation and control of nurses in RSUD Kab.Gresik was better (3,05) than the nurses in RSUD Kab.Bima (2,5), especially development of evaluation team and controlling, evaluation instrument, and result. 3. The Nursing care model for case model of RSUD Kab.Gresik was 100%, whereas the case model for nurses in RSUD Kab.Bima was 63,6% and functional model was 36,4%. 4. The implementation of nursing care, from the evaluation documentation of nursing process in order to application of nurses' nursing care in RSUD Kab.Gresik was higher point 100%, whereas nurses in RSUD Kab.Bima was good point 81,81%, and it point was medium 18,19%.

Key words : Nursing care model, hospital nursing care, *Benchmarking*, Nurses performance.

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Penetapan Panitia.....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
Ringkasan.....	viii
Abstract.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	131
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
Identifikasi Masalah.....	6
1.1.1 Faktor Individu.....	7
1.1.2 Faktor Organisasi.....	10
1.1.3 Faktor Pekerjaan.....	18
1.1.4 Faktor Klien dan Keluarga.....	19
1.1.5 Faktor Profesi lain.....	19
1.2 Rumusan Masalah.....	20
1.3 Tujuan Penelitian.....	21
1.4.1 Tujuan Umum... ..	21
1.4.2 Tujuan Khusus	21
1.5 Manfaat Penelitian.....	22
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	23
2.1 <i>Benchmarking</i>	23

2.1.1	Definisi <i>Benchmarking</i>	23
2.1.2	Tujuan <i>Benchmarking</i>	24
2.1.3	Prinsip <i>Benchmarking</i>	24
2.1.4	Filosofi dasar <i>benchmarking</i>	25
2.1.6	<i>Benchmarking</i> strategi.....	25
2.1.7	Macam studi <i>benchmarking</i>	25
2.1.8	Proses <i>Benchmarking</i>	28
2.1.9	Syarat keberhasilan <i>benchmarking</i>	30
2.2	Organisasi Rumah Sakit.....	31
2.2.1	Pengertian Rumah sakit.....	31
2.2.2	Pelayanan keperawatan rumah sakit.....	32
2.2.3	Faktor organisasi rumah sakit.....	32
2.3	Kinerja.....	35
2.3.1	Pengertian kinerja	35
2.3.2	Kinerja Individu.....	36
2.3.3	Penilaian Kinerja.....	36
2.4	Perawat.....	36
2.4.1	Pengertian Perawat.....	36
2.4.2	Faktor Individu Perawat.....	37
2.4.3	Peran dan Fungsi Perawat.....	41
2.4.4	Tanggung jawab Perawat.....	42
2.4.5	Lingkup Kewenangan Perawat.....	42
2.4.6	Hak dan kewajiban perawat.....	43
2.5	Asuhan Keperawatan.....	45
2.5.1	Pengertian Asuhan Keperawatan.....	45
2.5.2	Tujuan Asuhan Keperawatan dan sasaran.....	46
2.5.4	Lingkup Asuhan Keperawatan.....	46
2.5.5	Model pemberian asuhan keperawatan.....	56
2.5.6	Standar asuhan keperawatan	59
BAB III	KERANGKA KONSEPTUAL	63

BAB IV METODE PENELITIAN.....	65
4.1 Rancangan Penelitian.....	65
4.2 Unit analisis.....	65
4.3 Kerangka Operasional.....	66
4.4 Variabel Penelitian.....	66
4.5 Definisi Operasional dan Cara pengukuran variabel.....	67
4.6 Instrumen Penelitian.....	72
4.6.1 Prosedur pengumpulan data.....	73
4.7 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.....	73
4.7.1 Tempat Penelitian.....	73
4.7.2 Waktu Penelitian.....	73
4.8 Tehnik pengolahan dan analisis data.....	73
4.8.1 Tehnik pengolahan data.....	73
4.8.2 Analisis data.....	74
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	75
5.1 Gambaran umum tempat penelitian.....	75
5.2 Kemampuan perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.....	82
5.3 Motivasi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.....	84
5.4 Etos kerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.....	87
5.5 Kebijakan rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.....	90
5.6 Kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit dalam aspek.....	91
5.7 Sistem imbalan rumah sakit dalam pelaksanaan aspek.....	93
5.8 Pengembangan karir rumah sakit dalam pelaksanaan aspek.....	94
5.9 Evaluasi dan pengendalian rumah sakit dalam aspek.....	95
5.10 Model asuhan keperawatan.....	97
5.11 Asuhan keperawatan.....	98
5.12 Model Asuhan keperawatan dengan studi <i>Benchmarking</i> perawat etnis bima di RSUD Kabupaten Bima pada etnisjawa di RSUD Kabupaten Gresik.....	99
BAB 6 PEMBAHASAN.....	108
6.1 Faktor individu meliputi kemampuan, motivasi dan etos	

kerja.....	108
6.2 Faktor organisasi meliputi kebijakan, kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karir, evaluasi dan pengendalian.....	112
6.3 Model asuhan keperawatan.....	117
6.4 Pelaksanaan asuhan keperawatan.....	119
6.5 Model asuhan keperawatan dengan studi <i>Benchmarking</i>	121
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	123
7.1 Kesimpulan.....	123
7.2 Saran.....	124
DAFTAR PUSTAKA.....	126
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	131

Daftar Tabel

	Halaman
Tabel 1.1 Data evaluasi Asuhan keperawatan individu rumah sakit se-NTB Th.2001	4
Tabel 1.2 Data hasil survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bima Tahun 2001	4
Tabel 1.3 Data hasil survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Gresik bulan Maret Tahun 2001	5
Tabel 4.1 Jenis instrumen untuk penelitian kinerja perawat etnis Bima di RSUD Bima Kabupaten Bima dan perawat etnis Jawa di RSUD Kabupaten Gresik	72
Tabel 5.1 Keadaan RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik	75
Tabel 5.2 Visi,Misi dan Motto RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik	76
Tabel 5.3 Jumlah tempat tidur dengan komposisi klas VIP RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	77
Tabel 5.4 Indikator pelayanan di RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	77
Tabel 5.5 Jenis pelayanan spesialis di RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	78
Tabel 5.6 Jenis pelayanan pasien rawat jalan di RSUD Kabupaten Bima dan RSUD kabupaten Gresik.....	79
Tabel 5.7 Kemampuan pelayanan penunjang medik di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik.....	80
Tabel 5.8 Tim dalam lingkup komite medik RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	80
Tabel 5.9 Jenis ketenagaan RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	81
Tabel 5.10 Distribusi Kemampuan perawat pada ruang VIP RSUD Kabupaten	

Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	82
Tabel 5.11 Distribusi Motivasi perawat pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	84
Tabel 5.12 Distribusi Motivasi perawat pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	85
Tabel 5.13 Distribusi Motivasi perawat pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	86
Tabel 5.14 Distribusi Etos Kerja perawat pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	88
Tabel 5.15 Distribusi kebijakan rumah sakit pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	99
Tabel 5.16 Distribusi kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik...	92
Tabel 5.17 Distribusi sistem imbalan rumah sakit pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	93
Tabel 5.18 Distribusi sistem pengembangan karir rumah sakit pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.....	94
Tabel 5.19 Distribusi evaluasi dan pengendalian rumah sakit pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik...	96
Tabel 5.20 Distribusi model asuhan keperawatan pada RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik...	97
Tabel 5.21 Distribusi hasil penilaian terhadap dokumentasi asuhan Keperawatan pada RSUD Bima dibandingkan RSUD Gresi...	98

Daftar Bagan

	Halaman
Bagan 1.1 Modifikasi a model for the Health Service Administrator dan Kopelman 1986. dalam Konsep Kinerja keperawatan.....	6
Bagan 2.1 Proses <i>Benchmarking</i> dianalogkan dengan siklus Deming.....	28
Bagan 2.2 Proses <i>Benchmarking</i> model	29
Bagan 2.3 Modifikasi model proses keperawatan Gaffar.....	47
Bagan3.1 Bagan kerangka konseptual penelitian	64
Bagan 4.1 Kerangka operasional penelitian	66

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Kuesioner faktor individu	103
Lampiran 2 Check list untuk rumah sakit	139
Lampiran 3 Kriteria	150
Lampiran 4 Instrumen observasi keterampilan faktor individu perawat...	154
Lampiran 5 Instrumen Check list Studi Dokumen Pelaksanaan Askep ...	156
Lampiran 6 Hasil statistik faktor individu	158
Lampiran 7 Hasil statistik asuhan keperawatan.....	175
Lampiran 8 Hasil statistik faktor organisasi.....	176

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Penetapan Panitia.....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
Ringkasan.....	viii
Abstract.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xviii

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
Identifikasi Masalah.....	6
1.1.1 Faktor Individu.....	7
1.1.2 Faktor Organisasi.....	10
1.1.3 Faktor Pekerjaan.....	18
1.1.4 Faktor Klien dan Keluarga.....	19
1.1.5 Faktor Profesi lain.....	19
1.2 Rumusan Masalah.....	20
1.3 Tujuan Penelitian.....	21
1.4.1 Tujuan Umum.....	21
1.4.2 Tujuan Khusus	21
1.5 Manfaat Penelitian.....	22
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	23
2.1 <i>Benchmarking</i>	23

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Visi yaitu: “ Indonesia sehat tahun 2010” dengan misi pembangunan kesehatan yaitu: (1) menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan; (2) memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungannya; (3) memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Sedangkan strategi pembangunan kesehatan untuk Indonesia sehat 2010 adalah: aktualisasi paradigma sehat dalam pembangunan nasional berwawasan kesehatan, pengembangan profesionalisme, pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat, serta desentralisasi menuju otonomi daerah dalam pembangunan kesehatan (Wijono, 1999). Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 983/MENKES/SK/XI/1992 menyebutkan bahwa RSU adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan tingkat dasar, spesialisik dan sub spesialisik, mempunyai misi pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Depkes.R.I, 1992).

Masyarakat mengeluh, rendahnya pelayanan kesehatan, terutama keperawatan, hampir di seluruh rumah sakit, keadaan ini disebabkan terbatasnya tenaga perawat dimiliki, sedangkan pelayanan kesehatan bermutu dan profesional, diperlukan dukungan sumber daya manusia yang mencukupi, terutama tenaga keperawatan. Keperawatan merupakan profesi bidang kesehatan, pengertian pelayanan keperawatan adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni merawat *care*,



suatu gabungan dari ilmu pengetahuan *humanistic* dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu sosial, dan pengertian lain dari keperawatan adalah ilmu dan seni sekaligus (WHO,1996).

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia sebagai berikut:

“ Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia” (PPNI,1999).

Perawat profesional adalah mereka yang memiliki kemampuan, kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki, diperoleh melalui pendidikan formal keperawatan, dan dapat juga perawat dikatakan profesional, jika memiliki kemampuan keterampilan intelektual, keterampilan tehnik serta keterampilan interpersonal sesuai dengan kode etik (Husin, 1996).

Adapun tentang paradigma, karakter dan sikap hidup orang Bima dan Jawa, dapat diuraikan sebagai berikut:

Etnis Bima sebagai paradigma hidup, dari nenek moyangnya, yaitu: (1) *Ngaha aina ngoho*, artinya mencari makan dengan berladang tidak merusak alam atau hutan; (2) *Maja labo 'dahu*, artinya melakukan pekerjaan harus merasa malu dan takut untuk salah atau bekerja tidak sesuai ketentuan pada tempat kerja (Maryam,1999).

Selain paradigma tersebut etnis Bima memiliki karakter keras, cepat marah, malas bekerja yang bersifat rutinitas dan tidak senang diperintah, bekerja tidak memikirkan akibat, tanggung jawab kurang, bekerja tanpa rencana, mengutamakan

kepentingan untuk diri sendiri, hidup dengan berladang, berlayar dan berdagang (Maryam,1999).

Sedangkan untuk etnis Jawa, lebih banyak diajarkan berdiri sendiri dan memiliki tanggung jawab pribadi (Koentjaraningrat, 1994). Etnis Jawa mempunyai lima simbol yang dipakai sebagai paradigma, yaitu *Trapsila* tindakan dan tingkah laku seseorang dalam menghormati orang lain; *Ukara*, kata seseorang itu runtun, jelas, jujur; *Sastra* kecakapan atau kepandaian bahasa tulis; *Susila* moral. Dari empat hal tersebut, jika dipenuhi oleh seseorang, maka bisa dinilai suatu hasil kerja atau *Karya* (Herusatoto,2001).

Selain lima simbol di atas terdapat delapan sikap dasar *Hasta Sila* bagi Jawa, yang terdiri dari *Tri-Sila* yaitu sadar *eling*, percaya *pracaya*, setia melaksanakan perintah *mituhu*, dan *Panca-Sila* yaitu rela *riila*, menerima nasib yang diterima *narima*, setia pada janji *temen*, lapang dada *sabar*, memiliki budi baik *budiluhur*, mengerti etika dan taat pada adat-istiadat nenek moyang, selalu mengutamakan kepentingan umum dari pada dirinya sendiri, tergambar dalam *aja demuh* dan *aja aji mumpung* (Herusatoto,2001).

Hasil evaluasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum se-NTB Tahun 2001, tentang survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik sebagai berikut:

Tabel.1.1 Data evaluasi asuhan Keperawatan individu rumah sakit se-NTB Tahun 2001.

No	Rumah Sakit	Asuhan Keperawatan			
		Standar	%	Hasil	%
1	RSU Mataram	24	100	19	79
2	RSU Praya	24	100	0	0
3	RSU Selong	24	100	13	54
4	RSU Sumbawa	24	100	13	54
5	RSU Dompu	24	100	0	0
6	RSU Bima	24	100	10	42

Sumber : laporan Tim evaluasi Standar Asuhan Keperawatan Propinsi NTB Tahun 2001.

Dari tabel 1.1 di atas data evaluasi keperawatan RSU se-Propinsi NTB bahwa hasil 24 item langkah proses keperawatan, hasil tertinggi asuhan keperawatan diperoleh RSU Mataram 79 %, hasil terendah RSU Praya dan RSU Dompu tidak ada dengan hasil 0, RSU Bima, asuhan keperawatan yang dapat dilaksanakan masih sangat rendah dengan hasil 42%.

Tabel.1.2 Data hasil survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan, RSUD Kabupaten Bima Tahun 2001.

NO	URAIAN	RUANG			
		PENYAKIT DALAM	BEDAH	PERINA TOLOGI	KANDU NGAN
		%	%	%	%
1	PENGAJIAN	50	33	46	37
2	DX KEPERAWATAN	50	33	46	30
3	PERENCANAAN	55	33	46	37
4	TINDAKAN	52	48	50	44
5	EVALUASI	50	33	46	37
6	CATATAN KEPERAWATAN	50	33	46	37

Sumber : laporan Tim evaluasi Standar Asuhan Keperawatan Propinsi NTB Tahun 2001

Dari tabel 1.2 data hasil survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan RSUD Kabupaten Bima tahun 2001, dari seluruh tahapan proses keperawatan, hasil tertinggi di ruang penyakit dalam sebesar 50%-55%, sedangkan terendah ruang bedah sebesar 33%, namun pada tahap tindakan keperawatan mendapatkan hasil 48%.

Hasil evaluasi asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Gresik Tahun 2001, tentang survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan sebagai berikut:

Tabel.1.3 Data hasil survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan, Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Gresik bulan Maret Tahun 2001.

NO	URAIAN	RUANG							
		A	B	C	D	F	G	H	WK
		%	%	%	%	%	%	%	%
1	PENGENJALAN	82,5	56,3	75	78,8	96,3	65	77,5	93,8
2	DX. KEPERAWATAN	76,7	3	90	100	98,3	90	88,3	98,3
3	PERENCANAAN	85	16,7	89,2	92,5	98,3	85	98,3	94,2
4	TINDAKAN	63,8	13,8	95	95	98,8	60	86,3	92,5
5	EVALUASI	82,5	15	55	85	87,5	10	25	62,5
6	CATATAN KEPERAWATAN	100	40	90	95	99	89	100	72

Sumber : laporan Tim evaluasi Standar Asuhan Keperawatan RSUD Kabupaten Gresik, Propinsi Jatim Tahun 2001

Dari tabel 1.3 hasil survei pengembangan dan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan RSUD Kabupaten Gresik tahun 2001, diperoleh hasil seluruh tahapan proses keperawatan, dengan rata-rata tinggi di ruang Flamboyan (F) sebesar 96,3% - 99%, sedangkan yang terendah di ruang Bogenvil sebesar 3% - 56,3%.

Berdasarkan hasil survei pengembangan dan evaluasi penerapan asuhan keperawatan ditemukan masalah rendahnya pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Bima bila dibandingkan di RSUD Kabupaten Gresik.

1.2 Identifikasi Masalah



Bagan 1.1 Modifikasi a model for the Health Service Administrator dan Kopelman 1986,dalam Konsep Kinerja keperawatan.

Hasil penelitian, beberapa pakar memberi penjelasan tentang faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah faktor individu, faktor organisasi dan faktor pekerjaan, faktor profesi lain, faktor klien dan faktor keluarga.

1.2.1 Faktor Individu

Faktor individu adalah individu perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah: (1) kemampuan; (2) motivasi; (3) etos kerja; (4) sikap; (6) nilai, yang berbeda satu sama lain dalam pelayanan keperawatan.

a. Kemampuan

Kemampuan atau *kompetensi* menunjukkan bahwa perawat profesional memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan keperawatan (Swansburg,2001).

Perawat membutuhkan kemampuan berfikir kritis, kearsifan, dan keterampilan penatalaksanaan pasien mengatasi peningkatan tanggung jawab dalam asuhan keperawatan (Doenges. dkk, 2000).

Berdasarkan beberapa pendapat, faktor kemampuan yang meliputi pengetahuan dan keterampilan, merupakan kebutuhan yang harus dimiliki dalam kemandirian pelaksanaan asuhan keperawatan.

Faktor kemampuan yang meliputi pengetahuan dan keterampilan, bahwa perawat di RSUD Kabupaten Bima lebih banyak berpendidikan SPK bila dibandingkan dengan tingkat pendidikan di RSUD Kabupaten Gresik, sehingga diasumsikan mempengaruhi kemampuan dalam pengetahuan dan keterampilan trampilan dalam asuhan keperawatan.

b. Motivasi

Motivasi atau *motivation* berarti pemberian motif, penimbulkan motif atau hal yang menimbulkan dorongan atau keadaan yang menimbulkan dorongan atau faktor yang mendorong untuk bertindak dengan cara tertentu (Martoyo S, 1998).

Motivasi kerja adalah dorongan mempengaruhi kerja terdiri dari atasan, rekan, sarana fisik, kebijakan dan peraturan, imbalan jasa uang dan non uang, jenis pekerjaan dan tantangan dan motivasi individu perawat untuk bekerja dipengaruhi oleh system kebutuhannya (Martoyo S, 1998).

Kebutuhan ini ditetapkan sebagai berikut:

- 1) Kebutuhan akan prestasi *nAch-achievement need*: Dorongan untuk mengungguli, berprestasi sehubungan dengan seperangkat standar, bergulat untuk sukses.
- 2) Kebutuhan akan kekuasaan *nPow-need for power*: Kebutuhan untuk membuat orang lain berperilaku dalam suatu cara yang orang itu tanpa dipaksa tidak akan berperilaku demikian.
- 3) Kebutuhan akan afiliasi *nAff-need for affiliation*: Hasrat untuk hubungan antar pribadi yang ramah dan akrab (Robbins, 2001).

Faktor motivasi yang mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik, adalah : Kebutuhan akan prestasi *nAch-achievement need*, Kebutuhan akan kekuasaan *nPow-need for power*, dan Kebutuhan akan afiliasi *nAff-need for affiliation*.

Akhirnya karena faktor tersebut di atas, diasumsikan dapat menyebabkan kinerja perawat rendah dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

c. Etos kerja

Etos kerja adalah pandangan setiap orang bahwa bekerja adalah suatu hal yang penting dalam tujuan hidup, cenderung menyukai kerja dan memperoleh kepuasan dari pekerjaan, mempunyai komitmen yang lebih kuat terhadap organisasi dan tujuannya (Newstrom, 1989).

Faktor etos kerja, perawat di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik, pandangan yang berbeda terhadap pekerjaan sebagai tujuan hidup, diasumsikan mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

d. Sikap

Melalui tindakan dan belajar, seseorang akan mendapatkan kepercayaan dan sikap terhadap sesuatu yang pada gilirannya akan mempengaruhi perilakunya (Umar, 2000).

Sikap akan menempatkan seseorang ke dalam satu pikiran menyukai atau tidak menyukai sesuatu serta mendekati atau menjauhi pekerjaan tersebut. Untuk sikap yang dapat mempengaruhi perawat adalah: 1) Respon sikap; 2) Respon afektif; dan 3) Respon perilaku.

Faktor sikap, untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik yaitu: respon kognitif, respon afektif dan respon perilaku, ialah sikap yang ditunjukkan karena tingkat pengetahuan yang dimiliki, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, sikap melihat atau melaksanakan sesuatu karena respon yang dimiliki, bila respon kognitif, afektif dan perilakunya rendah, diasumsikan mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

e. Nilai

Nilai yang berubah mempengaruhi karakteristik individu seperti sikap, harapan, kompetisi dan nilai yang dianut pekerja, perubahan nilai dan sikap dominan, akan mempengaruhi individu dalam keterlibatan pada tugas, motivasi kerja dan komitmen organisasi. Faktor nilai yaitu: sikap, harapan, kompetisi dan nilai yang dianut perawat, merupakan prinsip utama dalam setiap memberikan asuhan keperawatan (Kopelman, 1986).

Perubahan nilai dan sikap dominan, akan mempengaruhi individu dalam keterlibatan pada tugas, motivasi kerja dan komitmen organisasi. Faktor nilai yaitu: sikap, harapan, kompetisi dan nilai yang dianut perawat, merupakan prinsip utama dalam setiap memberikan asuhan keperawatan.

Hal ini penting guna menghindari kesalahan yang berakibat fatal terhadap klien dan eksistensi profesi keperawatan yang sedang mencari identitas. Untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik, dengan perubahan sikap, harapan, kompetisi dan nilai yang dianut pekerja, diasumsikan cenderung akan mempengaruhi rendahnya kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

1.2.2 Faktor organisasi

Faktor organisasi yang dimaksud adalah organisasi rumah sakit, faktor organisasi meliputi: (1) kebijaksanaan organisasi; (2) kewenangan dan tanggung jawab; (3) sistem imbalan; (4) pengembangan karir; (5) evaluasi dan pengendalian; (6) jumlah tenaga; (7) fasilitas dan peralatan; (8) tujuan organisasi; (9) seleksi; (10) pelatihan dan; (11) struktur organisasi (Prawirosentono, 1999).

Kinerja seluruh jenis organisasi baik perusahaan, pemerintah, rumah sakit maupun organisasi keagamaan dinilai baik bila meraih keberhasilan. Keberhasilan organisasi dengan ragam kinerja tergantung kepada kinerja para individu organisasi bersangkutan (Prawirasentono,1999).

Kebijakan merupakan rencana yang berlaku dibakukan baik sifat maupun isinya (Swanburg,2000). Kebijakan, prosedur, aturan, dan peraturan merupakan rencana yang berlaku di organisasi keperawatan (Swansburg, 2001). Kebijakan pelayanan keperawatan ada untuk standarisasi dan sebagai sumber petunjuk bagi staf keperawatan (Swansburg, 2001).

Kebijakan rumah sakit membawa perubahan sistem kegiatan program, termasuk pelaksanaan asuhan keperawatan. Bila kebijakan yang tidak baik maka membawa pengaruh bagi sistem , aktivitas, maupun prosedur.

Faktor kebijakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik adalah: kebijakan pelaksanaan asuhan keperawatan bagi perawat dan klien.

a. Kewenangan dan tanggung jawab

Kewenangan dan tanggung jawab adalah perpaduan berbagai perilaku yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memiliki kemampuan untuk mendorong orang lain bersedia dan dapat menyelesaikan tugas tertentu yang dipercayakan (Azrul, 1999).

Faktor kewenangan dan tanggung jawab, di RSUD Kabupaten Bima dan perawat di RSUD kabupaten Gresik, diasumsikan tidak memahami area kewenangan dan tanggung jawab yang diberikan, perawat cenderung untuk menunggu perintah

atasan, atau bertindak bukan pada area kewenangan dan tanggung jawab, diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan..

b. Sistem imbalan

Sistem imbalan *kompensasi* adalah segala sesuatu yang diterima para karyawan sebagai balas jasa atas kerja mereka (Handoko,2001). Sistem imbalan merupakan salah satu gas yang paling kompleks, tetapi juga salah satu aspek yang paling berarti baik bagi karyawan maupun organisasi.

Faktor sistem imbalan di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik adalah sistem imbalan selain gaji yang ditetapkan oleh pemerintah sebagai pegawai negeri atau honor. Imbalan lain dimungkinkan tidak didasarkan pada analisis pekerjaan dan deskripsi pekerjaan, tetapi berdasarkan kebijakan yang memimpin organisasi, sehingga yang diterima perawat dibandingkan profesi lain terutama dokter ada kesenjangan, diasumsikan dapat menyebabkan rendahnya kinerja perawat melaksanakan asuhan keperawatan.

c. Pengembangan karir

Pengembangan sumber daya secara mikro, dalam artian departemen atau organisasi.

Pengembangan sumber daya *human resources developmen* , secara mikro adalah suatu proses perencanaan pendidikan, pelatihan dan pengelolaan pegawai untuk mencapai suatu hasil yang optimal (Sedarmayanti, 2001).

Pengembangan karir merupakan faktor organisasi rumah sakit yang dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan.

Ruang lingkup pengembangan karir adalah, (1) perencanaan *planning*, (2) pendidikan *education*, (3) pelatihan *training*, (4) pengelolaan *management* (Sedarmayanti, 2000).

Faktor pengembangan karir di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik yaitu program untuk staf yang meliputi orientasi, pertemuan, pendidikan dan pelatihan.

Faktor pengembangan karir perawat baru, tidak dilakukan oleh pihak manajemen, sehingga tidak mengetahui situasi, kondisi serta sistem kerja yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Program pelatihan secara internal dan pelatihan di luar rumah sakit tidak dilaksanakan, atau bila ada baik yang sama selalu diikuti oleh orang yang sama. Di sisi yang lain, kepala ruangan yang mengikuti semua bentuk pelatihan, ternyata setelah pelatihan tidak ada sosialisasi.

Program pendidikan bagi perawat kejenjang lebih tinggi tidak direncanakan oleh rumah sakit, semua atas inisiatif individu perawat, sehingga percepatan peningkatan pendidikan perawat tidak dapat berjalan, hal ini kemungkinan akan dapat mempengaruhi kinerja perawat untuk pengembangan karir dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

d. Evaluasi dan pengendalian

Evaluasi dan pengendalian adalah suatu proses menentukan nilai atau jumlah keberhasilan proses pelaksanaan aktifitas yang direncanakan dalam organisasi rumah sakit dari pelaksanaan suatu program telah mencapai tujuan yang ditetapkan, evaluasi

dan pengendalian merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit (Azwar, 1996).

Faktor evaluasi dan pengendalian di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik meliputi: pelaksanaan program, pemenuhan kriteria yang telah ditetapkan, efektivitas program, efisiensi program, keabsahan hasil yang dicapai, dan system yang dipergunakan untuk melaksanakan.

f. Jumlah tenaga

Deskripsi jabatan *job description* menunjukkan keteraturan sistematis dan logis dari berbagai tugas yang harus dilaksanakan sesuai jabatan tertentu (Martoyo, 1998). Wewenang menunjukkan hak untuk melakukan sesuatu atau untuk memerintah orang lain melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Tanggung jawab merupakan kewajiban pemegang jabatan (Handoko, 2001).

Pengadaan tenaga kerja adalah upaya untuk memperoleh jumlah dan jenis tenaga kerja yang tepat untuk memenuhi kebutuhan yang dibutuhkan organisasi guna mencapai tujuan, untuk menentukan kuantitas dan kualitas tenaga kerja yang dibutuhkan diperlukan adanya analisis jabatan *job analysis* (Martoyo, 1998).

Jumlah tenaga yang dimaksud adalah jumlah tenaga keperawatan di rumah sakit baik secara kuantitas maupun kualitas yang dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan, jumlah tenaga keperawatan mencukupi secara kuantitas dan kualitas dapat menyelesaikan tugas yang diberikan, dan dapat melakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Jumlah tenaga keperawatan kurang secara kuantitas dan kualitas dapat melakukan kesalahan dalam melaksanakan asuhan

keperawatan karena mendapatkan tugas yang melebihi batas kemampuan yang dimiliki.

Faktor jumlah tenaga perawat di RSUD Kabupaten Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik berdasarkan tingkat pendidikan, tempat tidur dan jam perawatan, serta standar tipe rumah sakit. Semua faktor jumlah tenaga, diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

e. Fasilitas dan peralatan

Fasilitas dan peralatan mempunyai fungsi yang sangat penting untuk organisasi dalam mempercepat pelaksanaan kerja, meningkatkan kinerja, menjaga kualitas produksi, menyederhanakan gerak para pekerja, ketepatan susunan dan stabilitas hasil, dan menimbulkan kenyamanan bagi yang berkepentingan, serta memberikan kepuasan bagi yang berkepentingan (Moenir, 1998).

Fasilitas dan peralatan yang dimaksud adalah fasilitas ruang perawatan, ruang tindakan, ruang jaga. Peralatan keperawatan terdiri dari, alat keperawatan dan alat penunjang keperawatan, yang ada di rumah sakit. Faktor fasilitas dan peralatan yaitu fasilitas dan sarana keperawatan yang ada, memadai atau sesuai kebutuhan melaksanakan asuhan keperawatan yang baik dan sesuai prosedur.

Faktor fasilitas dan peralatan keperawatan meliputi: kebutuhan fasilitas dan peralatan untuk pelaksanaan asuhan keperawatan, pemeliharaan fasilitas dan peralatan untuk pelaksanaan asuhan keperawatan, peningkatan dan penggantian fasilitas serta peralatan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Faktor fasilitas perawat di RSUD Kabupaten Bima, dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik bila tidak memadai, tidak dipelihara, peningkatan dan penggantian

alat tidak pernah dilaksanakan, diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

i. Tujuan organisasi

Setiap organisasi mempunyai visi, misi, strategi, dan tujuan yang jelas (Wiyono, 1999).

Tujuan organisasi harus jelas dan dipahami seluruh karyawan yang ada pada organisasi tersebut. Tujuan merupakan suatu pedoman yang harus dijalankan dalam membawa organisasi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tujuan di RSUD Kabupaten Bima, dan RSUD Kabupaten Gresik adalah: terpakai atau tidak tujuan sebagai pedoman bagi pimpinan, dan perawat mengimplementasikan tujuan dalam tugas yang dibebankan, bila tidak dapat diasumsikan mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

j. Seleksi

Proses seleksi adalah serangkaian langkah kegiatan yang digunakan untuk memutuskan pelamar di terima atau tidak (Handoko,2001).

Faktor seleksi untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik, bahwa perawat yang diterima adalah diangkat oleh Departemen Kesehatan yang tidak melalui proses seleksi, sehingga perawat tidak diketahui karakteristik pekerjaan dimiliki, diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

k. Pelatihan

Pelatihan dalam suatu organisasi sebagai salah satu upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia, merupakan suatu siklus yang harus dilakukan secara terus menerus (Sedarmayanti, 2001).

Tata urutan penyelenggaraan pelatihan adalah :

- 1) Analisis kebutuhan pelatihan yaitu : analisis organisasi, analisis pekerjaan dan analisis pribadi
- 2) Menetapkan tujuan pelatihan yaitu perumusan kemampuan yang diharapkan dari pelatihan tersebut.

Untuk faktor pelatihan perawat di RSUD Kabupaten Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik, bila tidak melakukan analisis kebutuhan pelatihan, maka tidak diketahui perawat yang memerlukan pelatihan, diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

l. Struktur organisasi

Struktur formal organisasi terdiri dari hubungan timbal balik pribadi yang tidak resmi diantara para pekerja yang mempengaruhi efektifitas kerja mereka (Gillies, 1996).

Struktur formal organisasi merupakan penyusunan resmi jabatan kedalam pola hubungan kerja yang akan mengatur usaha banyak pekerja dari bermacam-macam kepentingan dan kemampuan.

Faktor struktur organisasi perawat di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik, adalah: bila tidak dikomunikasikan dengan jelas dan sebagian besar tidak dipaparkan pada unit masing-masing, sehingga tugas yang dijalankan

tidak sesuai dengan *Job description*, dan terjadi tumpang tindih, diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

1.2.3 Faktor Pekerjaan

Dalam praktek manajemen faktor pekerjaan termasuk diantaranya : umpan balik, evaluasi kerja, korelasi dari hasil evaluasi pelaksanaan kerja, rancangan kinerja dan skedul kerja (Kopelman, 1986).

Proses penilaian kinerja organisasi dipengaruhi oleh kinerja anggotanya yang didasarkan atas hasil dari penilaian atau evaluasi kinerja personel (Ilyas, 1999).

Penilaian kerja yang dilakukan di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik adalah: menggunakan instrumen standar asuhan keperawatan yang ditetapkan Departemen Kesehatan, karena standar yang digunakan sifatnya nasional, maka hasil yang didapatkan bahwa di RSUD Kabupaten Bima menunjukkan pelaksanaan asuhan keperawatan lebih rendah, dari pada di RSUD Kabupaten Gresik.

Faktor pekerjaan, untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik, relevansi tugas tidak sesuai, tidak profesional, tidak merumuskan rancangan kinerja, tugas yang dijalankan sifatnya rutinitas, tidak ada protap yang dijalankan, skedul kerja tidak dibuat. Adapun beban kerja dapat dilihat dalam dua sudut pandang, yaitu secara obyektif dan secara subyektif. Beban kerja meliputi: jumlah pasien yang masuk di ruang perawatan, kondisi klien dalam ruang perawatan, rata-rata klien menginap, tindakan keperawatan pada klien, frekuensi tindakan keperawatan yang harus dilakukan untuk setiap klien, dan rata-rata waktu yang diperlukan untuk pelaksanaan setiap tindakan keperawatan langsung dan tidak

langsung, diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

1.2.4 Faktor klien dan keluarga

Individu sebagai klien adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual (Gaffar, 1999).

Individu sebagai klien pada umumnya jarang berfikir tentang arti kinerja pelayanan keperawatan yang menyangkut penyakit yang dideritanya. Pertanyaan hatinya adalah apakah perawatnya tidak galak, tidak senyum, tidak ramah, apakah tarifnya mahal, tindakan keperawatannya baik (Wijono, 1999).

Faktor klien dan keluarga untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik meliputi klien dan keluarga tidak proaktif, tergantung dan menuntut perhatian perawat sepenuhnya, serta rendahnya kemampuan keluarga turut serta dalam kegiatan perawatan, sehingga diasumsikan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

1.2.5 Faktor profesi lain

Profesi lain yang dimaksud adalah adalah dokter, fisioterapi, gizi dan petugas analis kesehatan yang interaksi dalam kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Faktor profesi lain di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik, meliputi: dokter menganggap perawat sebagai pembantunya, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan tidak mandiri, termasuk tugas profesi lain seperti penentuan gizi, memeriksa laboratorium, melakukan rontegen serta kegiatan fisioterapi, masih dikerjakan oleh perawat, diasumsikan mempengaruhi kinerja dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

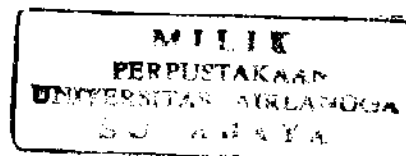
Berdasarkan sejumlah faktor di atas, maka RSUD Kabupaten Bima, mengupayakan dilakukan studi *Benchmarking*. Adapun yang dapat dilakukan *Benchmarking* adalah ruang rawat inap VIP, yang memiliki karakteristik sama serta menangani semua kasus penyakit.

Berdasarkan uraian di atas pembatasan masalah adalah pengaruh faktor individu dan faktor organisasi terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima, melalui studi *Benchmarking* perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas dan mempertimbangkan studi *benchmarking*, maka permasalahan penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut :

- 1.3.1 Bagaimana faktor individu meliputi kemampuan motivasi, dan etos kerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima dan perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik?
- 1.3.2 Bagaimana faktor organisasi meliputi kebijakan, kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karir, evaluasi dan pengendalian rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima dan perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik ?



- 1.3.3 Bagaimana Model asuhan keperawatan yang digunakan pada perawat di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima dan perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik ?
- 1.3.4 Bagaimana pelaksanaan Asuhan keperawatan ada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima dan perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik?
- 1.3.5 Bagaimana model pelaksanaan asuhan keperawatan, dengan studi *benchmarking* bagi perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Analisis faktor individu dan faktor organisasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima dengan studi *benchmarking* di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik, hasil akhir menyusun model asuhan keperawatan untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima.

1.4.2 Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi faktor individu meliputi kemampuan, motivasi, dan etos kerja, perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
2. Mengidentifikasi faktor organisasi meliputi kebijakan, kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karir, dan evaluasi serta pengendalian rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

3. Mengidentifikasi model asuhan keperawatan yang digunakan perawat ruang rawat inap VIP di RSUD Kabupaten Bima, dan ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik.
4. Mengidentifikasi pelaksanaan Asuhan keperawatan perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima, dan di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik.
5. Menyusun model pelaksanaan asuhan keperawatan, dengan studi *benchmarking* bagi perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi manajemen RSUD Kabupaten Bima dan Kabupaten Gresik

Hasil penelitian dengan studi *Benchmarking*, dapat sebagai bahan pertimbangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

1.5.2 Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan evaluasi proses belajar mengajar.

1.5.3 Bagi peneliti

- a. Sebagai sarana menerapkan ilmu pengetahuan selama pendidikan Minat Manajemen Kesehatan pada program AKK, Pascasarjana Universitas Airlangga.
- b. Meningkatkan pengetahuan dan pengalaman, baik untuk kepentingan peneliti, institusi, serta organisasi profesi keperawatan untuk model asuhan keperawatan.

1.5.4 Bagi peneliti lain.

Sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Benchmarking*

2.1.1 Definisi *Benchmarking*

Benchmarking merupakan pencarian dan aplikasi praktek yang benar lebih baik secara terus menerus, yang mengarah pada kinerja kompetitif yang superior. Dalam presentasi di konferensi *benchmarking* yang diadakan American Productivity & Quality Center (APQC), *benchmarking* adalah merupakan proses pengukuran yang sistematis dan berkesinambungan, proses mengukur dan membandingkan secara sinambung, atas proses bisnis suatu organisasi dengan tokoh proses bisnis manapun diseluruh dunia, untuk mendapatkan informasi yang akan membantu upaya organisasi tersebut memperbaiki kinerjanya (Watson,1997).

Benchmarking rumah sakit adalah suatu usaha untuk meningkatkan mutu rumah sakit dengan membandingkan dengan rumah sakit lain baik *input*, *proses* dan *output*, selain merupakan proses pengukuran yang terutama menghasilkan tolok ukur kinerja komparatif, *benchmarking* menggambarkan cara mencapai kinerja yang cemerlang (Adikoesoemo,1995).

Benchmarking adalah pengukuran dan membandingkan operasi, produk, dan pelayanan dari suatu perusahaan terhadap penampil terbaik di dalam dan di luar industri utama perusahaan tersebut (Bennis,1995).

2.1.2 Tujuan *Benchmarking*

Mengubah suatu organisasi sedemikian rupa sehingga meningkatkan kinerjanya, dengan demikian, *Benchmarking* suatu studi untuk memperoleh tolok ukur relatif bagi kinerja bisnis (Watson,1997). Untuk mengidentifikasi rahasia keberhasilan perusahaan yang terunggul dan kemudian mencontohnya (Bennis,1995).

2.1.3 Prinsip *Benchmarking*

Menurut pendapat Watson, 1997, ada sejumlah prinsip *benchmarking*, yaitu :

1. Prinsip Resiprositas

Benchmarking merupakan praktek yang didasarkan pada hubungan timbal balik, sebagaimana yang tercermin dalam ungkapan populer menciptakan situasi *win-win*. Semua partisipan adalah menang sebagai hasil pertukaran informasi antar perusahaan. Meski demikian, resiprositas tidak terjadi begitu saja, batas pertukaran informasi dan data harus dinegosiasikan terlebih dahulu, sejalan dengan pertimbangan logis studi. Setiap mitra *benchmarking* harus mendapat jaminan tentang maksud masing-masing pihak. Situasi *win-win* tidak akan terjadi jika ada ancaman intervensi atau penyalahgunaan, yang dapat terjadi bila sasaran *benchmarking*, tidak dirumuskan dengan tegas.

a. Analogi

Pencapaian tingkat tertinggi dalam alih pengetahuan di antara mitra *benchmarking*, proses operasional yang dikaji harus komparatif atau analogi, keberhasilan membangun analogi, serta memahami kriteria eksplisit bagi seleksi mitra *benchmarking*, pada akhirnya akan menentukan keberhasilan perusahaan, dan peluang pengembangan proses bisnis.

b. Pengukuran

Benchmarking merupakan perbandingan kinerja yang diukur diantara setidaknya dua perusahaan, maksudnya adalah untuk memahami berbagai tingkat kinerja, dan cara mencapai kinerja yang lebih tinggi. Upaya pengukuran dan observasi secara seksama atas proses yang dapat saling dianalogikan, pada akhirnya akan memungkinkan perusahaan mengadaptasikan sejumlah faktor penentu proses yang telah didefinisikan ke dalam proses perusahaan.

c. Validitas

Mengamati dan mengkaitkan sejumlah faktor penentu proses dengan tolok ukur proses, sejumlah fakta serta data yang valid harus dikumpulkan dan digunakan dalam membandingkan proses.

2.1.4 Filosofi dasar *Benchmarking*

Filosofi dasar *benchmarking* yang dikemukakan di bawah ini, adalah dasar keberhasilan (a) Memahami operasi anda *know your operation*; (b) Memahami pemimpin pasar atau competitor *know the industry leaders or competitor*; (c) Menggabungkan yang terbaik *incorporate the best*; (d) Memperoleh superior *gain superiority* (Tunggal, 1998).

2.1.5 *Benchmarking* Strategi

Benchmarking strategi adalah kemampuan melihat arah dituju dan hal yang diperlukan supaya tetap pada jalur dan tujuan tercapai. *Benchmarking* strategi merupakan unsur perencanaan, memperhitungkan sejumlah ketidakpastian masa depan serta membuat sejumlah persiapan menghantar organisasi menuju masa depan. *Benchmarking* strategi merupakan tehnik yang digunakan perusahaan untuk

menetapkan sejumlah tujuan berdasarkan sejumlah standar eksternal. Alur proses pertimbangan dalam perencanaan, menggambarkan bagaimana *benchmarking* strategi cocok dengan menyusun rencana strategi, lalu mengalir ke sejumlah rencana fungsional atau rencana tahunan. Studi *benchmarking* strategi mengangkat isu tertentu dalam rencana strategi yaitu pengembangan infrastruktur organisasi, penentuan sejumlah tujuan dan sejumlah sasaran, pemilihan proses bisnis kunci bagi upaya pengembangan, identifikasi bidang teknologi yang ditargetkan dalam upaya pengembangan dan seterusnya (Watson,1997).

2.1.6 Macam studi *Benchmarking*

Ada 4 macam studi *benchmarking*, yaitu:

1. Internal Benchmarking

Studi investigasi *benchmarking* yang paling mudah, dengan membandingkan sejumlah operasi di antara sejumlah fungsi dalam organisasi. Jenis investigasi dapat ditetapkan pada perusahaan multidivisi. *Internal benchmarking* dapat diperoleh informasi lebih jelas, kritis, dan objektif tentang kesenjangan performansi antar unit bisnis atau bagian di dalam perusahaan, serta penyebab terjadi kesenjangan. Implementasi *internal benchmarking* akan mendorong berkembang komunikasi internal dan pemecahan masalah secara bersama antara unit bisnis yang ada di dalam organisasi, menjadi target adalah unit bisnis atau sejumlah fungsi dalam perusahaan yang diketahui memiliki performansi terbaik, keunggulan tertentu, sehingga patut diteladani oleh unit bisnis atau sejumlah fungsi lain dalam perusahaan (Watson,1997).

2. *Competitive Benchmarking*

Studi berorientasi memposisikan produk perusahaan terhadap produk pesaing, diterapkan untuk menciptakan dan meningkatkan daya saing serta mampu memperbaiki posisi produk dalam pasar kompetitif. Diperoleh informasi tentang performansi terbaik dari pesaing, dipergunakan oleh perusahaan untuk menciptakan produk terbaik dari terbaik, target pembandingan berada di luar perusahaan dan bersifat fleksibel, tergantung pada tujuan melakukan *competitive benchmarking* atau *external benchmarking* (Watson,1997).

3. *Fungsional Benchmarking*

Memusatkan penyelidikan pada aktivitas atau fungsi operasi tertentu, melakukan investigasi sejumlah perusahaan unggulan dalam industri tidak sejenis, relevansi dan perbandingan pada *fungsional benchmarking* perlu dipertahankan dengan mendefinisikan karakteristik performansi harus serupa dengan sejumlah fungsi perusahaan. Nilai target pembandingan berasal dari perusahaan tidak sejenis yang unggul, implementasi sulit dilakukan, mengingat informasi yang diperlukan lebih sulit diperoleh, memerlukan imajinasi dan kreativitas yang tinggi, berdasarkan fakta (Watson,1997).

4. *Generic Benchmarking*

Merupakan jenis *benchmarking*, beberapa fungsi bisnis dan proses adalah sama, tanpa memperdulikan ketidak serupaan di antara sejumlah industri, membutuhkan konseptualisasi yang komprehensif *generic benchmarking*, merupakan jenis yang paling sulit, merupakan perluasan dari *fungsional benchmarking*. Model

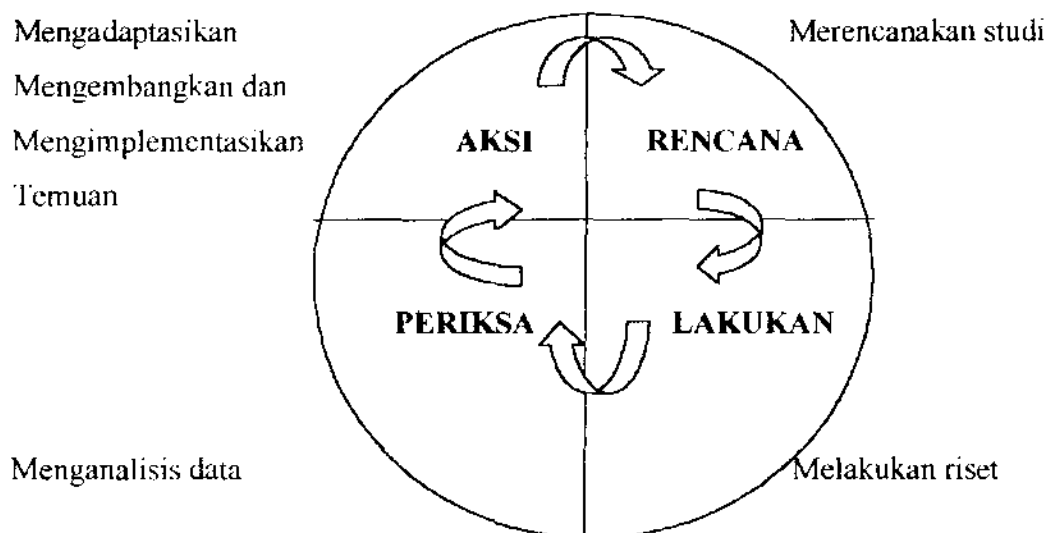
pendekatan dengan pelatihan dan pendidikan yang digunakan oleh sejumlah perusahaan yang memiliki sejumlah program terkenal keunggulan (Watson,1997).

2.1.8 Proses *Benchmarking*

Kalangan profesional di bidang mutu kelihatannya bergairah terhadap diagram proses, itu terjadi karena memandang semua operasi bisnis berada dalam proses yang tiada henti (Watson,1997).

Perusahaan baru mulai mengembangkan program *benchmarking*, menciptakan suatu model proses *benchmarking*. dilengkapi diagram proses menggambarkan cara merancang untuk melakukan *benchmarking* (Watson,1997).

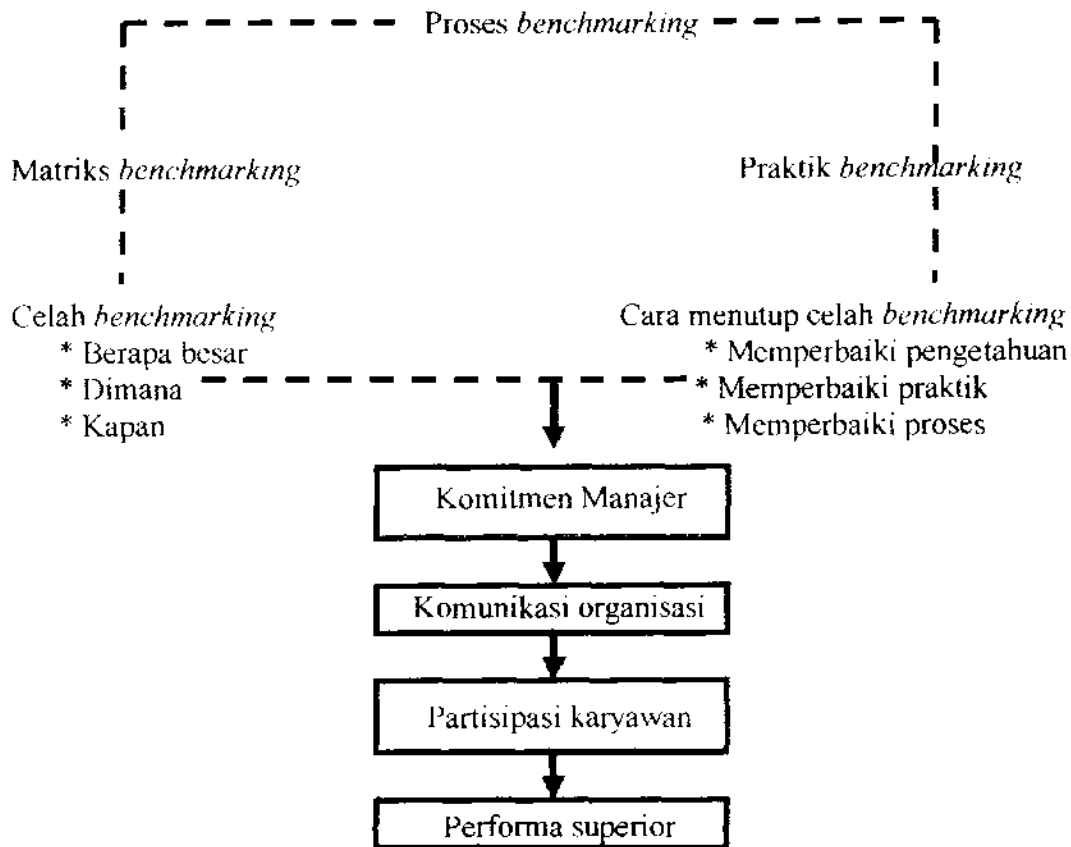
Model proses *benchmarking*, adalah :



Bagan 2.1 Proses *Benchmarking* dianalogkan dengan siklus Deming
Sumber: Watson,1997, hal. 4

Adapun model *Benchmarking* yang lain adalah sebagai berikut:

Proses *benchmarking*, adalah :



Bagan: 2.2 Proses *benchmarking* model, Tunggal, 1998, hal.116

Langkah dasar proses *benchmarking*, ada 4 yaitu:

1. Merencanakan studi *benchmarking*

Menyeleksi dan menentukan proses yang harus dipelajari strategis, kompetensi utama, peta kemampuan, kunci proses bisnis, faktor kesuksesan penentuan proses kinerja, evaluasi proses kemampuan perusahaan, penentuan perusahaan yang harus dipelajari, sehingga direduksi untuk menjawab dua pertanyaan mendasar, yaitu:

- a. Apa yang harus kita bandingkan ?

b. Perusahaan yang harus dipakai sebagai tolok ukur perbandingan ?

2. Mengumpulkan data yang diperlukan.

Fase kedua melakukan riset primer dan sekunder yaitu mencari informasi tentang pokok persoalan yang meliputi penyelidikan dan penyikapan rahasia proses tertentu di dalam perusahaan yang menjadi sasaran. Komunikasi langsung dengan perusahaan hendak dijadikan tolok ukur, dilakukan melalui survei lewat telpon, kuesioner tertulis, atau kunjungan lokasi, guna membuat observasi yang mendetail.

3. Menganalisis data untuk menentukan kesenjangan dan faktor penentu kinerja, analisis meliputi dua aspek yaitu:

- a. Penentuan besaran kesenjangan kinerja antar perusahaan, dengan matrik *benchmarking* yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.
- b. Mengidentifikasi faktor penentu proses yang menunjang peningkatan kinerja di perusahaan terkemuka.

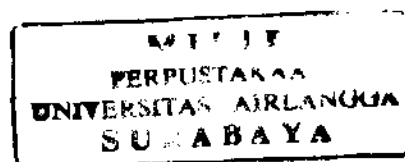
4. Menggerakkan sejumlah pengembangan

Pengembangan terseleksi di dalam organisasi dengan menerapkan pengetahuan yang dipelajari selama studi *benchmarking*, mengimplementasikan sejumlah faktor penentu proses *benchmarking* yang cocok. Mengidentifikasi tolok ukur proses melalui besarnya kesenjangan kinerja relatif antara perusahaan sendiri dengan perusahaan yang berposisi sebagai mitra (Watson,1997).

2.1.9 Syarat keberhasilan *Benchmarking*

Ada beberapa syarat keberhasilan studi *benchmarking*, yaitu :

1. Adan tim manajemen yang suportif, atau persoalan nyata harus dipecahkan.



2. Akses ke semua mitra *benchmarking* yang punya pengalaman berhasil memecahkan persoalan yang sama.
3. Sebuah tim *benchmarking* berpengetahuan luas, dengan kemampuan menggunakan perlengkapan mutu dasar serta sejumlah praktek riset menyelidiki masalah proses sampai ke penyebab mendasar
4. Kegigihan dalam melakukan riset serta kesabaran (Watson,1997).

2.2 Organisasi Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian rumah sakit

Hospital dari kata latin *hostel* digunakan di abad pertengahan sebagai tempat para pengungsi yang sakit, menderita dan miskin. *Hospital* berasal dari bahasa Perancis kuno dan *medieval English*, dalam bahasa Inggris Oxford didefinisikan sebagai tempat untuk istirahat dan hiburan, institusi sosial bagi yang membutuhkan akomodasi, lemah serta sakit, institusi sosial untuk pendidikan dan kaum muda, institusi untuk merawat mereka yang sakit dan cedera (Aditama ,2000).

Rumah sakit itu sebuah tempat, tetapi juga sebuah fasilitas sebuah institusi , sebuah organisasi, ada semacam atmosfer khusus bila kita bicara tentang rumah sakit. Surat Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor : 983/MENKES/SK/XI/1992 menyebutkan bahwa Rumah sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bermanfaat dasar, spesialisistik dan subspecialistik (Dep.Kes.R.I, 1992).

2.2.2 Pelayanan keperawatan rumah sakit

Keperawatan adalah salah satu profesi di rumah sakit yang berperan penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Departemen keperawatan di rumah sakit mempunyai beberapa tugas, seperti: (1) memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, baik untuk kesembuhan ataupun pemulihan status fisik dan mentalnya; (2) memberikan pelayanan lain bagi kenyamanan dan keamanan pasien, seperti penataan tempat tidur dan lain-lain; (3) melakukan tugas-tugas administrasi; (4) menyelenggarakan pendidikan keperawatan berkelanjutan; (5) melakukan berbagai penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan; (6) berpartisipasi aktif dalam program pendidikan bagi para calon perawat (Wilan, 1990).

Kegiatan keperawatan di rumah sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. Kegiatan keperawatan klinik antara lain terdiri dari: (1) pelayanan keperawatan personal *personal nursing care*; (2) berkomunikasi dengan dokter dan petugas penunjang medik, (3) menjalin hubungan dengan keluarga pasien; (4) menjaga lingkungan bangsal tentang perawatan; (5) melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit (Griffith, 1987).

2.2.3 Faktor organisasi rumah sakit

1. Kebijakan organisasi adalah rencana yang berlaku dibakukan baik sifat maupun isinya, kebijakan, prosedur, aturan, dan peraturan merupakan rencana yang berlaku di organisasi keperawatan, kebijakan pelayanan keperawatan ada untuk standarisasi dan sebagai sumber petunjuk bagi staf keperawatan, sebagai kebijakan pelayanan keperawatan yang memberi masukan pada perawat manajer

dalam aktivitas keperawatan pada setiap ruangan dimana personel keperawatan berpraktik (Swansburg , 2001). Dalam upaya peningkatan kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit telah disusun standar pelayanan rumah sakit yang diberlakukan melalui SK. Menkes No. 436/MENKES/SK/VI/1993 dan Standar Asuhan Keperawatan yang diberlakukan melalui SK Dirjen Yanmed No.YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993. Standar Pelayanan dan standar asuhan keperawatan tersebut harus diterapkan secara bertahap (Depkes,1995).

2. Kewenangan dan tanggung jawab adalah perpaduan berbagai perilaku yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memiliki kemampuan untuk mendorong orang lain bersedia dan dapat menyelesaikan tugas tertentu yang dipercayakan (Azrul 1999). Kewenangan dan tanggung jawab sebagai suatu proses yang mempengaruhi aktivitas kelompok terorganisasi dalam upaya menyusun dan mencapai tujuan (Swansburg , 2001).

Dari penjelasan tersebut di atas, bahwa kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan karena adanya kemampuan untuk mendorong orang lain dapat menyelesaikan tugas.

3. Sistem imbalan

Jenis imbalan ada dua yaitu: 1) Imbalan intrinsik *intrinsic reward* adalah imbalan yang diterima individu untuk diri mereka , seperti: peran serta dalam pengambilan keputusan, kebebasan dan keleluasan kerja yang lebih besar, lebih banyak tanggung jawab, lebih banyak kerja yang menarik, kesempatan pertumbuhan pribadi, dan keanekaragaman kegiatan; 2) Imbalan ekstrinsik *ekstrinsic reward* adalah: Pertama: Kompensasi langsung yang meliputi gaji, premi lembur dan liburan,

bonus kerja, berbagi laba, dan pilihan saham, Kedua: Kompensasi tidak langsung yang meliputi: program perlindungan, upah untuk waktu tidak bekerja, layanan dan penghasilan tambahan, Kedua: Imbalan bukan uang, yang meliputi: jam makan siang yang lebih disukai, perabot kantor yang lebih disukai, ruang parkir yang dikhususkan, dan gelar yang mengesankan (Robbins,2001).

Imbalan itu dapat berupa apa saja yang dihargai oleh orang lain. Dalam konteks organisasional, kita bayangkan uang, penilaian kinerja yang mendukung, kenaikan pangkat, penugasan kerja yang menarik, rekan yang ramah, informasi yang penting, dan giliran kerja atau daerah jual yang lebih disukai (Robbins, 2001).

4. Pengembangan karir

Pengembangan sumber daya *human resources developmen*, secara mikro adalah suatu proses perencanaan pendidikan, pelatihan dan pengelolaan pegawai untuk mencapai suatu hasil yang optimal, pengembangan karir merupakan faktor organisasi rumah sakit yang dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan, ruang lingkup pengembangan karir organisasi rumah sakit, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah: perencanaan *planning*, pendidikan *education*, pelatihan *training*, pengelolaan *management* (Sedarmayanti, 2000).

Pengembangan karir, dalam jenjang karir struktural adalah pelaksana keperawatan, pimpinan bangsal dan wakil, pimpinan perawat di level instalasi, kepala seksi dan kepala bidang keperawatan (Aditama, 1999).

Pengembangan karir, dalam jenjang karir fungsional adalah perawat mahir ICU, perawat mahir gawat darurat, perawat mahir anak, perawat mahir penyakit dalam, perawat mahir bedah dan perawat mahir ibu (Aditama, 1999).

5. Evaluasi dan pengendalian

Evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Ruang lingkup evaluasi dan pengendalian organisasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah pelaksanaan program, pemenuhan kriteria yang telah ditetapkan, efektivitas program, efisiensi program, dan keabsahan yang hasil yang dicapai, serta sistem yang dipergunakan untuk melaksanakan (Azwar, 1996).

2.3 Kinerja

2.3.1 Pengertian kinerja

Kinerja *performance* adalah sebagai hasil yang dicapai oleh seorang karyawan menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan (As'ad, 1995).

Kinerja *performance* adalah hasil kerja dapat dicapai seseorang atau kelompok orang dalam organisasi, sesuai wewenang dan tanggung jawab masing-masing, dalam rangka mencapai tujuan organisasi bersangkutan secara legal sesuai dengan moral maupun etika (Prawirasentono, 1999).

Kinerja *performance* adalah sebagai hasil yang dicapai oleh seorang karyawan menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan (As'ad, 1995).

Kinerja *performance* adalah sebagai tingkat pencapaian tugas yang tercakup dalam pekerjaan individu (Byars dan Rue, 1984).

Dalam artikel yang dimuat dalam Asean Business bulan Mei 1996 tersebut, terdapat 7 macam standar kinerja, yakni: (1) Mutu produk; (2) Mutu pelayanan; (3)

Mutu manajemen; (4) Peranan perusahaan untuk kepentingan ekonomi daerah atau lokal dimana perusahaan berada; (5) Catatan reputasi sebagai majikan terhadap karyawan; (6) Potensi perusahaan untuk tumbuh dan berkembang di masa yang akan datang; (7) Etika dan kejujuran *honesty*.

2.3.2 Kinerja individu

Merupakan fitrah Illahi bahwa tidak ada individu atau manusia yang sama. Mereka berbeda satu sama lain, baik fisik maupun psikologis, berbeda dalam tenaga dan daya tahan kerja, dan berbeda dalam kemampuan dan motivasi menghasilkan kinerja yang berbeda (Prawirosentono, 1999).

2.3.3 Penilaian kinerja

Penilaian kinerja merupakan proses *control* dimana kinerja pegawai dievaluasi berdasarkan standar tertentu (Swansburg R.C, 2001).

Penilaian kinerja harus memenuhi tuntutan legalitas yang mencakup berbagai hal yang terkait dengan formulir standarisasi, analisis kinerja yang jelas dan berhubungan dengan tingkat pelatihan (Swansburg R.C, 2001).

Evaluasi kinerja adalah merupakan proses untuk menaksir dan menilai kinerja seseorang, salah satu bagian dari manajemen kinerja, bukan keseluruhannya (Bacal,2001).

2.4 Perawat

2.4.1 Pengertian Perawat

Profesi keperawatan merupakan salah satu profesi luhur bidang kesehatan. Cristina S.I (1986) mengatakan bahwa perawat yang profesional adalah mereka yang

memiliki kemampuan, kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki, diperoleh melalui pendidikan formal keperawatan.

2.4.2 Faktor Individu Perawat

Faktor individu adalah individu perawat sebagai para pelaku organisasi adalah: (1) kemampuan; (2) motivasi; (3) etos kerja; (4) budaya kerja yang berbeda satu sama lain dalam pelayanan keperawatan.

1. Kemampuan

Kemampuan *kompetensi* adalah menunjukkan bahwa perawat professional memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan keperawatan (Swansburg,2001).

“ Keterampilan dibutuhkan untuk memilih dan mendapatkan data kesehatan dari klien dan keluarga serta profesi lainnya; keterampilan memberikan perawatan langsung pada individu memenuhi kebutuhan fisiologis, psiko-sosial dan spiritual, keterampilan pendidik individu mengenai keperawatan, keterampilan mengevaluasi kualitas keperawatan, keterampilan bekerja sama dengan klien” (Wolper,2001).

Perawat membutuhkan kemampuan berfikir kritis, asertif, dan keterampilan penatalaksanaan pasien untuk mengatasi peningkatan tanggung jawab dalam asuhan keperawatan (Doenges’ dkk, 2000).

Keperawatan sebagai suatu profesi, dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab pengembangan harus memiliki kompetensi dalam kemandirian (PPNI, 1999).

Perawat profesional adalah memiliki kerangka konsep pendidikan yang meliputi: (1) penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, sesuai

tuntutan profesi keperawatan; (2) memberi landasan ilmu pengetahuan yang kokoh, baik kelompok ilmu keperawatan, maupun kelompok ilmu dasar dan penopang, yang diperlukan untuk melaksanakan asuhan keperawatan, mengembangkan diri, serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan; (3) menumbuhkan atau membina keterampilan profesional keperawatan, mencakup keterampilan interpersonal, keterampilan teknis dan keterampilan intelektual, yang diperlukan untuk pelaksanaan asuhan keperawatan; (4) menumbuhkan atau membina landasan etik keperawatan yang kokoh dan mantap sebagai tuntutan utama dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Husin,1996).

Berdasarkan beberapa pendapat di atas faktor kemampuan yang meliputi pengetahuan dan keterampilan merupakan kebutuhan yang harus dimiliki dalam kemandirian pelaksanaan asuhan keperawatan.

2. Motivasi

Setiap individu mempunyai perbedaan dalam kemampuan *ability*, Motivasi dibandingkan dengan individu lain yang bersama-sama melakukan kegiatan dalam suatu organisasi (Priwirosentono,1999).

Motivasi berarti pemberian motif, penimbulan motif atau hal yang menimbulkan dorongan atau keadaan yang menimbulkan dorongan atau *faktor* yang mendorong untuk bertindak dengan cara tertentu (Martoyo S, 1998).

Motivasi kerja adalah sesuatu yang menimbulkan dorongan atau semangat kerja merupakan faktor yang mempengaruhi motivasi kerja adalah atasan, rekan , sarana fisik, kebijakan dan peraturan, imbalan jasa uang dan non uang, jenis

pekerjaan dan tantangan dan motivasi individu perawat untuk bekerja dipengaruhi oleh sistem kebutuhannya (Martoyo S, 1998).

Menurut Herzberg, faktor yang berperan sebagai motivator terhadap pegawai, yakni yang mampu memuaskan dan mendorong orang untuk bekerja baik terdiri dari: (1) Keberhasilan pelaksanaan *achievement*, (2) Pengakuan *recognition*, (3) Pekerjaan itu sendiri *the work it self*, (4) Pengembangan *advancement* (Martoyo, 1998).

Teori kebutuhan McClelland dikemukakan oleh David McClelland dan kawan kawannya, teori ini menfokuskan pada tiga kebutuhan: prestasi *achievement*, kekuasaan *power*, dan afiliasi *affiliation* (Robbins, 2001).

Kebutuhan ini ditetapkan sebagai berikut:

- 1) Kebutuhan akan prestasi *nAch-achievement need*: Dorongan untuk mengungguli, berprestasi sehubungan dengan seperangkat standar, bergulat untuk sukses.
- 2) Kebutuhan akan kekuasaan *nPow-need for power*: Kebutuhan untuk membuat orang lain berperilaku dalam suatu cara yang orang itu tanpa dipaksa tidak akan berperilaku demikian.
- 3) Kebutuhan akan afiliasi *nAff-need for affiliation*: Hasrat untuk hubungan antar pribadi yang ramah dan akrab (Robbins, 2001)

Kebutuhan akan prestasi *nAch-achievement need*, dari riset McClelland mendapatkan bahwa peraih prestasi tinggi membedakan diri mereka dari orang lain oleh hasrat mereka untuk menyelesaikan hal-hal dengan lebih baik. Mencari situasi dimana dapat mencapai tanggung jawab pribadi untuk menemukan pemecahan terhadap problem, dimana mereka dapat menerima umpan balik atas kinerja mereka, sehingga dapat mengetahui dengan mudah apakah mereka menjadi lebih baik atau

tidak. Individu dengan kebutuhan tinggi untuk berprestasi lebih menyukai situasi pekerjaan dengan tanggung jawab pribadi, umpan balik, dan suatu resiko dengan derajat menengah (Robbins, 2001).

Kebutuhan akan kekuasaan *nPow-need for power* adalah hasrat untuk mempunyai dampak, berpengaruh, dan mengendalikan orang lain. Individu dengan *nPow* yang tinggi menikmati untuk dibebani, bergulat untuk dapat mempengaruhi orang lain, lebih menyukai ditempatkan di dalam situasi kompetitif dan berorientasi status, dan cenderung lebih peduli akan prestise dan memperoleh pengaruh terhadap orang lain daripada kinerja yang efektif (Robbins, 2001).

Kebutuhan akan afiliasi *nAff-need for affiliation* adalah hasrat untuk disukai dan diterima baik oleh orang lain, berjuang keras untuk persahabatan, lebih menyukai situasi kooperatif dari pada situasi kompetitif, dan sangat menginginkan hubungan yang melibatkan derajat pemahaman timbale-balik yang tinggi (Robbins,2001).

3. Etos kerja

Etos kerja adalah pandangan setiap orang bahwa bekerja adalah suatu hal yang penting dalam tujuan hidup, cenderung menyukai kerja dan memperoleh kepuasan dari pekerjaan, mempunyai komitmen yang lebih kuat terhadap organisasi dan tujuannya (Newstrom,1989). Etos kerja ternyata dipengaruhi oleh sosial budaya masyarakat pada hal budaya masyarakat dipengaruhi pula oleh letak giografis dimana mereka lahir, tumbuh, hidup dan berkembang (Prawirosentono,1999).

2.4.3 Peran dan fungsi perawat

1. Peran dan fungsi perawat

Perawat melakukan peran dan fungsi sebagai berikut:

- a. Sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan kepada klien, dengan pendekatan proses keperawatan.
- b. Sebagai advokasi klien, perawat berfungsi sebagai penghubung klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan klien, membela kepentingan klien dan membantu klien untuk memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan dengan pendekatan tradisional maupun profesional.
- c. Sebagai pendidik, perawat membantu klien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan terkait dengan keperawatan dan tindakan medis diterima, sehingga klien atau keluarga dapat menerima tanggung jawab sejumlah hal yang diketahuinya.
- d. Sebagai koordinator, perawat memanfaatkan semua sumber dan potensi baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi.
- e. Sebagai kolaborator, perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan klien.
- f. Sebagai pembaharu, perawat mengadakan inovasi dalam cara berfikir, bersikap, bertindak laku dan meningkatkan keterampilan klien atau keluarga agar sehat.

- g. Sebagai pengelola, perawat menata kegiatan dalam upaya mencapai tujuan yang diharapkan yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar klien dan kepuasan perawat melakukan tugas.

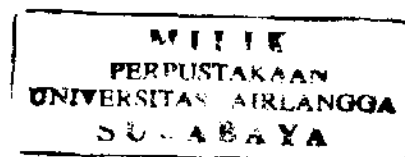
2.4.4 Tanggung jawab perawat

Tanggung jawab dalam asuhan keperawatan kepada klien mencakup aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, pemenuhan kebutuhan dasar menggunakan pendekatan proses keperawatan, meliputi: (1) Membantu klien memperoleh kesehatannya; (2) Membantu klien sehat memelihara kesehatannya; (3) Membantu klien yang tidak bisa disembuhkan menerima kondisinya; (4) Membantu klien yang menghadapi kematian untuk diperlakukan secara manusiawi sesuai martabatnya sampai mati (PPNI,1999).

2.4.5 Lingkup kewenangan perawat

Lingkup kewenangan perawat dalam praktek keperawatan profesional pada kondisi sehat dan sakit, sepanjang daur kehidupan, dari konsepsi sampai meninggal dunia, mencakup :

1. Asuhan keperawatan pada klien anak dari usia 28 hari sampai 18 tahun
2. Asuhan keperawatan maternitas, yaitu asuhan keperawatan klien wanita pada masa subur dan neonatus dalam keadaan sehat
3. Asuhan keperawatan medikal bedah yaitu asuhan keperawatan pada klien usia di atas 18 tahun sampai 60 tahun dengan gangguan fungsi tubuh baik oleh karena trauma atau kelainan fungsi tubuh.
4. Asuhan keperawatan jiwa yaitu asuhan keperawatan klien pada semua usia, yang mengalami berbagai masalah kesehatan jiwa



5. Asuhan keperawatan pada keluarga, yaitu asuhan keperawatan pada klien keluarga unit terkecil dalam masyarakat sebagai akibat pola penyesuaian keluarga yang tidak sehat, sehingga tidak terpenuhinya kebutuhan keluarga.
6. Asuhan keperawatan komunitas yaitu asuhan keperawatan kepada klien masyarakat pada kelompok di wilayah tertentu pada semua usia sebagai akibat tidak terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat
7. Asuhan keperawatan gerontik yaitu asuhan keperawatan pada klien pada usia 60 tahun ke atas, yang mengalami proses penuaan dan permasalahannya” (PPNI,1999).

2.4.6 Hak dan kewajiban perawat

1. Hak perawat
 - a. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
 - b. Mengembangkan diri melalui kemampuan spesialisasi sesuai latar belakang pendidikannya.
 - c. Menolak keinginan klien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan serta standar profesi dan kode etik profesi.
 - d. Mendapat informasi lengkap dari klien yang tidak puas terhadap pelayanannya.
 - e. Meningkatkan pengetahuan berdasarkan pengembangan IPTEK dalam bidang keperawatan secara terus menerus.
 - f. Diperlakukan adil dan jujur oleh rumah sakit maupun klien dan keluarganya.
 - g. Mendapatkan jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya.

- h. Diikutsertakan dalam penyusunan atau penetapan kebijaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
 - i. Diperhatikan privasinya dan berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh klien atau keluarganya.
 - j. Menolak pihak lain untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan perundang-undangan, standar profesi dan etik profesi.
 - k. Mendapatkan penghargaan imbalan yang layak dari jasa profesinya sesuai peraturan atau ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
 - l. Memperoleh kesempatan pengembangan karir sesuai bidang profesinya.
2. Kewajiban perawat
- a. Mematuhi semua peraturan rumah sakit dengan hubungan hukum antara perawat dan pihak rumah sakit.
 - b. Mengadakan perjanjian tertulis dengan pihak rumah sakit.
 - c. Memenuhi sejumlah hal yang telah disepakati dan dibuat antara perawat dan rumah sakit.
 - d. Memberikan asuhan keperawatan sesuai standar profesi dan otonominya.
 - e. Menghormati sejumlah hak klien.
 - f. Merujuk klien kepada perawat lain atau tenaga kesehatan lainnya yang mempunyai keahlian yang sesuai dengan masalah klien
 - g. Memberikan kesempatan kepada klien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarganya dan dapat menjalankan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaannya, sepanjang tidak bertentangan dengan rumah sakit

- h. Memberikan informasi yang adekuat tentang tindakan keperawatan kepada klien atau keluarga sesuai batas kewenangannya
- i. Membuat dokumentasi asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan
- j. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan sesuai standar profesi keperawatan dan kepuasan klien
- k. Mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan secara terus menerus
- l. Melakukan pertolongan darurat sebagai tugas perikemanusiaan sesuai batas kewenangan
- m. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien, kecuali bila diminta keterangan oleh yang berwenang (Dep.kes, 1997).

2.5 Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengertian asuhan keperawatan

Pengertian pelayanan keperawatan adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni merawat *care*, suatu gabungan dari ilmu pengetahuan humanistik dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu profesi (WHO,1996).

“Keperawatan adalah ilmu dan seni sekaligus (WHO,1996)
Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia” (PPNI,1999).

2.5.2 Tujuan dan sasaran asuhan keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal dengan memodifikasi lingkungan sedemikian rupa, sehingga klien dapat meningkatkan tanggung jawabnya secara mandiri secepat mungkin dan dapat mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif secara optimal sesuai kondisi kesehatannya (PPNI,1999).

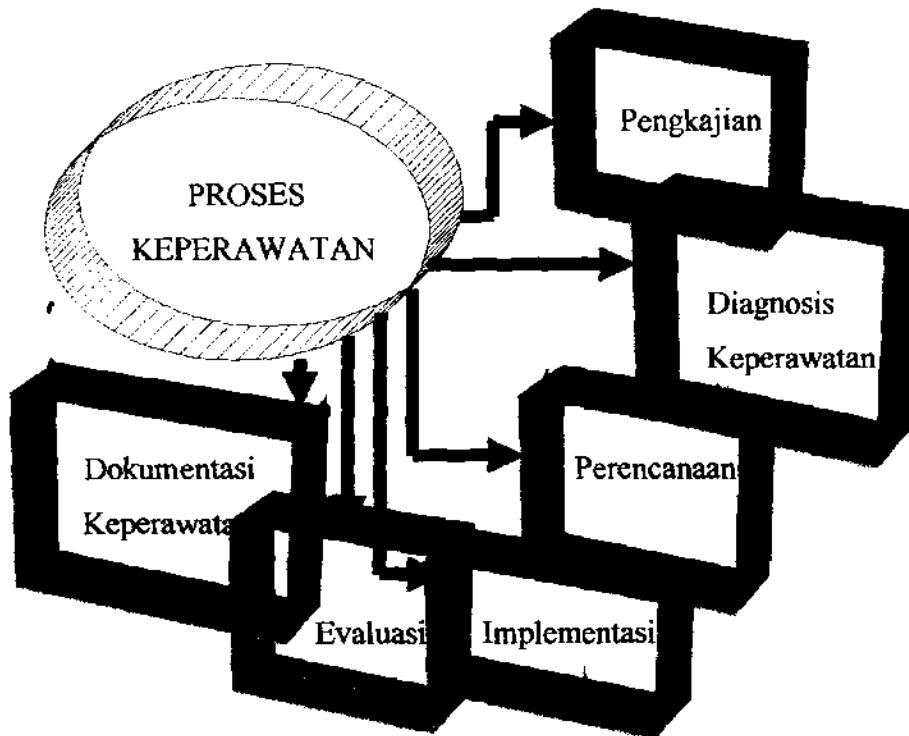
Asuhan keperawatan diberikan kepada sasaran sistem klien yakni: (1) individu; (2) keluarga; (3) kelompok; (4) masyarakat (PPNI,1999).

2.5.3 Lingkup asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan membentuk kinerja perawat melalui pelaksanaan proses keperawatan, dengan tahapan meliputi: (1) Pengkajian; (2) Diagnosis keperawatan; (3) Perencanaan; (4) Pelaksanaan; (5) Evaluasi; (6) Dokumentasi Keperawatan (Dep.Kes.R.I,1995).

Proses keperawatan adalah metode sistematis, secara langsung perawat bersama klien bersama menentukan masalah keperawatan sehingga membutuhkan asuhan keperawatan , membuat perencanaan, serta mengevaluasi hasil (Gaffar,1999).

Tahap proses keperawatan dapat digambarkan sebagai berikut :



Bagan 2.3 Modifikasi Model proses keperawatan Gaffar,1999,hal 55

1. Tahap pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan (Nursalam,2001).

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan (Gaffar,1999).

a. Tujuan pengkajian

Tujuan tahap pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Klien dikaji saat memasuki sistem pelaksanaan asuhan keperawatan.

b. Komponen tahap pengkajian

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. (Allen, 1998).

Tipe data pada pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif (Nursalam, 2001).

Metode di dalam pengumpulan data adalah observasi, wawancara, konsultasi dan pemeriksaan.

2) Validasi data

Validasi data merupakan perbandingan data subjektif dan data objektif yang dikumpulkan dari sumber primer (klien) dan sekunder, dengan standar dan nilai normal yang diterima. Suatu standar atau nilai merupakan aturan atau ukuran yang lazim dipakai.

3) Identifikasi pola atau divisi

Pola atau divisi merupakan gabungan dari beberapa data yang sama dan menunjukkan rangkaian tingkah laku selama periode waktu dari pada sejumlah kejadian tersendiri. Pola kesehatan dan divisi diagnosis membantu dalam mengatur data yang telah dikumpulkan. Data yang sama dikelompokkan dalam pola atau divisi. Kesenjangan informasi di atasi dengan mengkaji kembali klien.

4) Analisa data

Setelah perawat mengelompokkan data, langkah selanjutnya pada tahap pengkajian adalah melakukan analisis data. Proses analisis data adalah menghubungkan data yang diperoleh dengan konsep dan prinsip asuhan keperawatan

yang relevan dengan kondisi klien. Berdasarkan kesimpulan dan analisa data, kemungkinan ada atau tidaknya masalah keperawatan saat ini.

2. Tahap diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan dapat bersifat aktual, resiko, sindrom, kemungkinan dan *wellness*.

Diagnosis keperawatan dapat dibedakan menjadi lima kategori : (1) actual, (2) resiko; (3) kemungkinan; (4) keperawatan *wellness*; (5) keperawatan sindrom (Carpenito, 2000).

Lima kategori keperawatan adalah :

a. Diagnosis keperawatan aktual

Diagnosis keperawatan aktual adalah menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosis keperawatan aktual harus ada unsur PES yaitu: *problem* (P), *etiologi* (E), *symtom* (S), harus memenuhi kriteria mayor (80% - 100%) dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosis NANDA.

b. Diagnosis keperawatan resiko

Diagnosis keperawatan resiko adalah menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi bila tidak dilakukan intervensi (Keliat, 1990).

Syarat menegakkan diagnosis keperawatan resiko, ada unsur yaitu : *problem* (P), *etiologi* (E).

c. Diagnosis keperawatan kemungkinan

Diagnosis keperawatan kemungkinan adalah menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan diagnosis keperawatan kemungkinan. Pada keadaan

ini masalah dan faktor pendukung belum ada tapi sudah ada factor yang dapat menimbulkan masalah (keliat, 1990). Syarat menegakkan diagnosis keperawatan kemungkinan, adanya unsur respon *problem*, dan factor yang mungkin dapat menimbulkan masalah tetapi belum ada.

d. Diagnosis keperawatan *wellness*

Diagnosis keperawatan sejahtera *wellness* adalah keputusan klinik tentang keadaan individu dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi.

Syarat menegakkan diagnosis keperawatan *wellness*, adalah : (1) sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi, (2) adanya status dan fungsi yang efektif.

e. Diagnosis keperawatan *syndrome*

Diagnosis keperawatan *syndrome* adalah diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual dan resiko tinggi, yang diperkirakan timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

f. Kriteria petunjuk penulisan diagnosis keperawatan "Kriteria di dalam penulisan diagnosis keperawatan adalah : (1) tulis masalah klien atau perubahan status kesehatan klien; (2) pastikan bahwamasalah klien didahului adanya penyebab, dan keduanya dihubungkan dengan kata sehubungan dengan *related to* ; (3) definisi karakteristik, jika diikuti dengan penyebab, kemudian dihubungkan kata ditandai dengan *as manifested by* ; (4) tulis istilah yang umum digunakan; (5) gunakan kata yang tidak memvonis; (6) pastikan bahwa pernyataan masalah menandakan apakah keadaan yang tidak

sehat dari klien, atau yang diharapkan klien bisa berubah; (7) hindarkan pernyataan masalah yang tidak dapat dirubah; (8) membaca ulang diagnosis keperawatan, untuk memastikan bahwa pernyataan masalah dapat di atasi dan penyebabnya bias di ukur perawat” (Taylor, Lilies, LeMone, 1997).

3. Tahap perencanaan

Tahap perencanaan memberikan kesempatan kepada perawat , klien, keluarga dan orang terdekat untuk merumuskan rencana tindakan yang bertujuan untuk mengatasi sejumlah masalah klien (Allen, 1998).

Tujuan rencana keperawatan dapat dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Tujuan administrasi yaitu: (1) untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien; (2) untuk membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan yang lain; (3) untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan; (4) untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien.
- b. Tujuan klinik yaitu: (1) menyediakan suatu pedoman dalam penulisan; (2) mengkomunikasikan dengan perawat lain yang harus dikerjakan, yang diobservasi dan yang dilaksanakan; (3) menyediakan kriteria hasil sebagai pengulangan dan evaluasi keperawatan; (4) rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan (Carpenito,2000).

Komponen tahap perencanaan, adalah :

- c. Membuat prioritas urutan diagnosis keperawatan

Urutan diagnosis keperawatan memungkinkan perawat, klien dan orang terdekat untuk mengatur sejumlah masalah klien sesuai dengan urutan kepentingan dan urgensinya (Allen, 1998).

Diagnosis keperawatan diurutkan dengan prioritas tinggi, sedang, dan rendah. Masalah dengan prioritas tinggi mencerminkan situasi yang mengancam hidup, misalnya bersihan jalan nafas.

d. Membuat kriteria hasil

Kriteria hasil adalah tujuan dan sasaran yang realistic dan dapat diukur dimana klien diharapkan untuk mencapainya, dan menggambarkan untuk mengukur hasil akhir asuhan keperawatan (Allen, 1998).

Kriteria hasil adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat (Alfaro, 1994).

Komponen pernyataan kriteri hasil adalah: (1) subjektif, menunjukkan klien yang mencapai kriteria hasil; (2) kata kerja yang dapat diukur, menunjukkan tindakan, tingkah laku, dan respon dari klien yang dapat dilihat, didengar, dihidu, diraba; (3) hasil, menunjukkan respon fisiologis, psikologis, dan gaya hidup yang diharapkan dari klien terhadap intervensi keperawatan tertentu; (4) kriteria, mengukur kemajuan klien dalam mencapai hasil, dan menunjukkan tingkatan kecakapan yang diperlukan untuk menyelesaikan hasil akhir; (5) target waktu, menunjukkan periode waktu yang diinginkan untuk mencapau kriteria hasil. Contoh pernyataan kriteria hasil : Klien “subjek” mampu melakukan “ kata kerja yang dapat diukur” tindakan yang aman “hasil” dengan kemauan sendiri “kriteria” dalam dua hari “target waktu”.

e. Menulis intruksi keperawatan

Instruksi keperawatan merupakan sejumlah tindakan spesifik yang dimplementasikan oleh perawat untuk membantu klien dalam mencapai kriteria hasil (allen,1998). Instruksi keperawatan menunjukkan tindakan yang spesifik, dapat diukur, dapat diamati, dan realistik yang dilakukan perawat.

Intruksi keperawatan adalah suatu tindakan langsung kepada klien yang dilaksanakan oleh perawat, yang meliputi tindakan kemandirian keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan, tindakan medis berdasarkan diagnosis medis, dan membantu pemenuhan kebutuhan dasar fungsi kesehatan kepada klien yang tidak dapat melakukan sendiri (Bulecheck, McCloskey, 1989).

f. Menulis rencana asuhan keperawatan

Rencana asuhan keperawatan ditulis atau dokumentasi asuhan keperawatan, dalam suatu bentuk yang bervariasi, guna mempromosikan perawatan, yang meliputi: (1) perawatan individu; (2) perawatan yang kontinyu; (3) komunikasi; dan (4) evaluasi (Nursalam, 2001).

Karakteristik dokumentasi rencana asuhan keperawatan, meliputi: (1) rencana asuhan keperawatan ditulis oleh perawat profesional yang mempunyai dasar pendidikan yang memadai; (2) dilaksanakan setelah kontak pertama kali dengan klien; (3) diletakkan di tempat yang mudah didapatkan yaitu pada catatan medis klien, atau di tempat tidur klien, atau di kantor perawat; (4) informasi yang baru, semua komponen rencana tindakan keperawatan harus selalu diperbaharui, bila mendapatkan informasi baru.

4. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Iyer, 1996).

Pelaksanaan, merupakan bagian aktif dalam asuhan keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, bersifat intelektual, interpersonal dan tehnikal, berupa berbagai upaya untuk dapat terpenuhinya kebutuhan dasar klien (PPNI, 1999).

Intruksi keperawatan implementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil (Allen, 1998).

5. Tahap evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan (Ignatavicius, Bayne, 1994).

Evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan, dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien, dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan, maka perawat bias menentukan efektifitas tindakan keperawatan (Griffith, Christensen, 1986).

Tahap evaluasi adalah perbandingan sejumlah hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Allen, 1998).

Komponen tahap evaluasi adalah: (1) pencapaian kriteria hasil, melihat kembali catatan rencana asuhan keperawatan untuk menentukan pencapaian kriteria

hasil; (2) keefektifan tahap proses keperawatan, melihat factor yang mempengaruhi pencapaian kriteria hasil, dari setiap tahap proses keperawatan; (3) revisi atau terminasi rencana asuhan keperawatan, mengkaji kembali klien dan merevisi rencana asuhan keperawatan untuk menemukan kebutuhan saat ini.

6. Dokumentasi keperawatan

Peran perawat sebagaimana diketahui adalah salah satunya dokumentasi sebagai pertanggung jawaban keperawatan, dalam proses keperawatan (Nursalam,2001).

Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan, dapat dilihat dari berbagai aspek, yaitu :

a. Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu (Nursalam,2001).

b. Jaminan Mutu

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien, sejauh masalah teratasi, dan untuk dapat mengidentifikasi masalah baru.

c. Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat perekam terhadap masalah klien. Perawat lain akan bias melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi dalam memberikan asuhan keperawatan.

d. Keuangan

Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap, dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien.

e. Penelitian

Data yang didokumentasi, mengandung informasi yang dapat digunakan sebagai bahan atau obyek riset untuk pengembangan profesi keperawatan.

f. Akreditasi

Melalui dokumentasi dapat dilihat peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

2.5.5 Model pemberian asuhan keperawatan

Berbagai model pemberian asuhan keperawatan, sesuai dengan situasi dan kondisi tatanan pelayanan kesehatan yang ada, dan meliputi:

1. Model Fungsional

Model asuhan keperawatan dilakukan secara terfragmentasi dan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai tugas yang dibebankan pada setiap perawat.

Model ini memiliki kelebihan yaitu tidak memerlukan perawat yang profesional dan biaya jasa keperawatan lebih murah. Kelemahan model ini selain asuhan keperawatan terfragmentasi, dimana seorang klien dirawat oleh beberapa perawat yang melakukan berbagai macam kegiatan, sehingga tidak seorangpun perawat mengetahui kondisi individu klien secara keseluruhan, akibatnya tingkat kepuasan klien sangat rendah.

Contoh: perawat A diberi tugas untuk mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu. Maka pada saat bertugas perawat A hanya mengerjakan pekerjaan tersebut untuk semua klien, tanpa mempertimbangkan apakah semua klien membutuhkan atau tidak (PPNI, 1999).

2. Model Kasus

Model asuhan keperawatan kepada individu klien secara menyeluruh dari mulai pengkajian, perumusan diagnosis, menyusun rencana, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada saat bertugas, sehingga perawat mengetahui yang harus dilakukan untuk setiap individu klien dengan baik. Kelebihan model ini dapat memberikan pelayanan yang menyeluruh, sehingga kepuasan individu klien terpenuhi, penerapan model ini diperlukan perawat minimal memiliki kualifikasi profesional pemula atau pendidikan DIII keperawatan (PPNI, 1999).

Contoh: perawat A merawat klien dengan kasus diare, ia akan melakukan semua tahap proses keperawatan untuk individu klien. Perawat A akan memahami kebutuhan klien dengan baik dan secara menyeluruh (PPNI, 1999).

3. Model Tim

Model ini kelompok perawat terdiri dari 3-4 orang perawat, dari berbagai tingkat pendidikan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok individu klien yang berjumlah 8-12 orang. Salah seorang perawat yang memiliki kemampuan lebih tinggi akan menjadi ketua tim yang selanjutnya membagikan sejumlah tugas merawat klien kepada anggota di bawah tanggung jawabnya. Model ini dinilai lebih profesional dan perawat yang kurang mampu dalam

tim termotivasi untuk belajar memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik. Kelebihan model ini dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih profesional, sehingga memberikan kepuasan yang sangat tinggi kepada klien dan perawat itu sendiri (PPNI,1999).

Contoh: perawat A,B,C dan D dengan kualifikasi profesional pemula, profesional atau ners, dan perawat spesialis, memberikan asuhan keperawatan terhadap 8-12 klien dengan kasus yang sama atau berbeda (PPNI,1999).

4. Model Modular

Model ini kelompok perawat terdiri dari 3-4 orang perawat dengan berbagai tingkat pendidikan, memberikan asuhan keperawatan terhadap 8-12 orang individu klien, mulai dari klien masuk hingga selesai perawatan, di rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan. Kelebihan model ini, pelayanan yang diberikan lebih profesional dan kepuasan klien tinggi serta asuhan keperawatan yang diberikan menyeluruh dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (PPNI,1999).

Contoh: perawat A,B,C, dan D dengan kualifikasi profesional dan perawat spesialis, memberikan asuhan keperawatan terhadap 8-12 individu klien mulai masuk hingga pulang, dapat dengan kasus yang sama atau berbeda (PPNI,1999).

5. Model Primer

Model ini seorang perawat primer yang memiliki kualifikasi profesional atau ners, namun lebih dianjurkan perawat spesialis atau SP1, memberikan asuhan keperawatan terhadap 2-4 orang klien, tergantung tingkat kerumitan masalah klien, mulai dari klien dirawat sampai selesai sesuai kondisi klien pulih atau meninggal

dunia, termasuk merujuk kepada tenaga kesehatan lain, selama perawat primer tidak bertugas, ia dibantu oleh asisten dengan kualifikasi profesional atau ners, dan perawat asisten selalu menghubungi perawat primer dimana pun dia berada (PPNI,1999).

Contoh: perawat A dengan kualifikasi perawat spesialis jantung merawat 2-4 orang klien dengan gangguan fungsi jantung mulai dirawat sampai pulih atau meninggal, dengan menggunakan langkah proses keperawatan (PPNI,1999).

2.5.6 Standar Asuhan Keperawatan

1. Standar asuhan keperawatan rumah sakit

Pelayanan keperawatan diorganisir dan dikelola agar kinerja pelayanan keperawatan bermutu bagi pasien sesuai standar (Depkes, 1994).

Dalam upaya peningkatan kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit telah disusun standar pelayanan rumah sakit yang diberlakukan melalui SK. Menkes No. 436/MENKES/SK/VI/1993 dan Standar Asuhan Keperawatan yang diberlakukan melalui SK Dirjen Yanmed No. YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993. Standar Pelayanan dan standar asuhan keperawatan tersebut harus diterapkan secara bertahap (Depkes,1995).

Standar asuhan keperawatan rumah sakit adalah :

a. Pengkajian

- 1) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian
- 2) Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual)
- 3) Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang
- 4) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan

b. **Diagnosis Keperawatan**

- 1) **Diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan**
- 2) **Diagona keperawatan mencerminkan PE atau PES**
- 3) **Merumuskan diagnosis keperawatan actual atau potensial**

c. **Perencanaan**

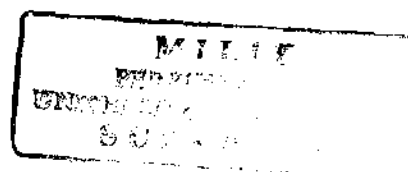
- 1) **Berdasarkan Diagnosis Keperawatan**
- 2) **Disusun berdasarkan urutan prioritas**
- 3) **Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria**
- 4) **Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas, dan atau melibatkan pasien atau keluarga**
- 5) **Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien atau keluarga**
- 6) **Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain.**

d. **Tindakan**

- 1) **Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan**
- 2) **Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan**
- 3) **Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi**
- 4) **Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas**

e. **Evaluasi**

- 1) **Evaluasi mengacu pada tujuan**
- 2) **Hasil evaluasi dicatat**
- 3) **Catatan Asuhan Keperawatan**
- 4) **Menulis pada format yang baku**



- 5) Pencatatan dilakukan sesuai tindakan yang dilaksanakan
- 6) Pencatatan ditulis dengan ringkas, istilah yang baku dan benar
- 7) Setiap melakukan tindakan, mencantumkan paraf atau nama jelas, tanggal dan jam dilakukan tindakan
- 8) Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

Standar asuhan keperawatan rumah sakit berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan atau asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit.

Bila pelayanan keperawatan sudah mengikuti dan sesuai dengan persyaratan maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan keperawatan paling sedikit sudah dapat dipertanggungjawabkan maka dapat dikatakan bahwa kinerja perawat dalam pelayanan rumah sakit juga harus dianggap baik (Depkes, 1995).

2. Standar praktek keperawatan

Standar praktek keperawatan profesional merupakan pedoman bagi perawat di Indonesia dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan (PPNI, 2000). Standar praktik keperawatan *American Nurses' Association*, tahun 1973 adalah

Standar I

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien bersifat sistemik dan kontinu. Data tersebut diakses, dikomunikasikan, dan dicatat.

Standar II

Diagnosis keperawatan berasal dari data status kesehatan.

Standar III

Rencana asuhan keperawatan meliputi tujuan yang berasal dari diagnosis keperawatan.

Standar IV

Rencana asuhan keperawatan meliputi pendekatan atau tindakan keperawatan yang telah ditentukan dan diprioritaskan untuk mencapai tujuan yang berasal dari diagnosis keperawatan.

Standar V

Tindakan keperawatan memberikan kesempatan kepada klien untuk berpartisipasi dalam peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan.

Standar VI

Tindakan keperawatan membantu klien untuk memaksimalkan kemampuan kesehatan mereka.

Standar VII

Kemajuan atau kemunduran klien ke arah pencapaian tujuan ditentukan oleh klien dan perawatnya (Allen,1998).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

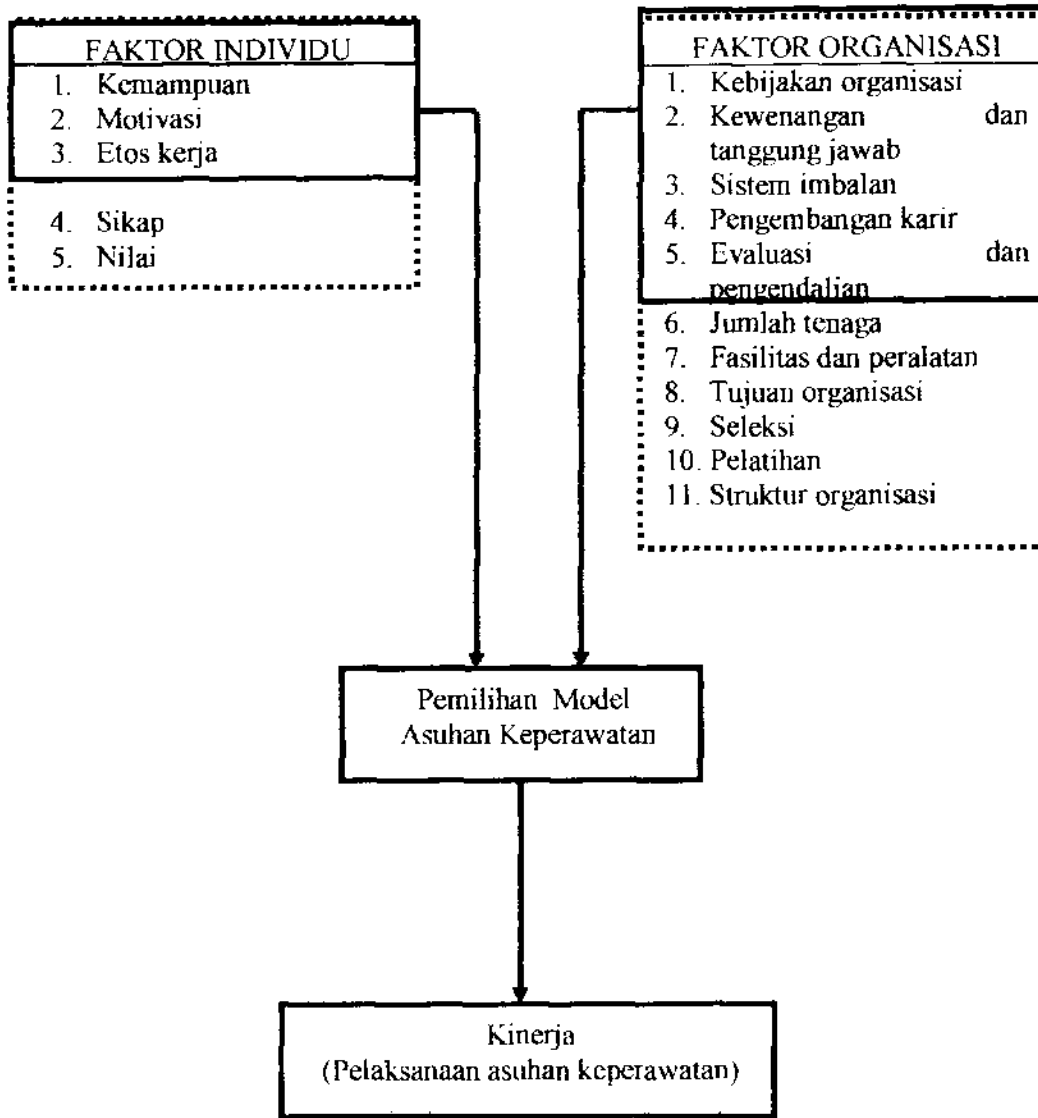
Di dalam asuhan keperawatan di rumah sakit ditentukan pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap . Pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor individu dan faktor organisasi.

Faktor individu yang dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan dimaksud adalah faktor individu perawat yang meliputi pendidikan, motivasi, etos kerja, sikap dan nilai.

Faktor organisasi yang dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan dimaksud adalah faktor organisasi rumah sakit yang meliputi kebijakan organisasi, Kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karir, evaluasi dan pengendalian, jumlah tenaga, fasilitas dan peralatan, tujuan organisasi, seleksi, pelatihan, dan struktur organisasi.

Faktor individu dan faktor organisasi mempengaruhi model pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat Bima di RSUD Kabupaten Bima dan perawat Jawa di RSUD Kabupaten Gresik dalam kinerja pelaksanaan asuhan keperawatan.

Penelitian dilakukan dengan cara mengidentifikasi faktor individu dan faktor organisasi pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat Bima di RSUD Kabupaten Bima dengan studi *benchmarking* perawat Jawa di RSUD Kabupaten Gresik, studi diharapkan menghasilkan suatu model asuhan keperawatan yang dapat digunakan untuk pengembangan asuhan keperawatan pada perawat Bima di RSUD Kabupaten Bima. Kerangka konseptual penelitian dapat digambarkan dalam bagan sebagai berikut:



Bagan: 3.1 Bagan kerangka konseptual penelitian

Keterangan :

———— = diteliti

..... = tidak diteliti

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

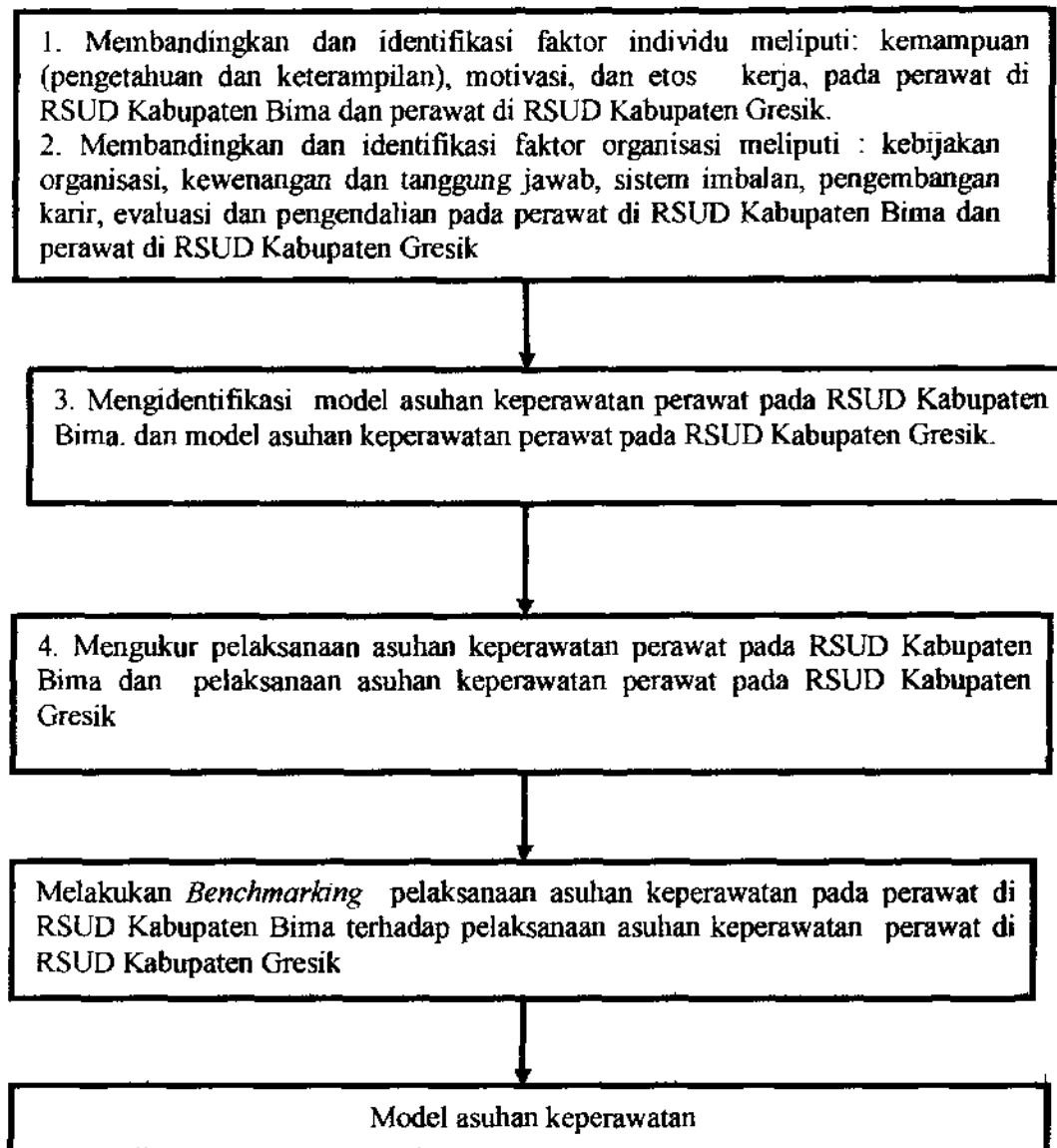
Penelitian ini merupakan studi *benchmarking*, hasil penelitian menguraikan gambaran kinerja perawat, dari perbedaan pengaruh dominan dari faktor individu dan faktor organisasi pada perawat dan Jawa. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.

Hasil analisis kegiatan dilapangan dengan landasan teori yang ada ,hasilnya diharapkan akan diperoleh suatu desain standar asuhan keperawatan rumah sakit, pada akhirnya didapatkan model asuhan keperawatan rumah sakit untuk RSUD Kabupaten Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.

4.2 Unit Analisis

Unit analisis adalah perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan ruang rawat inap VIP di RSUD Kabupaten Bima sejumlah 11 perawat, dan ruang rawat inap VIP di RSUD Kabupaten Gresik sejumlah 7 perawat, ruang rawat inap VIP merupakan ruangan yang menangani semua jenis penyakit, sehingga semua jenis kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan didapatkan di ruang rawat inap VIP.

4.3 Kerangka Operasional



Bagan 4.1 Kerangka operasional penelitian

4.4 Variabel Penelitian

1. Asuhan Keperawatan
2. Faktor Individu adalah faktor individu perawat, yang terdiri dari :
kemampuan, motivasi, dan etos kerja
3. Model asuhan keperawatan

4. Faktor organisasi adalah faktor organisasi rumah sakit yang terdiri dari : kebijakan organisasi, kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karir, dan evaluasi dan pengendalian
5. Adalah pemilihan rumah sakit untuk pelaksanaan asuhan keperawatan.

4.5 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran variabel

1. Upaya peningkatan kinerja perawat di RSUD Kab.Bima dengan Studi *Benchmarking* perawat di RSUD Kab.Bima dan di RSUD Kab.Gresik adalah mengukur dan membandingkan kegiatan dilakukan perawat dalam kinerja asuhan keperawatan, indikator di uji adalah asuhan keperawatan, faktor Individu dan faktor organisasi di ukur melalui lembar check list dan kuesioner dengan skala likert, dan nilai 1 sampai 4.

2. Asuhan keperawatan adalah rangkaian kegiatan praktik keperawatan, yang diberikan kepada klien, dalam bentuk proses keperawatan, yang meliputi: (1) tahap pengkajian; (2) tahap diagnosa keperawatan; (3) tahap perencanaan; (4) tahap pelaksanaan; (5) tahap evaluasi; dan (6) tahap dokumentasi keperawatan. Variabel ini di ukur melalui studi dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan, diberi nilai 1 sampai 4, item 1 sampai 24. Ketentuan untuk jawaban bila pernyataan itu dilaksanakan 0 sampai 6 item diberi bobot 1, bila pernyataan dilaksanakan 7 sampai 12 item diberi bobot 2, bila pernyataan dilaksanakan 13 sampai 18 item diberi bobot 3, bila pernyataan dilaksanakan 19 sampai 24 item diberi bobot 4. Variabel ini di ukur melalui lembar kuesioner dengan skala likert. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai skor total yaitu antara 1 – 4, sedangkan untuk interpretasi keadaan kategori asuhan keperawatan maka dilakukan pengelompokan

yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $> 67\%$, kategori sedang $33\% - 67\%$, dan kategori kurang $< 33\%$.

3. Faktor individu adalah sebagai suatu faktor perawat yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit, meliputi: kemampuan, motivasi dan etos kerja. Variabel ini di ukur melalui lembar observasi dan kuesioner, setiap jawaban diberi bobot, yaitu $a = 1$, $b = 2$, $c = 3$, $d = 4$. Untuk keperluan analisis infrensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori faktor individu, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $> 2,67$, kategori sedang $1,33 - 2,67$, dan kategori kurang $< 1,33$.

4. Kemampuan individu adalah sebagai suatu pengetahuan dan keterampilan perawat yang dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit. Data yang diambil dari kuesioner, setiap jawaban diberi bobot, yaitu $a = 1$, $b = 2$, $c = 3$, $d = 4$. dan untuk keterampilan diberi bobot bila 0 sampai 1 item dilaksanakan = 1, bila 2 sampai 4 item dilaksanakan = 2, bila 5 sampai 7 dilaksanakan = 3, dan bila 8 sampai 10 dilaksanakan = 4. Untuk keperluan analisis infrensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori kemampuan, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $> 2,67$, kategori sedang $1,33 - 2,67$, dan kategori kurang $< 1,33$.

5. Motivasi individu adalah sebagai faktor pendorong perawat menurut McClelland dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Data yang diambil dari kuesioner, setiap

jawaban akan diberi bobot, yaitu a = 1, b = 2, c = 3, d = 4. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori motivasi, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori yaitu kategori baik > 2,67, kategori sedang 1,33 - 2,67, dan kategori kurang < 1,33.

6. Etos kerja individu adalah sebagai pandangan perawat dalam asuhan keperawatan. Data yang diambil dari kuesioner, setiap jawaban akan diberi bobot, yaitu a = 1, b = 2, c = 3, d = 4. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori etos kerja, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik >2,67, kategori sedang 1,33 - 2,67, dan kategori kurang < 1,33.

7. Faktor organisasi adalah sebagai faktor rumah sakit yang dapat mempengaruhi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, yang meliputi: kebijakan organisasi, kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karir, evaluasi dan pengendalian. Angka 1 sampai dengan 4 merupakan jenjang skor setiap pertanyaan. Data yang diambil dari kuesioner dan observasi, setiap jawaban akan diberi bobot, yaitu 1 tidak ada, 2 kurang lengkap, 3 lengkap, 4 sangat lengkap, maka diberi bobot tidak ada =1, kurang lengkap = 2, lengkap = 3, sangat lengkap = 4. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori faktor organisasi, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan

nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $>2,67$, kategori sedang $1,34 - 2,67$, dan kategori kurang $<1,33$.

8. Kebijakan adalah sebagai suatu peraturan dan ketentuan tertulis rumah sakit dalam asuhan keperawatan. Variabel ini di ukur melalui lembar kuesioner dengan skala likert, item 1 sampai 4. Data yang diambil dari kuesioner dan observasi, setiap jawaban akan diberi bobot, yaitu 1 tidak ada, 2. kurang lengkap, 3. lengkap, 4. sangat lengkap, maka diberi bobot tidak ada =1, kurang lengkap = 2, lengkap = 3, sangat lengkap = 4. Untuk keperluan analisis infrensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori faktor organisasi, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $> 2,67$, kategori sedang $1,34 - 2,67$, dan kategori kurang $< 1,33$.

8. Kewenangan dan tanggung jawab adalah sebagai kewenangan dan tanggung jawab yang diberikan rumah sakit kepada perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Variabel ini di ukur melalui lembar kuesioner dengan skala likert, item 6 sampai 9. Angka 1 sampai dengan 4 merupakan jenjang skor setiap pertanyaan. maka diberi bobot tidak ada =1, kurang lengkap = 2, lengkap = 3, sangat lengkap = 4. Untuk keperluan analisis infrensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori faktor organisasi, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $> 2,67$, kategori sedang $1,34 - 2,67$, dan kategori kurang $< 1,33$.

9. Sistem imbalan adalah sebagai Imbalan intrinsik *intrinsic reward* dan imbalan ekstrinsik *ekstrinsic reward* rumah sakit kepada perawat dalam pelaksanaan asuhan

keperawatan. Data yang diambil dari kuesioner dan observasi, setiap jawaban akan diberi bobot, untuk pertanyaan yang terdapat empat alternatif jawaban yaitu ya dan tidak. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai skor total yaitu imbalan intrinsik 1 – 6, sedangkan untuk interpretasi keadaan kategori asuhan keperawatan maka dilakukan pembobotan nilai 1 tidak ada, 2 bila item 1 – 2 dilaksanakan, 3 bila item 3 – 4 dilaksanakan, 4 bila item 5 – 6 dilaksanakan. Untuk imbalan ekstrinsik item 1 – 10 dilakukan pembobotan yaitu nilai 1 tidak ada, 2 bila item 1 – 3 dilaksanakan, 3 bila item 4 – 6 dilaksanakan, 4 bila item 7 – 10 dilaksanakan, maka diberi bobot tidak ada = 1, kurang lengkap = 2, lengkap = 3, sangat lengkap = 4. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori system imbalan, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik >2,67, kategori sedang 1,34 – 2,67, dan kategori kurang < 1,33.

10. Pengembangan karir adalah sebagai kegiatan pengembangan yang diberikan rumah sakit kepada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Angka 1 sampai dengan 4 merupakan jenjang skor setiap pertanyaan. Data yang diambil dari kuesioner dan observasi, setiap jawaban akan diberi bobot, yaitu 1 tidak ada, 2. kurang lengkap, 3. lengkap, 4. sangat lengkap. maka diberi bobot tidak ada = 1, kurang lengkap = 2, lengkap = 3, sangat lengkap = 4. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori faktor organisasi, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi

dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $>2,67$, kategori sedang $1,34 - 2,66$, dan kategori kurang $< 1,33$.

11. Evaluasi dan pengendalian adalah sebagai suatu proses menilai dan mengarahkan menentukan keberhasilan yang diberikan rumah sakit melalui kepala keperawatan dan kepala ruangan kepada perawat dalam asuhan keperawatan. Angka 1 sampai dengan 4 merupakan jenjang skor setiap pertanyaan. Data yang diambil dari kuesioner dan observasi, setiap jawaban akan diberi bobot, yaitu 1 tidak ada, 2. kurang lengkap, 3. lengkap, 4. sangat lengkap, maka diberi bobot tidak ada =1, kurang lengkap = 2, lengkap = 3, sangat lengkap = 4. Untuk keperluan analisis inferensial maka nilai yang dipakai adalah nilai = frekwensi x bobot dibagi jumlah responden. Untuk interpretasi keadaan kategori faktor organisasi, maka dilakukan pengelompokan yaitu baik, sedang dan kurang, dengan perhitungan nilai tertinggi dibagi dengan jumlah kelas. Hasil nilai dibedakan dengan tiga kategori: kategori baik $> 2,67$, kategori sedang $1,34 - 2,67$, dan kategori kurang $< 1,33$.

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang dipergunakan untuk data dari faktor individu dan faktor organisasi serta data pendukung lain dapat menggunakan:

Tabel 4.1 Jenis instrumen untuk penelitian kinerja perawat di RSUD Bima Kabupaten Bima dan perawat di RSUD Gresik Kabupaten Gresik..

No.	Faktor Individu dan Organisasi	Jenis instrument
1.	Asuhan Keperawatan - Pelaksanaan asuhan keperawatan	Check list
2.	Kemampuan - Pengetahuan - Keterampilan	Kuesioner Check list
3.	Motivasi	Kuesioner
4.	Etos kerja	Kuesioner dan Check list
5.	Kebijakan Organisasi	Kuesioner dan Check list
6.	Kewenangan dan tanggung jawab	Kuesioner dan Check list
7.	Sistem imbalan	Kuesioner dan Check list
8.	Pengembangan karir	Kuesioner dan Check list
9.	Evaluasi dan pengendalian	Kuesioner dan Check list

4.6.1 Prosedur pengumpulan data

1. Data Asuhan Keperawatan

Pengambilan data primer diperoleh dari observasi langsung perawat ruangan oleh peneliti berdasarkan cek list yang telah diuji validitas dan reliabilitas.

2. Data Faktor individu

Pengambilan data primer diperoleh dari wawancara dan observasi langsung dengan perawat ruangan oleh peneliti berdasarkan kuesioner dan cek list yang telah diuji validitas dan reliabilitas.

3. Data faktor organisasi

Pengambilan data primer diperoleh dari wawancara langsung dengan perawat ruangan oleh peneliti berdasarkan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas.

Untuk data sekunder dengan melakukan wawancara kepada responden tentang data yang dibutuhkan peneliti.

4.7 Lokasi penelitian dan waktu penelitian

4.7.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kabupaten Bima, dan RSUD Kabupaten Gresik.

4.7.2 Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 1 Juni sampai dengan 8 Agustus 2002.

4.8 Teknik pengolahan dan analisis data

4.8.1 Teknik pengolahan data

Data mentah yang telah dikumpulkan perlu dipecah-pecahkan dalam sejumlah kelompok, diadakan kategorisasi, dilakukan manipulasi serta diperas sedemikian rupa

sehingga data tersebut bermakna untuk menjawab masalah dan bermanfaat untuk menguji hipotesa (Nazir,1999).

Didalam pengolahan data melalui tahapan sebagai berikut:

1. *Editing* merupakan kegiatan memeriksa kebenaran atau validitas data yang masuk. Kejadiannya meliputi pemeriksaan kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan makna jawaban dan relevansinya.
2. *Coding* merupakan kegiatan memberi kode pada respon yang didapatkan, sifat *unit of analysis* yang merupakan abstraksi harus di transformasikan bentuknya menjadi kode angka, mengklasifikasikan data yang masuk menurut kategori. Jawaban setiap kategori yang sama dikelompokkan, yang berbeda dipisah.
3. *Tabulasi* merupakan kegiatan menyusun data yang masuk kedalam tabel untuk memudahkan pembuatan analisis.

4.8.2 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian penting metode ilmiah (Nazir,1999).

Setelah dilakukan pengumpulan data, langkah selanjutnya adalah melakukan analisis data, namun demikian sebelum data dapat dianalisis, ada beberapa langkah yang harus dilakukan, yang meliputi: editing data yaitu mengedit data mentah yang sudah terkumpul, pengendalian jawaban kosong, mengkode data dan mengkategorikan data dengan jalan mengklasifikasikan jawaban para responden menurut macannya, membuat tabulasi dengan menggunakan tabel atau file data, kemudian programming untuk melakukan perhitungan sesuai dengan rumus yang digunakan.

Untuk perhitungan dengan menggunakan sistem computer program SPSS, kemudian data hasil perhitungan dilakukan pembahasan dan kesimpulan.

BAB 5
HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik berada di dalam kota masing-masing Kabupaten, adapun keadaan umum sebagai berikut:

Tabel 5.1 Keadaan RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No.	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Milik Pemerintah	Milik Pemerintah
2.	Letak di Jalan Langsung No.1 Raba-Bima, Telp/Fax: (0374) 43142, geografi terletak antara 117.40 - 119.22 derajat bujur Timur dan 70 - 30.9 derajat lintang Selatan, Utara berbatasan dengan laut Flores, Timur selat Sape, Barat Kabupaten Dompu dan Selatan Samudra Indonesia, luas tanah 15.000 m ² dan luas gedung 4.062 m ² .	Latak di Jalan dr. Wahidin Sudiro Husodo Gresik, Telp. 3951239, geografi terletak antara: sebelah Utara laut Madura, Timur dengan kota Surabaya, Barat dengan kota Lamongan, Selatan dengan Kabupaten Mojokerta, luas tanah 40.000 m ² , dan luas gedung 11.670 m ² .
3.	Landasan operasional: Perda No. 12 Th. 1994 tentang Susunan Organisasi RSUD Tk.II Bima, dan Perda No. 2 Th. 2000 tentang Retribusi pelayanan kesehatan, serta SK. Menkes No. 105/Menkes/SK/I/1995, kelas type C.	Landasan operasional: Instruksi Gubernur Jatim No. 16 Th. 1983 jo.26 Tahun 1983, dan Perda No. 10 Tahun 1983 tentang Retribusi pelayanan kesehatan, serta SK. Menkes.No.233/Menkes/SK/VI/1983, kelas type C.

Tabel 5.1 di atas, ditarik kesimpulan, bahwa keadaan RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik, sama milik pemerintah dengan kelas type C.

Selanjutnya diuraikan tentang Visi, Misi dan motto dari RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel 5.2 Visi, misi dan motto RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No.	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Visi : Terselenggara pelayanan prima di bidang kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kab. Bima .	Visi: 1. Mengembangkan rumah sakit ke type yang lebih tinggi sehingga menjadikan tempat rujukan, pendidikan dan penelitian serta berorientasi kepada kepuasan pelayanan kesehatan. 2. Dapat mengadaptasi perubahan seiring dengan cepatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
2.	Misi: Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, cepat, tepat dan bersahabat.	Misi 1) Membedakan pelayanan kesehatan bermutu, paripurna dan terjangkau. 2) Menjadikan pusat rujukan pertama bagi penyelenggara pelayanan di Kabupaten Gresik. 3) Menyelenggarakan pusat pendidikan, penelitian bagi tenaga kesehatan dan masyarakat serta membina Puskesmas di Kabupaten Gresik.
3.	Motto: “ Kepuasan pasien adalah kebahagiaan kami “.	Motto: “ Pelayanan adalah utama “.

Tabel 5.2 di atas, ditarik kesimpulan, bahwa visi, misi, dan motto RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, merupakan implementasi Dario strategi pembangunan kesehatan untuk Indonesia sehat Tahun 2010.

Selanjutnya diuraikan tentang jumlah tempat tidur dengan komposisi kelas di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel: 5.3 Jumlah Tempat Tidur dengan Komposisi Klas di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No	Jumlah tempat tidur	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Kelas III	60	67
2.	Kelas II	10	42
3.	Kelas I	11	20
4.	Ruang VIP	12	17
5.	Perinatologi	-	9
6.	ICU	-	5
	Jumlah	93	160

Tabel 5.3 di atas, ditarik kesimpulan bahwa jumlah tempat tidur dengan komposisi, di RSUD Kab. Bima jumlah tempat tidur kurang dan jenis kelas tidak ada untuk perinatologi dan ICU dari RSUD Kabupaten Gresik.

Selanjutnya diuraikan tentang indikator pelayanan di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel: 5.4 Indikator pelayanan di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No	Indikator Pelayanan	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	BOR	63,07 %	54,50 %
2.	BTO	47.64 kali	46 kali
3.	TOI	2,91 hari	3,6 hari
4.	GDR	51,12 perseribu	48 perseribu
5.	NDR	13,59 perseribu	28 perseribu
6.	ALOS	4,39 hari	4,6 hari

Tabel 5.4 di atas, ditarik kesimpulan bahwa indikator pelayanan, di RSUD Kab. Bima indikator hampir sama, kecuali untuk NDR yang lebih rendah dari RSUD Kab. Gresik

Selanjutnya diuraikan tentang jenis pelayanan Spesialis di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel: 5.5 Jenis Pelayanan Spesialis yang ada di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No	Jenis pelayanan spesialis	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Penyakit dalam	Ada	Ada
2.	Penyakit anak	Ada	Ada
3.	Penyakit Bedah	Ada	Ada
4.	Penyakit kebidanan dan kandungan	Ada	Ada
5.	IRD	Tidak ada	Ada
6.	Rehabilitasi Medis	Tidak ada	Ada
7.	Penyakit Mata	Tidak ada	Ada
8.	Penyakit Gigi	Tidak ada	Ada
9.	Penyakit Syaraf	Tidak ada	Ada
10.	Penyakit kulit kelamin	Tidak ada	Ada
11.	Penyakit THT	Tidak ada	Ada
12.	Penyakit jantung	Tidak ada	Ada
13.	Orthopedi	Tidak ada	Ada
14.	Gizi	Tidak ada	Ada
15.	Check Up	Tidak ada	Ada

Tabel 5.5 di atas, ditarik kesimpulan bahwa pelayanan spesialis, di RSUD Kab. Bima berbeda karena hanya melayani lima jenis pelayanan, sedangkan RSUD Kab. Gresik melayani lima belas jenis pelayanan.

Selanjutnya diuraikan tentang jenis pelayanan pasien rawat jalan yang ada spesialis di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel: 5. 6 Jenis pelayanan pasien rawat jalan yang ada di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No	Jenis pelayanan pasien rawat jalan	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Penyakit dalam	Ada	Ada
2.	Penyakit anak	Ada	Ada
3.	Penyakit Bedah	Ada	Ada
4.	Penyakit kebidanan dan kandungan	Ada	Ada
5.	IRD	Tidak ada	Ada
6.	Rehabilitasi Medis	Tidak ada	Ada
7.	Penyakit Mata	Ada	Ada
8.	Penyakit Gigi	Ada	Ada
9.	Pernyakit Syaraf	Tidak ada	Ada
10.	Penyakit kulit kelamin	Tidak ada	Ada
11.	Penyakit THT	Tidak ada	Ada
12.	Penyakit jantung	Tidak ada	Ada
13.	Orthopedi	Tidak ada	Ada
14.	Gizi	Tidak ada	Ada
15.	Check Up	Tidak ada	Ada

Tabel 5.6 di atas, ditarik kesimpulan bahwa pelayanan pasien rawat jalan, di RSUD Kab. Bima berbeda karena hanya melayani enam jenis pelayanan, sedangkan RSUD Kab. Gresik lebih lengkap karena melayani lima belas jenis pelayanan.

Selanjutnya diuraikan tentang kemampuan pelayanan penunjang medik di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel: 5.7 Kemampuan Pelayanan Penunjang Medik di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No	Pelayanan penunjang medik	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Radiologi	Ada	Ada
2.	Laboratorium	Ada	Ada
3.	Farmasi	Ada	Ada
4.	Rehabilitasi Medik	Ada	Ada
5.	Anestesi	Ada	Ada
6.	Gizi	Ada	Ada
7.	EKG	Ada	Ada
8.	Patologi Klinik	Tidak ada	Ada
9.	Anatomi	Tidak ada	Ada

Tabel 5.7 di atas, ditarik kesimpulan bahwa kemampuan pelayanan penunjang medik, di RSUD Kab. Bima berbeda jumlah pelayanan yang diberikan, sedangkan RSUD Kab. Gresik lebih lengkap karena ada tambahan pelayanan untuk patologi klinik dan anatomi.

Selanjutnya diuraikan tentang tim dalam ruang lingkup komite medik di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel: 5.8 Tim Dalam Ruang Lingkup Komite Medik di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No	Jenis pelayanan pasien rawat jalan	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Panitia Etika Profesi	Ada	Ada
2.	Panitia Farmasi dan Terapi	Ada	Ada
3.	Panitia Infeksi Nosokomial	Ada	Ada
4.	Panitia peningkatan Mutu	Ada	Ada
5.	Pelayanan Medis	Ada	Ada
6.	Panitia Kredensial	Ada	Ada
7.	Panitia Penanggulangan Kanker	Ada	Ada
8.	Panitia Audit Medis	Ada	Ada
9.	Tim Rumah Sakit Sayang Bayi	Ada	Ada
10.	Tim Rumah Sakit Sayang Ibu	Ada	Ada
11.	Tim AIDS	Ada	Ada

Tabel 5.8 di atas, ditarik kesimpulan bahwa tim dalam ruang lingkup komite medik, di RSUD Kab. Bima sama untuk jumlah dan jenis komite yang dibentuk, dengan di RSUD Kabupaten Gresik.

Selanjutnya diuraikan tentang jenis ketenagaan di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

Tabel: 5.9. Jenis Ketenagaan di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

No	Jenis ketenagaan	RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Gresik
1.	Dokter Umum	8	14
2.	Dokter Gigi	3	3
3.	Dokter Spesialis	4	29
4.	Paramedik Keperawatan	129	150
5.	Apoteker	1	1
6.	Paramedik Non Keperawatan	27	38
7.	Non Medik	80	160
8.	Tenaga sukarela dan Satpam	54	114
	Jumlah	306	509

Tabel 5.9 di atas, ditarik kesimpulan bahwa jenis ketenagaan, di RSUD Kab. Bima berbeda yang paling nampak untuk tenaga dokter spesialis, tenaga non medik, tenaga sukarela dan satpam, dengan di RSUD Kabupaten Gresik.

Sumber dana untuk RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik berasal dari : Anggaran Rutin (DIKDA) dan DIPDA (APBD).

Selanjutnya diuraikan tentang kemampuan perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

5.2 Kemampuan perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik.

Berdasarkan hasil analisis item kemampuan perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik, didapatkan perbedaan kemampuan, dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.10 Distribusi Kemampuan Kerja Individu Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kab. Gresik				
		Nilai				Nilai rata-rata	Nilai				Nilai Rata-rata
		1	2	3	4		1	2	3	4	
1	Tahap pengkajian askep	0	0	0	11	4	0	0	0	7	4
2	Diagnosa keperawatan	0	2	0	9	3,64	0	0	1	6	3,86
3	Kegiatan tahap perencanaan asuhan keperawatan	0	0	1	10	3,90	0	0	2	5	3,71
4	Kegiatan untuk mengetahui belajar klien dalam tindakan askep	0	5	0	6	3,09	0	0	5	2	3,28
5	Kegiatan sumberdaya yang ada dalam tindakan askep	3	4	1	3	2,36	3	2	0	2	2,14
6	Mengkoordinasikan kerja sama dengan klien dan rekan kerja untuk tindakan askep	2	0	1	8	3,36	0	0	0	7	4
7	Dimaksud kegiatan evaluasi dalam pelaksanaan askep	1	1	0	9	3,54	0	0	0	7	4
8	Dimaksud kegiatan dokumentasi perawatan	0	0	0	11	4	0	0	0	7	4
9	Ketrampilan dalam pelaksanaan askep	0	3	7	1	2,82	0	0	2	5	3,71
	Jumlah rata-rata					3,41					3,63

Analisis kemampuan untuk pengetahuan pengkajian perawat di RSUD Kab. Bima baik (4) dan di RSUD Kab. Gresik baik (4). Kemampuan untuk pengetahuan

diagnosa keperawatan perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,64), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,86). Sedangkan Kemampuan untuk pengetahuan tahap perencanaan asuhan keperawatan perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,90), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,71).

Kemampuan untuk pengetahuan kegiatan mengetahui belajar klien dalam tindakan asuhan keperawatan perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,09), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,28). Kemampuan untuk pengetahuan sumber daya yang ada dalam tindakan keperawatan perawat di RSUD Kab. Bima sedang (2,36), dan perawat di RSUD Kab. Gresik sedang (2,14). Kemampuan untuk pengetahuan mengkoordinasikan kerja sama dengan klien dan rekan kerja dalam tindakan asuhan keperawatan, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,36), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (4).

Kemampuan untuk pengetahuan evaluasi asuhan keperawatan, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,54), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (4). Kemampuan untuk pengetahuan diagnosa keperawatan, perawat di RSUD Kab. Bima baik (4), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (4).

Sedangkan kemampuan keterampilan pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat di RSUD Kab. Bima baik (2,82), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,71).

Tabel 5.10 di atas bahwa kemampuan perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Gresik masih lebih baik (3,63), dari perawat di RSUD Kab. Bima (3,41), terutama untuk keterampilan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Selanjutnya diuraikan motivasi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik, sebagai berikut:

5.3 Motivasi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil analisis item motivasi kerja perawat didapatkan perbedaan kemampuan perawat, dilihat pada tabel berikut:

Tabel.5.11 Distribusi Motivasi Kebutuhan akan Prestasi untuk Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	I t e m	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai Rata-rata	Nilai				Nilai Rata-rata
		1	2	3	4		1	2	3	4	
1.	Menyukai situasi penting dan tanggung Jawab tinggi.	0	0	9	2	3,18	0	0	3	4	3,57
2.	Mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik.	0	4	5	2	3,81	0	0	1	6	3,86
3.	Menyukai pekerjaan dengan resiko sedang.	0	10	1	0	2,09	0	7	0	0	2
4.	Menghindari pekerjaan terlalu sulit atau terlalu mudah Mendapatkan	8	3	0	0	1,27	6	1	0	0	1,14
	Jumlah rata-rata					2,59					2,89

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Motivasi untuk menyukai situasi penting dan tanggung jawab tinggi, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,18), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,57). Motivasi untuk mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,81), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,86). Motivasi untuk menyukai pekerjaan dengan resiko sedang, perawat di RSUD Kab. Bima sedang (2,09), dan perawat di RSUD Kab. Gresik sedang (2).

Demikian pula untuk menghindari pekerjaan terlalu sulit atau mudah, perawat RSUD Kab. Bima kurang (1,27), dan perawat di RSUD Kab. Gresik kurang (1,14).

Tabel 5.11 di atas bahwa motivasi untuk kebutuhan akan prestasi, untuk perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Gresik masih lebih baik (2,89), dari perawat di RSUD Kab. Bima (2,59), terutama menyukai situasi penting dan tanggung jawab tinggi, dan mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik.

Tabel.5.12 Distribusi Motivasi Kebutuhan akan Kekuasaan Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai Rata-rata	Nilai				Nilai Rata-rata
		1	2	3	4		1	2	3	4	
1.	Mendapatkan kenikmatan tersendiri dibebani pekerjaan.	1	2	8	0	2,64	0	2	5	0	2,71
2.	Berupaya semaksimal untuk mempengaruhi klien atau rekan perawat.	0	6	5	0	2,45	0	0	4	3	3,43
3.	Lebih menyukai pekerjaan, bila ditempatkan di situasi kompetitif yang tinggi dengan teman sekerja	7	2	2	0	1,54	0	2	4	1	2,86
4.	Lebih peduli prestise atau gengsi.	9	2	0	0	1,18	5	2	0	0	1,28
	Jumlah rata-rata					1,95					2,57

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Analisis motivasi dalam mendapatkan kenikmatan tersendiri dibebani pekerjaan, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (2,71), dan di perawat RSUD Kab. Bima sedang (2,64). Motivasi untuk kebutuhan akan kekuasaan dalam berupaya semaksimal mungkin mempengaruhi klien atau rekan kerja, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,43), dan perawat di RSUD Kab. Bima sedang (2,45).

Motivasi untuk kekuasaan dalam lebih menyukai pekerjaan bila ditempatkan pada situasi kompetitif yang tinggi dengan teman sekerja, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (2,86), dan perawat di RSUD Kab. Bima sedang (1,54). Motivasi untuk lebih peduli prestise, perawat di RSUD Kab. Gresik kurang (1,28), dan perawat di RSUD Kab. Bima kurang (1,18).

Tabel 5.12 di atas bahwa motivasi untuk kebutuhan akan kekuasaan untuk perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Gresik masih lebih baik (2,57), dari perawat di RSUD Kab. Bima (1,95), namun masih sama dalam kategori sedang dengan nilai 2,57, dan 1,95, terutama dalam lebih menyukai pekerjaan bila ditempat dengan situasi kompetitif yang tinggi dengan teman sekerja.

Tabel.5.13 Distribusi Motivasi Kebutuhan akan Afiliasi Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai Rata-rata	Nilai				Nilai Rata-rata
		1	2	3	4		1	2	3	4	
1.	Berjuang keras dalam menciptakan persahabatan dengan teman sekerja&lien.	0	0	9	2	3,18	0	1	0	6	3,71
2.	Menyukai situasi yang kooperatif	0	0	3	8	3,72	0	0	4	3	3,43
3.	Menginginkan hubungan dengan derajat pemahaman timbal balik yang tinggi.	0	0	9	2	3,18	0	0	5	2	3,28
4.	Bekerja dengan biaya sekecil-kecilnya tanpa konsekuensi .	0	1	8	2	3,09	0	7	0	0	2
	Jumlah rata-rata					3,29					2,85

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Analisis motivasi dalam berjuang keras menciptakan persahabatan dengan teman sekerja dan kien, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,71), dan perawat di

RSUD Kab. Bima baik (3,18). Motivasi dalam menyukai situasi yang kooperatif, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,72), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,43). Motivasi dalam menginginkan hubungan dengan derajat pemahaman timbale balik yang tinggi, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,28), dan perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,18). Motivasi untuk bekerja dengan biaya sekecil-kecilnya tanpa konsekuensi, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,09), dan perawat di RSUD Kab. Gresik kurang (1).

Tabel 5.13 di atas bahwa motivasi untuk kebutuhan akan afiliasi untuk perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima masih lebih baik (3,29), dari perawat di RSUD Kab. Gresik baik (2,85), terutama dalam bekerja dengan biaya sekecil-kecilnya tanpa konsekuensi.

Selanjutnya diuraikan tentang etos kerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

5.4 Etos kerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil analisis pada perawat didapatkan perbedaan tentang etos kerja dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.14 Distribusi Etos Kerja Individu Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan Perawat pada RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai	Nilai				Nilai
		1	2	3	4	Rata-rata	1	2	3	4	Rata-rata
1.	Profesi keperawatan dan pekerjaan askep dalam kehidupan	8	1	1	1	1,55	7	0	0	0	1
2.	Menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat dan mengerjakan askep	0	0	3	8	3,73	0	0	0	7	4
3.	Mendapatkan kepuasan tersendiri mengerjakan askep baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan	0	2	6	3	3,09	0	0	0	7	4
4.	Komitmen dengan ketentuan dan tujuan rumah sakit dalam melaksanakan askep pada klien	0	1	7	3	3,18	0	0	0	7	4
5.	Tepat waktu dengan jam kerja	0	5	4	2	2,73	0	0	4	3	3,43
6.	Melakukan pekerjaan askep dalam keadaan tepat waktu	0	1	9	1	3	0	1	6	0	2,86
7.	Berangkat kerja dapat mengalami keterlambatan dan pulang kerja lebih cepat dari jam kerja yang ditentukan	0	0	1	10	3,90	0	0	0	7	4
8.	Tetap mengacu pada standare askep yang telah ditetapkan dalam mengerjakan askep	0	2	6	3	3,09	2	0	5	0	2,42
9.	Tetap menjaga mutu dalam mengerjakan askep berdasarkan standar askep yang ditetapkan rumah sakit	0	1	7	3	3,18	2	0	4	1	2,57
	Jumlah rata-rata					2,88					3,03

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Analisis etos kerja untuk profesi keperawatan dalam kehidupan, perawat di RSUD Kab. Bima sedang (1,55), dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik kurang (1). Etos kerja untuk menyukai pekerjaan sebagai profesi, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (4), dan perawat di RSUD Kab. Bima baik 3,73).

Etos kerja untuk mendapatkan kepuasan tersendiri mengerjakan pekerjaan yang menyenangkan dan tidak menyenangkan, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (4), dan perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,09). Etos kerja untuk komitmen dengan tujuan dan ketentuan rumah sakit, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (4), dan perawat di RSUD Kab. Bima baik 3,18). Etos kerja untuk tepat waktu dengan jam kerja, perawat di RSUD Kab. Gresik baik (3,43), dan perawat di RSUD Kab. Bima baik (2,73). Etos kerja untuk tepat waktu melakukan pekerjaan, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3), dan perawat di RSUD Kab. Gresik baik (2,86).

Etos kerja untuk keterlambatan berangkat dan pulang lebih cepat dari jam kerja yang ditentukan, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,90), dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik baik (4). Etos kerja untuk mengacu pada standar yang ditetapkan dalam pekerjaan, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,09), dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik sedang (2,42). Demikian pula etos kerja untuk menjaga mutu dalam pekerjaan berdasarkan standar, perawat di RSUD Kab. Bima baik (3,18), dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik sedang (2,57).

Tabel 5.14 dapat ditarik kesimpulan bahwa etos kerja perawat di RSUD Kab. Gresik lebih baik (3,03), dari perawat di RSUD Kab. Bima (2,88), terutama adalah menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat.

Selanjutnya diuraikan tentang kebijakan rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kab. Bima dan RSUD kabupaten Gresik, sebagai berikut:

5.5 Kebijakan rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat

Berdasarkan hasil analisis terhadap kebijakan rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik, penelitian didapatkan perbedaan tentang kebijakan rumah sakit, yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel.5.15 Distribusi Kebijakan Rumah Sakit dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai rata-rata	Nilai				Nilai rata-rata
		1	2	3	4		1	2	3	4	
1.	Surat Keputusan dari Direktur atau kepala badan untuk SOP	0	3	1	0	2,25	0	0	4	0	3
2.	Bukti dibuat dalam upaya penyebarluasan kebijakan dan prosedur askep	1	2	1	0	2,25	0	0	4	0	3
3.	Bukti tertulis sebagai pedoman yang mengatur hak dan kewajiban klien dalam askep	1	2	1	0	2,25	0	0	4	0	3
4.	Bukti tertulis sebagai pedoman yang mengatur hak dan kewajiban perawat dalam askep	3	0	1	0	1,5	0	0	4	0	3
5.	Catatan ketentuan tertulis mengatur berlakunya etika profesi dan mekanisme penyelesaian masalah etik.	2	1	1	0	1,75	0	0	4	0	3
	Jumlah rata-rata					1,55					3

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Analisis kebijakan untuk surat keputusan dari direktur dan kepala badan tentang SOP bagi perawat, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima sedang (2,25). Kebijakan dalam upaya penyebarluasan kebijakan dan prosedur bagi perawat, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima sedang (2,25).

Kebijakan untuk pedoman yang mengatur hak dan kewajiban klien, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima kategori sedang (2,25). Kebijakan mengatur hak dan kewajiban perawat, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD kabupaten Bima sedang (1,5). Kebijakan ketentuan tertulis yang mengatur etika profesi dan mekanisme penyelesaian masalah etik yang diberikan bagi kepala ruangan, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima baik (2,75).

Tabel 5.15 di atas bahwa kebijakan rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan untuk perawat, bahwa kebijakan RSUD Kab. Gresik lebih baik (3), dari RSUD Kab. Bima (1,55), terutama adalah kebijakan kepala badan untuk surat keputusan SOP, bukti tertulis sebagai pedoman yang mengatur hak dan kewajiban klien, hak dan kewajiban perawat, dan catatan ketentuan tertulis yang mengatur berlakunya etika profesi.

Selanjutnya akan diuraikan hasil penilaian terhadap kewenangan dan tanggung jawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sebagai berikut:

5.6 Kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat

Berdasarkan hasil analisis terhadap kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat di ruang rawat inap VIP

RSUD Kab. Bima dan perawat RSUD Kabupaten Gresik, penelitian didapatkan perbedaan tentang kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit, yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.16 Distribusi Kewenangan dan Tanggung Jawab Rumah Sakit dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai rata-rata	Nilai				Nilai Rata-rata
		1	2	3	4		1	2	3	4	
1.	Dokumen sistem penugasan perawat	1	1	2	0	2,25	0	1	3	0	2,75
2.	Surat penunjukan yang diberikan kepada kepala ruangan yang bertanggung Jawab dalam askep.	1	1	2	0	2,25	0	0	4	0	3
3.	Surat penunjukan yang diberikan kepada perawat yang ditugaskan sebagai penanggung Jawab shift atau koordinator jaga	1	1	2	0	2,25	0	1	3	0	2,75
4.	Laporan tertulis yang dibuat perawat sebagai penanggung Jawab shift atau koordinator jaga	3	0	1	0	1,5	0	0	4	0	3
	Jumlah rata-rata					2,06					3,37

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Analisis kewenangan dan tanggung jawab dalam bentuk dokumen sistem penugasan perawat, di RSUD Kab. Gresik baik (2,75), dan di RSUD Kab. Bima sedang (2,25). Kewenangan dan tanggung dalam bentuk surat penunjukan diberikan kepada kepala ruangan sebagai penanggung jawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima sedang (2,25).

Kewenangan dan tanggung jawab dalam penunjukan perawat sebagai penanggung jawab shift atau coordinator jaga, di RSUD Kab. Gresik baik (2,75), dan di RSUD Kab. Bima sedang (2,25). Kewenangan dan tanggung jawab dalam

membuat laporan tertulis perawat sebagai penanggung jawab shift atau coordinator jaga, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima sedang (1,5).

Tabel 5.16 di atas bahwa kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan bagi individu perawat secara keseluruhan, bahwa RSUD Kab. Gresik lebih baik (3,37), dari RSUD Kab. Bima dengan kategori baik (2,06).

Selanjutnya akan diuraikan hasil penilaian terhadap sistem imbalan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sebagai berikut:

5.7 Sistem imbalan rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat

Berdasarkan hasil analisis sistem imbalan rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan perawat RSUD Kabupaten Gresik, penelitian didapatkan perbedaan tentang sistem imbalan rumah sakit, yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.17 Distribusi Sistem Imbalan Rumah Sakit dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai	Nilai				Nilai
		1	2	3	4	Rata-rata	1	2	3	4	Rata-rata
1.	Imbalan intrinsik.	0	0	2	2	3,5	0	0	0	4	4
2.	Imbalan ekstrinsik	0	3	1	0	2,27	0	2	2	0	2,5
	Jumlah rata-rata					2,87					3,25

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Analisis sistem imbalan untuk imbalan intrinsik rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan bagi perawat, di RSUD Kab. Gresik baik (4), dan perawat di

Analisis item pengembangan karir untuk pengembangan karir dalam program orientasi perawat baru, di RSUD Kab. Gresik sedang (2), dan di RSUD Kab. Bima sedang (1,75). Pengembangan karir untuk membuat daftar hadir dan notulen rapat, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima baik (2,75).

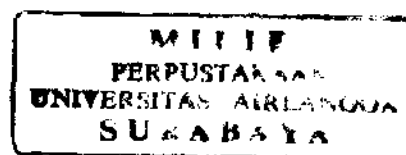
Pengembangan karir untuk mengikuti pelatihan di dalam rumah sakit, di RSUD Kab. Gresik sedang (2), dan di RSUD Kab. Bima sedang (1,5). Pengembangan karir mengikuti pelatihan di luar rumah sakit, di RSUD Kab. Gresik baik (2,75), dan di RSUD Kab. Bima kurang (1).

Tabel 5.18 di atas bahwa pengembangan karir rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan bagi perawat, bahwa RSUD Kab. Gresik lebih baik (2,69), dari RSUD Kab. Bima (1,75), terutama untuk jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan pelatihan diluar rumah sakit.

Selanjutnya akan diuraikan hasil penilaian terhadap evaluasi dan pengendalian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sebagai berikut:

5.9 Evaluasi dan pengendalian rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keprawatan, pada perawat

Hasil analisis terhadap evaluasi dan pengendalian rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik, dapat dilihat pada tabel berikut:



Tabel 5.19 Distribusi Evaluasi dan Pengendalian Jawab Rumah Sakit dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

No	Item	RSUD Kab. Bima					RSUD Kabupaten Gresik				
		Nilai				Nilai Rata-rata	Nilai				Nilai Rata-rata
		1	2	3	4		1	2	3	4	
1.	Tim evaluasi dan pengendalian askep	0	1	3	0	2,75	0	0	4	0	3
2.	Instrumen evaluasi pelayanan askep	0	1	3	0	2,75	0	0	4	0	3
3.	Dokumen evaluasi askep dan hasil	0	2	2	0	2,5	0	0	4	0	3
4.	Laporan tertulis tentang upaya pengendalian askep	1	3	0	0	2,5	2	0	2	0	2
5.	Laporan tertulis tentang tindak lanjut upaya pengendalian askep	2	2	0	0	2	3	1	0	0	1,25
Jumlah rata-rata						2,5					3,05

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Analisis sistem evaluasi dan pengendalian untuk pembentukan tim evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima baik (2,75). Evaluasi dan pengendalian untuk instrumen evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima baik (2,75).

Evaluasi dan pengendalian untuk dokumen evaluasi asuhan keperawatan dan hasil, di RSUD Kab. Gresik baik (3), dan di RSUD Kab. Bima sedang (2,5). Evaluasi dan pengendalian untuk laporan tertulis upaya pengendalian asuhan keperawatan, di RSUD Kab. Gresik sedang (2), dan di RSUD Kab. Bima sedang (2,5). Evaluasi dan pengendalian untuk laporan tertulis upaya tindak lanjut pengendalian, di RSUD Kab. Bima lebih baik dari RSUD Kabupaten Gresik dengan kategori sedang, untuk laporan tertulis upaya tindak lanjut pengendalian.

Tabel 5.19, di atas bahwa evaluasi dan pengendalian rumah sakit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan bagi individu perawat, bahwa RSUD Kab. Gresik

lebih baik dari RSUD Kab. Bima dengan kategori baik 3,05, terutama untuk pembentukan tim evaluasi dan pengendalian, instrumen evaluasi, dan instrumen evaluasi dan hasil.

Selanjutnya akan diuraikan hasil penilaian terhadap model asuhan keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sebagai berikut:

5.10 Model Asuhan Keperawatan Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan di RSUD Kab. Gresik

Berdasarkan hasil analisis berbagai variabel penelitian, didapatkan perbedaan tentang model asuhan keperawatan rumah sakit terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan, yang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.20 Distribusi Model Asuhan Keperawatan pada Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan RSUD Kab. Gresik tahun 2002

NO	Model Asuhan	RSUD Kab. Bima		RSUD Kabupaten Gresik	
		F	Persentase	F	Persentase
1	Fungsional	4	36,4	0	0
2	Kasus	7	63,6	7	100
JUMLAH		11	100	7	100

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Berdasarkan tabel 5.20 di atas, didapatkan bahwa model asuhan keperawatan untuk perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima menggunakan model fungsional 36,4 % dan model kasus 63,6 %. perawat di RSUD Kab. Gresik menggunakan model kasus 100 %.

5.11 Asuhan Keperawatan Perawat di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diperoleh informasi tentang penerapan asuhan keperawatan model asuhan keperawatan pada kedua etnis, seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 5.21 Distribusi Hasil Penilaian terhadap Dokumentasi Proses Keperawatan dalam Penerapan Asuhan Keperawatan pada Perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dan Jawa di RSUD Kab. Gresik tahun 2002

NO	Kategori Asuhan Keperawatan	RSUD Kab. Bima		RSUD Kabupaten Gresik	
		F	%	F	%
1	Baik	9	81,81	7	100
2	Sedang	2	18,19	0	0
3	Kurang	0	0	0	0
Jumlah		11	100	7	100

Sumber: Data primer hasil penelitian tahun 2002

Tabel 5.21 di atas bahwa asuhan keperawatan dengan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan, di RSUD Kab. Gresik lebih baik 100 %, dari di RSUD Kab. Bima baik 81,81 %.

Selanjutnya akan diuraikan model pelaksanaan asuhan keperawatan, dengan studi *Benchmarking* bagi perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dengan perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Gresik sebagai berikut:

5.12 Model pelaksanaan asuhan keperawatan, dengan studi *benchmarking generik* bagi perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima pada perawat di RSUD Kabupaten Gresik.

5.12.1 Langkah-langkah:

Langkah 1. Merencanakan studi *Benchmarking*

Menyampaikan tentang kegiatan di dalam merencanakan studi *Benchmarking* sebagai berikut :

1. Menyeleksi dan menentukan faktor individu, faktor organisasi, model asuhan keperawatan, dan dokumen asuhan keperawatan perawat di RSUD Kab. Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik.
2. Menyeleksi dan menentukan kompetensi utama dari faktor individu, perawat di RSUD Kab. Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik.
3. Menyeleksi dan menentukan peta kemampuan dari perawat dan perawat dan mengevaluasi kemampuan perawat di RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.
4. Menyeleksi dan menentukan kunci proses bisnis, dari RSUD Kab. Bima dan RSUD Kabupaten Gresik.
5. Menyeleksi dan menentukan faktor penentuan proses kinerja dari perawat di RSUD Kab. Bima dan perawat di RSUD Kabupaten Gresik.

Hasil kegiatan di atas ditetapkan studi *Benchmarking* adalah kinerja perawat dalam model asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Gresik

Langkah 2. Hasil pengumpulan data:

Adapun hasil yang ditemukan sebagai berikut:

RSUD Kab. Bima	RSUD Kabupaten Jawa
<p>A. Faktor Individu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan, dalam keterampilan asuhan keperawatan masih kurang. 2. Motivasi, masih rendahnya kebutuhan akan prestasi dan kebutuhan akan kekuasaan. 3. Etos kerja,rendahnya etos kerja dalam menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat. <p>B. Faktor Organisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan yang kurang untuk SK SOP, bukti tertulis hak dan kewajiban perawat dan klien, tidak ada ketentuan tertulis etika profesi. 2. Kurang lengkapnya bukti kewenangan dan tanggung Jawab dalam sistem penugasan, surat penunjukan dan laporan tertulis. 3. Sistem imbalan intrinsik yang didapat masih kurang. 4. Pengembangan karir dalam bentuk pendidikan dan pelatihan di dalam maupun di luar rumah sakit masih kurang. 5. Evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan yang belum optimal. <p>C. Model Asuhan Keperawatan, yang dilakukan masih menggunakan 2 model yaitu model fungsional dan model kasus.</p> <p>D. Asuhan Keperawatan diberikan belum sempurna.</p>	<p>A. Faktor Individu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan dalam pengetahuan dan keterampilan secara merata lebih baik. 2. Motivasi yang baik secara merata dalam kebutuhan prestasi dan kekuasaan. 3. Etos kerja perawat secara keseluruhan baik. <p>B. Faktor Organisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan telah dibuat kepala Badan dalam bentuk SK, bukti tertulis hak perawat dan klien, dan ketentuan tertulis etika profesi. 2. Kewenangan dan tanggung Jawab dalam sistem penugasan, surat penunjukan dan laporan tertulis lengkap. 3. Sistem imbalan baik imbalan intrinsik dan imbalan ekstrinsik di dapatkan sesuai jenjang profesi. 4. Pengembangan karir lebih lengkap terutama untuk notulen rapat dan catatan perawat yang mengikuti pendidikan dan pelatihan di luar rumah sakit. 5. Evaluasi dan pengendalian yang ada lengkap terutama untuk tim , intrumen dan dokumen. <p>C. Model Asuhan Keperawatan, sepenuhnya menggunakan model kasus.</p> <p>D. Asuhan Keperawatan yang dilaksnakan seluruh perawat baik.</p>

Langkah 3. Menganalisis data terkumpul adalah :

Identifikasi faktor penentu proses yang menunjang peningkatan kinerja perawat di RSUD Kabupaten Gresik, adalah:

1. Faktor Individu
 - a. Tenaga perawat di RSUD Kab. Gresik 7 orang lulusan D3 Keperawatan.
 - b. Kemampuan perawat lebih baik untuk keterampilan pelaksanaan asuhan keperawatan.
 - c. Motivasi individu untuk perawat lebih baik, terutama untuk kebutuhan akan prestasi yang meliputi menyukai situasi penting dan tanggung jawab tinggi, dan mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik, demikian pula untuk kebutuhan akan kekuasaan yaitu lebih menyukai pekerjaan bila ditempatkan pada situasi kompetitif tinggi.
 - d. Etos kerja individu untuk perawat lebih baik, terutama dalam menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat.
2. Faktor Organisasi
 - a. Kebijakan rumah sakit untuk individu perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, untuk perawat lebih baik yaitu kelengkapan surat keputusan kepala badan tentang SOP, bukti tertulis yang dibuat sebagai pedoman mengatur hak dan kewajiban klien serta hak dan kewajiban perawat, serta catatan tentang ketentuan tertulis yang mengatur berlakunya etika profesi.
 - b. Kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit untuk individu perawat dalam asuhan keperawatan, untuk perawat lebih baik secara keseluruhan.

- c. Sistem imbalan rumah sakit untuk individu perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, untuk perawat lebih baik secara keseluruhan, terutama imbalan intrinsik, yaitu: peran serta diberikan kepada perawat dalam pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan, dan kebebasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan, serta keleluasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
 - d. Pengembangan karir rumah sakit untuk individu perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, untuk perawat lebih baik terutama untuk dokumen dan catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan latihan dilaksanakan diluar rumah sakit.
 - e. Evaluasi dan pengendalian rumah sakit untuk individu perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, untuk perawat lebih baik terutama dalam pembentukan tim evaluasi dan pengendalian, instrumen evaluasi, dan instrument evaluasi dan hasil.
3. Model asuhan keperawatan untuk perawat di Ruang VIP RSUD Kab. Gresik seluruhnya model kasus.
 4. Asuhan keperawatan yang dilaksanakan dari hasil penilaian dokumentasi asuhan keperawatan untuk perawat di ruang VIP RSUD Kab. Gresik sudah baik.

Kesenjangan yang ada pada perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab.

Bima, adalah:

1. Faktor individu

- a. Keadaan tenaga perawat 3 orang lulusan SPK merupakan tenaga senior dan PNS, sedangkan 8 orang tenaga perawat D3 semuanya tenaga honor daerah.
- b. Kemampuan masih rendah kegiatan sumber daya dalam asuhan keperawatan, serta keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan.
- c. Motivasi masih rendah untuk kebutuhan akan prestasi yaitu menyukai situasi penting dan tanggung jawab tinggi, dan mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik, demikian pula untuk kebutuhan akan kekuasaan yaitu kurang menyukai pekerjaan bila ditempatkan pada situasi kompetitif tinggi, namun kebutuhan akan afiliasi lebih baik terutama dalam bekerja dengan biaya sekecil-kecilnya tanpa konsekuensi.
- d. Etos kerja masih rendah dalam menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat, mendapatkan kepuasan tersendiri mengerjakan pekerjaan yang menyenangkan dan tidak menyenangkan, serta ada komitmen dengan ketentuan dan tujuan rumah sakit, namun untuk profesi keperawatan dalam kehidupan masih lebih baik.

2. Faktor organisasi

- a. Untuk kebijakan, tidak ada surat Keputusan dari direktur untuk SOP, tidak ada upaya penyebarluasan kebijakan dan prosedur askep, tidak ada bukti tertulis sebagai pedoman yang mengatur hak dan kewajiban klien serta perawat dalam askep, serta tidak ada catatan ketentuan tertulis di buat rumah

sakit yang mengatur tentang berlakunya etika profesi dan mekanisme penyelesaian masalah etik yang diberikan bagi kepala ruangan.

- b. Untuk kewenangan dan tanggung Jawab yaitu tidak ada dokumen sistem penugasan perawat, tidak ada surat penunjukkan yang diberikan kepada kepala ruangan yang bertanggung Jawab dalam aspek, tidak ada surat penunjukan yang diberikan kepada perawat yang ditugaskan sebagai penanggung Jawab shift atau koordinator jaga, tidak ada laporan tertulis yang dibuat perawat sebagai penanggung Jawab shift atau koordinator jaga.
- c. Untuk sistem imbalan yaitu: peran serta diberikan kepada perawat dalam pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan, dan kebebasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan, serta keleluasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
- d. Untuk pengembangan karir yaitu kurang lengkap dokumen program orientasi perawat baru, catatan jumlah perawat mengikuti pendidikan dan latihan dilaksanakan di rumah sakit, dan tidak ada catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan latihan dilaksanakan diluar rumah sakit.
- e. Untuk evaluasi dan pengendalian yaitu kurang lengkapnya tim evaluasi dan pengendalian dan instrumen evaluasi dan pengendalian, tidak ada laporan tertulis tentang upaya pengendalian dan hasil dalam asuhan keperawatan, dan tidak ada laporan tertulis tentang tindak lanjut upaya pengendalian asuhan keperawatan.

Menetapkan model asuhan keperawatan untuk perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima adalah:

1. RSUD Kab. Bima dengan sumber daya manusia yang ada, yaitu :
 - a. Memiliki tenaga keperawatan telah terpenuhi lebih banyak tenaga keperawatan dengan kualifikasi D3 Keperawatan sejumlah 11 orang, sedangkan lulusan SPK 3 orang.
 - b. Kemampuan untuk pengetahuan dan keterampilan secara individual baik.
 - c. Demikian pula untuk motivasi individu perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terutama untuk kebutuhan akan afiliasi.
 - d. Serta etos kerja individu perawat, yaitu profesi keperawatan dalam kehidupan masih lebih baik.
 - e. Model Asuhan keperawatan yang dilaksanakan di ruang rawat inap VIP sebagian besar perawat menggunakan model kasus.
2. Mempertimbangkan keadaan sumber daya yang ada di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima, serta mempelajari model kasus dalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu secara menyeluruh dari mulai pengkajian, perumusan diagnosis, menyusun rencana, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada saat bertugas, dan kualifikasi tenaga untuk penerapan model ini diperlukan perawat minimal memiliki profesional pemula atau pendidikan DIII keperawatan. Maka di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima dapat direkomendasikan model asuhan keperawatan adalah: “ Model Kasus “.

3. Untuk rekomendasi tersebut di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima mengimplementasikan sejumlah faktor penentu *benchmarking* yang telah diimplementasikan oleh perawat perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik, yaitu:

a. Individu Perawat

- 1) Tenaga perawat untuk ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima yang lulusan SPK ditingkatkan menjadi D3 atau diganti dengan lulusan D3 Keperawatan..
- 2) Meningkatkan kemampuan perawat RSUD Kab. Bima tentang proses keperawatan, yaitu keterampilan asuhan keperawatan.
- 3) Mendorong motivasi perawat RSUD Kab. Bima dalam kebutuhan akan prestasi yang meliputi menyukai situasi penting dan tanggung jawab tinggi, dan mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik, demikian pula untuk kebutuhan akan kekuasaan, yang meliputi berupaya semaksimal mungkin untuk mempengaruhi klien atau rekan perawat, dan lebih menyukai pekerjaan bila ditempatkan pada situasi kompetitif tinggi.

b. Faktor Organisasi

- 1) Membuat kebijakan dalam bentuk surat keputusan dari direktur bagi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima.
- 2) Membuat surat keputusan dari direktur tentang job description, legalitas dan continuitas untuk kewenangan dan tanggung Jawab perawat dalam

pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima.

- 3) Memberi imbalan intrinsik yang lebih besar bagi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu: peran serta diberikan kepada perawat dalam pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan, dan kebebasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan, serta keleluasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
- 4) Membuat program pengembangan karir secara berkesinambungan untuk orientasi perawat baru, rapat, pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kab. Bima.
- 5) Membuat instruksi tertulis dari tingkat direktur, kepala seksi keperawatan dan kepala ruang rawat inap dalam bentuk buku pedoman sebagai acuan untuk pelaksanaan asuhan keperawatan bagi perawat RSUD Kab. Bima.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Faktor individu meliputi kemampuan, motivasi dan etos kerja, perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat.

Kemampuan adalah menunjukkan, bahwa perawat profesional memiliki pengetahuan, keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan keperawatan.

Dari hasil analisis item dari variabel penelitian, menunjukkan bahwa kemampuan perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari perawat di RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari kemampuan dalam keterampilan asuhan keperawatan untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima lebih rendah, karena tenaga keperawatan masih ada yang berpendidikan SPK sejumlah 3 orang, serta kasus yang sering ditangani terbatas sehingga keterampilan asuhan keperawatan tidak bervariasi.

Merujuk hasil maka kemampuan dalam keterampilan pelaksanaan asuhan keperawatan menjadi salah satu faktor yang memungkinkan rendahnya kinerja perawat di RSUD Kabupaten Bima dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Menurut Swansburg (2001) disebutkan bahwa perawat dengan kemampuan baik dapat melakukan pekerjaan keperawatan dengan baik, demikian pula dikemukakan oleh Doengoes (2000) bahwa perawat membutuhkan kemampuan berpikir kritis, asertif, dan ketrampilan penatalaksanaan pasien untuk mengatasi peningkatan tanggung jawab dalam asuhan keperawatan.

Dapat pula didukung teori lain tentang karakter orang Bima menurut Maryam (1999) orang Bima memiliki karakter keras, cepat marah, malas bekerja yang bersifat rutinitas dan tidak senang diperintah, melakukan pekerjaan tidak memikirkan akibat, tanggung jawab kurang, setiap melakukan pekerjaan tidak terencana, mengutamakan kepentingan untuk diri sendiri, hidup dengan berladang, berlayar dan berdagang (Maryam, 1999).

Motivasi dalam penelitian adalah prakarsa untuk dilaksanakannya suatu tindakan secara sadar dan bertujuan.

Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa motivasi perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari perawat di RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari motivasi kebutuhan akan prestasi yaitu menghindari pekerjaan terlalu sulit atau terlalu mudah, menyukai situasi penting dan tanggung jawab tinggi, dan mempunyai hasrat menyelesaikan pekerjaan dengan baik untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima rendah, karena perawat sebagian besar tenaga lepas honor daerah sehingga kurang tanggung jawab dan kurang berhasrat untuk kerja sungguh-sungguh.

Dibuktikan dari motivasi kebutuhan akan kekuasaan yaitu menyukai pekerjaan bila ditempatkan pada situasi kompetitif tinggi untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima rendah, karena status kepegawaian yang masih honorer serta tidak ada dampak bagi status kepegawaian mayoritas perawat yang ada.

Namun dari motivasi kebutuhan akan afiliasi yaitu dalam bekerja dengan biaya sekecil-kecilnya tanpa kensekuensi untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima lebih baik, karena masih minimnya pengalaman dari mayoritas perawat dalam pengelolaan biaya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Merujuk kebutuhan motivasi tersebut menjadi salah satu faktor yang memungkinkan rendahnya peningkatan kinerja perawat tersebut didalam pelaksanaan asuhan keperawatan perawat.

Menurut Robbins (2001) disebutkan bahwa dalam teori lain tentang teori kebutuhan McClelland menfokuskan pada tiga kebutuhan yaitu prestasi, kekuasaan, dan afiliasi. Kebutuhan ini ditetapkan sebagai berikut: 1) Kebutuhan akan prestasi, yaitu dorongan untuk mengungguli, berprestasi sehubungan dengan seperangkat standar, bergulat untuk sukses, 2) Kebutuhan akan kekuasaan yaitu kebutuhan untuk membuat orang lain berperilaku dalam suatu cara yang orang itu tanpa dipaksa tidak akan berperilaku demikian, 3) Kebutuhan akan afiliasi

Teori lain yang dikemukakan Martoyo (1998) kebutuhan akan prestasi, dari riset McClelland bahwa peraih prestasi tinggi membedakan diri mereka dari orang lain oleh hasrat mereka untuk menyelesaikan hal-hal dengan lebih baik. Mencari situasi untuk dapat mencapai tanggung jawab pribadi di dalam pemecahan problem, dapat menerima umpan balik atas kinerja mereka, sehingga dengan mudah mengetahui apakah mereka menjadi lebih baik atau tidak. Individu dengan kebutuhan tinggi berprestasi lebih menyukai pekerjaan dengan tanggung jawab pribadi, umpan balik, dan resiko dengan derajat menengah.

Kebutuhan akan kekuasaan adalah hasrat untuk mempunyai dampak, berpengaruh, dan mengendalikan orang lain. Individu dengan kebutuhan akan kekuasaan yang tinggi menikmati untuk dibebani, bergulat untuk mempengaruhi orang lain, menyukai ditempatkan pada situasi kompetitif dan berorientasi status, cenderung lebih peduli prestise dan berpengaruh terhadap orang lain daripada kinerja

yang efektif. Kebutuhan akan afiliasi adalah hasrat untuk disukai dan diterima orang lain, berjuang keras dalam persahabatan, menyukai situasi kooperatif dari pada kompetitif, sangat menginginkan hubungan dengan derajat pemahaman timbal-balik yang tinggi.

Teori lain dikemukakan Martoyo (1998) menurut Herzberg bahwa faktor yang berperan sebagai motivator terhadap pegawai ,yakni yang mampu memuaskan dan mendorong orang untuk bekerja baik terdiri dari: (1) Keberhasilan pelaksanaan; (2) Pengakuan; (3) Pekerjaan itu sendiri; (4) Pengembangan *advancement* .

Etos kerja dalam penelitian ini adalah pandangan dan sikap setiap orang , bangsa terhadap kerja.

Dari hasil analisis item dari variabel penelitian, menunjukkan bahwa etos kerja perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat di RSUD Kabupaten Bima lebih rendah, karena sebagian besar perawat bekerja sebagian besar untuk memenuhi kebutuhan hidup, tapi belum sepenuhnya mengarah pada pekerjaan sebagai panggilan profesi.

Merujuk hasil bahwa menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat, menjadi salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat di RSUD Kabupaten Bima.

Menurut Newstrom (1989) disebutkan bahwa etos kerja adalah pandangan setiap orang, bahwa bekerja suatu hal yang penting dalam tujuan hidup, cenderung menyukai kerja, memperoleh kepuasan dari pekerjaan, mempunyai komitmen yang lebih kuat terhadap organisasi dan tujuannya.

Teori lain yang dikemukakan Prawirosentono (1999) yang mengatakan, bahwa etos kerja ternyata dipengaruhi oleh sosial budaya masyarakat, padahal budaya masyarakat dipengaruhi pula oleh letak geografis dimana mereka lahir tumbuh, hidup dan berkembang.

6.2 Faktor Organisasi meliputi kebijakan, kewenangan dan tanggung jawab, sistem imbalan, pengembangan karier, evaluasi dan pengendalian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat

Kebijakan adalah suatu peraturan dan ketentuan tertulis dalam lingkungan tertentu untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan.

Dari hasil analisis item dari variabel penelitian, menunjukkan bahwa kebijakan rumah sakit untuk perawat RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari kelengkapan surat keputusan kepala badan dan direktur tentang SOP, catatan pedoman mengatur hak dan kewajiban klien serta hak dan kewajiban perawat, serta catatan tentang ketentuan tertulis yang mengatur berlakunya etika profesi rumah sakit untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima lebih rendah, karena belum adanya surat keputusan dari DPR Kabupaten Bima dan Bupati tentang struktur organisasi dan operasional keperawatan di rumah sakit, sehingga perawat sebagai pengelola dan pelaksana keperawatan tidak mampu mengambil kebijakan, karena setiap kebijakan dan keputusan yang diambil merupakan instruksi dan keputusan dari direktur.

Merujuk hasil ini didapatkan tidak lengkap surat keputusan direktur rumah sakit tentang SOP, tidak ada bukti tertulis pedoman mengatur hak dan kewajiban

klien serta hak dan kewajiban perawat, tidak ada catatan yang mengatur berlakunya etika profesi, merupakan faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat.

Menurut Swanburg (2001) kebijakan pelayanan keperawatan ada untuk standarisasi dan sebagai sumber petunjuk bagi staf keperawatan, sebagai kebijakan pelayanan perawatan yang memberi masukan pada perawat manajer dalam aktifitas keperawatan pada setiap ruangan dimana personil perawatan berpraktek.

Kewenangan dan tanggung jawab adalah suatu peraturan dan ketentuan tertulis dalam lingkungan tertentu untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan.

Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit untuk perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari perawat di RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari dokumen sistem penugasan perawat, surat penunjukkan yang diberikan kepada kepala ruangan sebagai penanggung jawab, surat penunjukan yang diberikan kepada perawat yang ditugaskan sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga, dan laporan tertulis yang dibuat perawat sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga, untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima lebih rendah, karena belum ada surat keputusan dari direktur tentang kewenangan dan tanggung jawab setiap tingkat secara struktural, sehingga perawat pengelola dan pelaksana dalam setiap tingkat tidak dapat menggunakan kewenangan dan kurang memiliki tanggung jawab secara profesi.

Merujuk hasil didapatkan bahwa di RSUD Kabupaten Bima tidak ada dokumen sistem penugasan perawat, tidak ada surat penunjukkan kepada kepala ruangan yang

bertanggung jawab, tidak ada surat penunjukan yang diberikan kepada perawat sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga, dan tidak ada laporan tertulis yang dibuat perawat sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga dalam melaksanakan asuhan keperawatan, merupakan faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat.

Menurut Swanburg (2001) yang menyatakan, bahwa kewenangan dan tanggung jawab sebagai suatu proses yang mempengaruhi aktivitas kelompok terorganisasi dalam upaya menyusun dan mencapai tujuan. Teori lain yang dikemukakan Azrul (1999) yang menyatakan kewenangan dan tanggung jawab adalah perpaduan berbagai perilaku yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memiliki kemampuan untuk mendorong orang lain bersedia dan dapat menyelesaikan tugas tertentu yang dipercayakan.

Sistem imbalan adalah segala sesuatu yang diterima para karyawan sebagai balas jasa atas kerja mereka. Dimaksud dengan sistem imbalan dalam penelitian adalah meliputi imbalan intrinsik dan imbalan ekstrinsik.

Dari hasil analisis item dari variabel penelitian, menunjukkan bahwa sistem imbalan rumah sakit untuk perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari perawat di RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari peran serta diberikan kepada perawat dalam pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan, kebebasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan, keleluasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk perawat di RSUD Kabupaten Gresik rendah, karena sebagian besar perawat merupakan tenaga honor daerah, sehingga

secara legal formal tidak dapat kebebasan dan tidak ada keleluasan untuk mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan.

Merujuk hasil bahwa di RSUD Kabupaten Bima tidak ada peran serta perawat dalam pengambilan keputusan, tidak kebebasan kerja bagi perawat, serta tidak ada keleluasan kerja perawat, merupakan faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat.

Menurut Robbins (2001) yang mengatakan jenis imbalan ada dua yaitu imbalan intrinsik dan imbalan ekstrinsik. Teori lain yang dikemukakan oleh Robbins (2001) yang mengatakan imbalan itu dapat berupa apa saja yang dihargai orang lain dalam konteks organisasi, dalam bentuk uang, kinerja yang mendukung, kenaikan pangkat, penugasan kerja yang menarik, rekan yang ramah, informasi yang penting, dan giliran kerja atau daerah jual yang lebih disukai.

Pengembangan karir adalah kegiatan pengembangan yang diberikan organisasi kepada seseorang untuk melaksanakan tugas atau fungsinya.

Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa pengembangan karir rumah sakit untuk perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari dokumen catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan latihan dilaksanakan diluar rumah sakit untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima rendah, karena perawat yang mengikuti pelatihan khusus untuk semua jenis pelatihan asuhan keperawatan adalah perawat senior yang sama dan menduduki jabatan struktural, serta tidak ada sosialisasi hasil pelatihan di ruang rawat inap, sedangkan untuk mengikuti pendidikan kejenjang yang lebih tinggi merupakan inisiatif dari

individu perawat dan bukan merupakan suatu upaya pengembangan rumah sakit untuk peningkatan SDM.

Merujuk fakta didapatkan bahwa di RSUD Kabupaten Bima tidak ada dokumen catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan latihan dilaksanakan di luar rumah sakit merupakan faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat.

Menurut Sedarmayanti (2000) yang mengatakan ruang lingkup pengembangan karir organisasi rumah sakit, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah perencanaan, pendidikan, pelatihan, pengelolaan.

Teori lain yang dikemukakan Aditama (1999) yang mengatakan pengembangan karir adalah pengembangan karir adalah pengembangan karir dalam jenjang karir struktural dan pengembangan karir dalam jenjang karir fungsional.

Evaluasi dan pengendalian adalah suatu proses proses untuk menentukan nilai atau jumlah dalam mencapai tujuan yang ditetapkan dan proses memastikan bahwa proses sesuai dengan aktivitas yang direncanakan..

Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa evaluasi dan pengendalian rumah sakit untuk perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari pembentukan tim evaluasi dan pengendalian, instrumen evaluasi, dan instrument evaluasi dan hasil untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima rendah, karena evaluasi dan pengendalian dilakukan bila ada tim dikes propinsi yang melakukan supervisi atau melakukan penilaian terhadap penyelenggaraan asuhan keperawatan, atau bila ada penilaian akreditasi rumah sakit.

Merujuk hasil didapatkan bahwa di RSUD Kabupaten Bima karena kurang lengkap pembentukan tim evaluasi dan pengendalian, instrumen evaluasi, instrumen evaluasi dan hasil, merupakan faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat.

Menurut Azwar (1996) yang mengatakan evaluasi dan pengendalian merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit, ruang lingkup adalah pelaksanaan program, pemenuhan kriteria yang ditetapkan, efektivitas program, efisiensi program, keabsahan hasil yang dicapai dan sistem yang dipergunakan untuk melaksanakan.

Teori lain yang dikemukakan oleh Stoner (1996) yang mengatakan pengendalian manajemen adalah proses untuk memastikan bahwa aktivitas sebenarnya sesuai dengan aktivitas yang direncanakan.

6.3 Model Asuhan Keperawatan yang digunakan perawat di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik.

Model asuhan keperawatan adalah bentuk proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

Dari hasil analisis item dari variabel penelitian, menunjukkan bahwa model asuhan keperawatan untuk perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari perawat di RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari model fungsional dan model kasus untuk asuhan keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima, karena perawat di RSUD Kabupaten Bima yang berjumlah 11 orang, memiliki latar belakang pendidikan SPK 3 orang dan D3 Keperawatan 8 orang, melihat keadaan tenaga dan pengalaman yang

yang masih kurang tentang asuhan keperawatan dimiliki perawat khususnya yang lulusan SPK, sehingga model asuhan keperawatan yang dapat diterapkan masih 2 model yaitu model fungsional dan model kasus.

Merujuk dari fakta ini didapatkan bahwa di RSUD Kabupaten Bima model asuhan keperawatan adalah fungsional dan kasus, karena menerapkan dua model asuhan keperawatan, merupakan faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat.

Menurut PPNI (1999) yang mengatakan model fungsional asuhan keperawatan adalah model asuhan keperawatan dilakukan secara terfragmentasi dan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai tugas yang dibebankan pada setiap perawat, model kasus adalah model asuhan keperawatan kepada individu klien secara menyeluruh dari mulai pengkajian, perumusan diagnosa, menyusun rencana, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada saat bertugas, sehingga perawat mengetahui yang harus dilakukan untuk setiap individu klien dengan baik.

Teori lain yang dikemukakan PPNI (1999) mengatakan model kasus adalah model asuhan keperawatan kepada individu klien secara menyeluruh dari mulai pengkajian, perumusan diagnosis, menyusun rencana, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada saat bertugas, sehingga perawat mengetahui yang harus dilakukan untuk setiap individu klien dengan baik. Kelebihan model ini dapat memberikan pelayanan yang menyeluruh, sehingga kepuasan individu klien terpenuhi, penerapan model ini diperlukan perawat minimal memiliki kualifikasi profesional pemula atau pendidikan DIII keperawatan,

contoh: perawat A merawat klien dengan kasus diare, ia akan melakukan semua tahap proses keperawatan untuk individu klien. Perawat A akan memahami kebutuhan klien dengan baik dan secara menyeluruh.

6.4. Pelaksanaan Asuhan keperawatan pada perawat di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan.

Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan untuk perawat di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari RSUD Kabupaten Bima.

Dibuktikan dari hasil yang didapatkan dari dokumentasi proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi untuk perawat di RSUD Kabupaten Bima rendah, karena perawat 3 orang yang status PNS dan merupakan perawat senior yang mempunyai kewenangan lebih luas namun kurang memahami tentang proses keperawatan.

Merujuk dari fakta ini didapatkan bahwa di RSUD Kabupaten Bima pelaksanaan asuhan keperawatan dengan dokumentasi proses keperawatan baik dan sedang, karena kualitas tenaga yang belum memadai sehingga kurang memahami tentang proses keperawatan, merupakan faktor yang menyebabkan rendahnya kinerja perawat didalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Menurut Nursalam (2001) yang mengatakan pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam

pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan.

Teori lain yang dikemukakan Gaffar (1999) yang mengatakan pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Di dukung teori PPNI (1999) yang mengatakan pelaksanaan merupakan bagian aktif dalam asuhan keperawata, dimana perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, bersifat intelektual, interpersonal dan tehnikal, berupa berbagai upaya untuk dapat terpenuhinya kebutuhan dasar klien, evaluasi adalah tahap terakhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna menentukan apakah tujuan tindakan keperawatan yang dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.

Teori lain yang dikemukakan Ignatavicius (1994) yang mengatakan evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah tercapai.

Di dukung teori yang dikemukakan Allen (1998) yang mengatakan tahap evaluasi adalah perbandingan sejumlah hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Demikian juga teori yang dikemukakan Nursalam (2001) yang mengatakan semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu.

6.5 Model pelaksanaan asuhan keperawatan, dengan studi *benchmarking* bagi perawat di RSUD Kabupaten Bima dan di RSUD Kabupaten Gresik

Model kasus dalam asuhan keperawatan merupakan gambaran ideal yang diharap di RSUD Kabupaten Bima dengan melakukan *Benchmarking* di RSUD Kabupaten Gresik.

Didukung teori yang dikemukakan PPNI (1999) yang mengatakan model kasus asuhan keperawatan adalah model asuhan keperawatan kepada individu klien secara menyeluruh dari mulai pengkajian, perumusan diagnosis, menyusun rencana, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada saat bertugas, sehingga perawat mengetahui yang harus dilakukan untuk setiap individu klien dengan baik. Kelebihan model ini dapat memberikan pelayanan yang menyeluruh, sehingga kepuasan individu klien terpenuhi, penerapan model ini diperlukan perawat minimal memiliki kualifikasi profesional pemula atau pendidikan DIII keperawatan.

Langkah pelaksanaan untuk mendapatkan model kasus asuhan keperawatan bagi perawat dengan melakukan studi *Benchmarking Generik* perawat di RSUD Kabupaten Gresik adalah menggunakan proses *Benchmarking* yang dikemukakan Watson (1997) menyatakan adalah untuk mempelajari kinerja suatu proses dengan prinsip analog, kedua buah perusahaan harus mengikuti proses pengukuran dan analisis yang sama. Duplikasi ini memberikan kemampuan analisis yang konsisten untuk mengevaluasi kesenjangan kinerja dan mengidentifikasi praktek bisnis yang memungkinkan terjadinya peningkatan kinerja.

Didukung teori yang dikemukakan Tunggal (1998) menyatakan bahwa tipe *Benchmarking*, yaitu: (a) *Benchmarking* internal yaitu perbandingan dari operasi internal; (b) *Benchmarking* kompetitif, yaitu perbandingan pesaing khusus terhadap pesaing lain untuk produk atau fungsi kepentingan; (c) *Benchmarking* fungsional yaitu perbandingan sejumlah fungsi yang sama dalam industri luas yang sama atau terhadap pemimpin industri; (d) *Benchmarking generik* perbandingan sejumlah fungsi usaha atau proses yang sama dengan mengabaikan industri. Tipe *Benchmarking generik*, merupakan tipe yang tepat digunakan oleh perawat di RSUD Kabupaten Bima, dalam kegiatan *benchmarking* di RSUD Kabupaten Gresik.

BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab terdahulu, maka dapat disimpulkan dan diajukan saran-saran sebagai berikut :

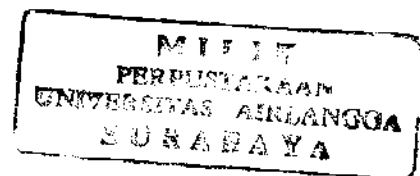
7.1 Kesimpulan

7.1.1 Faktor Individu

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, kualitas perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Gresik lebih baik dari perawat di RSUD Kabupaten Bima, dapat dilihat bahwa perawat RSUD Kabupaten Gresik seluruhnya berpendidikan D3 Keperawatan, kemampuan dalam keterampilan asuhan keperawatan lebih baik, termasuk motivasi kebutuhan akan prestasi dan kebutuhan akan kekuasaan.

7.1.2 Faktor Organisasi

Dalam faktor organisasi rumah sakit dalam asuhan keperawatan, bahwa di RSUD kabupaten Gresik lebih baik dari RSUD kabupaten Bima, terutama di lihat dari kelengkapan surat keputusan yang dibuat oleh kepala badan untuk kebijakan rumah sakit, kelengkapan dokumen dan laporan serta catatan untuk kewenangan dan tanggung jawab rumah sakit, ada kebebasan untuk mengambil keputusan yang diberlakukan rumah sakit untuk perawat sebagai bentuk imbalan intrinsik, catatan pelatihan dan pendidikan bagi perawat dijadwalkan dengan baik untuk penyelenggaraan di dalam rumah sakit dan di luar rumah sakit, serta pada setiap jenjang struktural keperawatan diselenggarakan upaya evaluasi dan pengendalian.



Semua mengenai faktor organisasi rumah sakit tertuang dalam buku pedoman pelaksanaan asuhan keperawatan rumah sakit, ditetapkan dengan surat keputusan kepala badan RSUD Kabupaten Gresik.

7.1.3 Model Asuhan Keperawatan

Model kasus untuk model asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Gresik lebih baik karena menerapkan model kasus dari RSUD Kabupaten Bima yang menerapkan model kasus dan model fungsional, karena di RSUD Kabupaten Gresik semua tenaga keperawatan adalah lulusan D3 Keperawatan, dapat memahami dan mengimplementasikan kelemahan dan kekuatan dari setiap model asuhan keperawatan sehingga perawat RSUD Kab.Gresik memutuskan menggunakan model kasus.

7.1.4 Pelaksanaan asuhan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan dari hasil dokumentasi proses keperawatan, perawat di RSUD Kab.Gresik lebih baik dibandingkan dengan perawat di RSUD Kab.Bima, hal ini karena tenaga yang melaksanakan asuhan keperawatan semua dengan latar belakang pendidikan D3 Keperawatan, sehingga mengerti dengan tepat langkah-langkah proses keperawatan.

7.2 Saran-saran

7.2.1 Kepada Penentu kebijakan

1. Mengusulkan untuk meningkatkan kualitas tenaga keperawatan di ruang rawat inap VIP RSUD Kabupaten Bima, yaitu dengan melakukan training atau magang tentang pelaksanaan asuhan keperawatan terutama keterampilan asuhan

keperawatan bagi perawat dengan latar belakang pendidikan SPK, untuk perawat lainnya pelatihan tentang pengembangan diri terutama untuk motivasi dan etos kerja.

2. Mengusulkan kepada direktur RSUD Kabupaten Bima bersama pengelola keperawatan lainnya untuk menyusun pedoman pelaksanaan asuhan keperawatan, yang berkaitan dengan kebijakan, kewenangan dan tanggung jawab, system imbalan, pengembangan karir, serta evaluasi dan pengendalian, ditetapkan dengan SK direktur rumah sakit.
3. Mengusulkan model kasus asuhan keperawatan, digunakan sebagai bahan pertimbangan kepala ruangan atau pengelola keperawatan yang ada di RSUD Kabupaten Bima, dalam upaya menerapkan model kasus asuhan keperawatan di ruang rawat inap VIP.
4. Mengusulkan untuk meningkatkan kualitas tenaga perawat di ruang rawat inap VIP RSUD Kab.Bima untuk kemampuan penerapan proses keperawatan dengan melakukan training atau magang.

7.2.2 Peneliti lain.

Penelitian ini perlu ditindak lanjuti dengan penelitian lanjut terhadap faktor lain yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, dan ratio kebutuhan tenaga keperawatan di tiap bagian di RS, serta efektifitas dan efisiensi penerapan asuhan keperawatan di Rumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesocma, S (1995) *Manajemen Rumah Sakit*, Jakarta, Pusaka Sinar Harapan.
- Aditama, T.Y, (2000) *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta, Universitas Indonesia.
- Allen, C.V. (1998) *Memahami Proses Keperawatan*, Jakarta, EGC.
- Alfaro, R. (1998) *Applying Nursing Diagnosis and Nursing Process: A Step-by-step guide*. 4th ed. JB Lippincott, Philadelphia.
- Anoraga, P. (2001) *Psikologi Kerja*, Jakarta, PT. Rineka Cipta, Cetakan Ketiga.
- Azwar A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta, PT Binarupa.
- Bacal, R. (2001) *Performance Management*, Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama.
- Bennis,W, Mische,M.(1995) *Organisasi Abad 2*, Jakarta, PPM.
- Bowen, M. Lyons, K. J. & Young, B. E. (2000) Nursing and health care reform: implications for curriculum development. *Journal of nursing education*, 39 (1) anuary, pp. 27-33.
- Brackopp, Y.D (2000) *Dasar-dasar Riset Keperawatan*, Jakarta, EGC.
- Braveman, P. Egerter, S. & Edmonston, F. (1995) Racial/ ethnic differences in the likelihood of cesarean delivery, California. *American journal of public health*, 85(5) May, pp. 625-630.
- Brown, M (1997) *Manajemen Perawatan Kesehatan*, Jakarta, EGC.
- Bulechek, G, McCloskey,J (1989) *Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnosis*, 2nd. Ed. WB.Saunders, Philadelphia.
- Carpenito, L.J, (2000) *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*, 8th ed, J.B. Lippincott Co.,Philadelphia.
- Clement, J. P. D'Aunno, T. Poyzer, B.I. M. (1993) The financial performance of diversified hospital subsidiaries. *The official journal of the Association for Health Services Research*, 27(6) February, pp. 741-760.
- Depkes RI (1992) *Undang – Undang Tentang Kesehatan*, Jakarta.

- Depkes RI (1992) *Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes SK XI 1992 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum.*
- Depkes RI (1994) *Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 552 Menkes SK VI 1994 tentang Organisasi dan Tatakerja RSUP Persahabatan.*
- DPP PPNI (1999) *Keperawatan dan Praktek Keperawatan*, Jakarta, Gd. AKPER.
- Gaffar, L.J (1999) *Pengantar Keperawatan Profesional*, Jakarta.
- Gibson,James,L.& Ivancevich,John,M.,& Donnelly,J.,James,H. (1995) *Organisasi*, Penerbit Erlangga, Jakarta, Edisi Kelima.
- Gillies, D.A (1996) *Manajemen Keperawatan*, London, W.B, Saunders Company.
- Gonzalez, R. I, Gooden, M. B. & Porter, C. P. (2002) Eliminating racial and ethnic disparities in health care. *American journal of nursing*[Internet] March, 100(3) , pp.1-3 Bersumber dari: <<http://nursingworld.org>> [Diakses tanggal 7 Februari 2002]
- Griffith,J.R, Cristensen,P.J (1986) *Nursing Process:Application of theories, framework, and models*, CV Mosby, St Louis.
- Griffith,J.R,(1987) *The Well-Manged Community Hospital*, Michigan, Health Administration Press.
- Handoko, T.H (2001) *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta, BPFE, cetakan kelima belas.
- Hanster, R.I & Washburn,M.J (2001) *Kecakapan Pendelegasian Klinis*, Jakarta, EGC.
- Herusatoto,B.(2001) *Symbolisme dalam budaya Jawa*, Yogyakarta, PT.Hanindita Graha Widia.
- Husin, M (1996) *Pola Pendidikan Keperawatan di Indonesia dalam upaya :Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit* Disampaikan pada kongres PERSI VII.
- Ignatavicius, D.D, Bayne,M.V. (1994) *Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*, W.B.Saunders Company, Philadelphia.
- Ilyas,Y (1999) *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*, Jakarta, FKM- UI Depok.
- Irvin, D. Sidani, S. S. Porter, H. Pallas, O. L. Simpso, B. (2000) *Organizational Factors Influencing Nurse Practitioners' Role Omplementation in Acutc Care*

- Settings. Canadian journal of nursing leadership [Internet] Sept/Oct., 13(3), pp.1-11 Bersumber dari: <http://www.acen-cjonl.org> [Diakses tanggal 19 Februari 2002]
- John, R.G (1987) *The Well Managed Community Hospital*, Michigan, Health Administration Press.
- Kaluzny, A. D. Lacey, L. M. Warnecke, R. Hynes, D. M. Morrissey, J. Ford, L. & Sondik, E. (1993) Predicting the performance of a strategic alliance: an analysis of the community clinical oncology program. *The official journal of the Association for Health Services Research*, 28(2) June, pp. 159-180.
- Kany, K. (2001) Policy vs. Reality: what do you do when your rights are limited by the realities of the workplace ?. American journal of nursing [Internet] May, 101(5), pp. 1-2 Bersumber dari: <http://nursingworld.org> [Diakses tanggal 7 Februari 2002]
- Keliat, B.A. (1990) *Proses Keperawatan* , Penerbit Arcan, Jakarta.
- Koentjaraningrat, (1994) *Kebudayaan Jawa*, Jakarta, PN.Balai Pustaka.
- Koontd, H, .O,Donnell, C. Weihrich,H (1993) *Manajemen*, Erlangga, Edisi kedelapan.
- Kopeknam, R.E (1986) *Managing Productivityin Organization, Aproctical People-Oriented Perspective*, New York, Mc. Graw Hill, inc.
- Lees, C. (2002) Are district nurses meeting the needs of ethnic minorities?. Journal JCN Online [Internet] January, 16(01), pp. 1-6 Bersumber dari: <http://www.jcn.uk> [Diakses tanggal 13 Februari 2002]
- Marjoyo, S (1988) *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta, BPFE, cetakan ke III.
- Maryam,S,Loir,H.C. (1999) *Catatan Kerajaan Bima*, Jakarta, Yayasan Obor Indonesia.
- Moenin, A.S (1998) *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Jakarta, Bumi Aksara.
- NANDA. (1987) *Taxonomy I, with OfficialDiagnosis Categories*, NANDA. St. Louis.
- Navuluri, R. B. (1999) Integrated quality improvement program in patient care. *Journal nursing and health sciences*, September, pp. 249-254.

- Nazir, M (1999) *Metode Penelitian*, Jakarta, Ghalian Indonesia.
- Newstrom, John W., Keith Davis, (1989) *Organizational Behavior*, Human Behavior At Work, Mc. Graw Hill, Inc., N.Y. USA.
- Nursalam (2001) *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktek*, Jakarta, salemba medika.
- Prawirosentono, S (1999) *Manajemen Sumber Daya Manusia, "Kebijakan Kinerja Karyawan "*, tentang Kiat Membangun Organisasi kompetitif Menjelang Perdagangan bebas Dunia, Yogyakarta, BPFE-Yogyakarta.
- Program pasca sarjana Universitas Airlangga (2000) *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian Tesis, Disertasi*, Surabaya.
- Robbins, S. P (2001) *Perilaku Organisasi Jilid I*, Jakarta, PT. Prenhallindo, Edisi kedelapan.
- Royle, J. Blythe, J. Ciliska, D. Ing, D (2000) The organizational environment and evidence-based nursing. Canadian journal of nursing leadership [Internet] Jan./Feb., 13(1), pp.1-8 Bersumber dari: <http://www.acen-cjonl.org> [Diakses tanggal 19 Februari 2002]
- Ruky, A.S (2001) *Sistem Manajemen Kinerja*, Jakarta Utara, PT. Garamedia Pustaka.
- Santoso, S (2001) *SPSS Versi 10 Mengolah Data Statistik Secara Profesional*, Jakarta, PTGaramedia.
- Secker, J. Wimbush, E. Watson, J. Milburn, K. (1995) Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality. *Journal health education*, 54 (3) March, pp. 74-87.
- Sedarmayanti (2001) *Sumberdaya Manusia dan Produktifitas kerja*, Bandung Mandar Maju.
- Simoos, E. A. F. Desta, T. Tessema, T. Gerbresellassie, T. Dagnew, S. & Gove S. (1997) Performance of health workers after training in integrated management of childhood illness in Gondar, Ethiopia. *The scientific journal of WHO*, 75 (Suplement 1), pp. 43-53.
- Springett, J. Dugdill, L.(1995) Workplace health promotion programmes: towards a framework for evaluation. *Journal health education*, 54 (3) March, pp. 88-97.
- Stamhope, M, Lancaster, J (1997) *Community Health Nursing Process and Practise for Promoting health*, verginia, The C.V Mosby Company St. Louis.

- Stonen, J.A.F, Freeman, R.E, Gilbeet, JR.D.R (1996) *Manajemen*, Jakarta, PT. Prashallindo.
- Sugiyono (2001) *Metode Penelitian Administrasi*, Bandung, Alfabeta.
- Sultz, H. (1991) Health policy: if you don't know where you're going, any road will take you. *American Journal of Public Health*, 81(4) pp. 418-420.
- Singaribun, M & Effendi, S (1992) *Metode Penelitian Survei*, Jakarta, LP3ES.
- Wahab, S.W (1997) *Analisis Kebijakan*, Malang, Bumi Aksara.
- Walter, J.P & Meyer, H. (1996) *Hospital community co-operation*, London, Hospital Management International.
- Watson, G.H (1997) *Strategic Benchmarking*, Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama.
- White, C.M, Berger, M. C. (1991) Response of hospitals, skilled nursing facilities, and home health agencies in Oregon to AIDS: reports of nursing executives. *American journal of public health*, 81(4) pp. 495-496
- Willan, J.A. (1990) *Hospital Management*, London, MacMillan Education Ltd.
- Wijono, D. (1999) *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*, Surabaya, Airlangga University Press, Volume 2.
- Wolper, L.F (2001) *Administrasi layanan kesehatan*, Jakarta, EGC.
- Taylor, C. Lilles, C & Le Mone, P. (1997) *Fundamentals of nursing: the arts and science of nursing care*, J.B. Lippincott Co., Philadelphia.
- Tunggal, A.W. (1998) *Manajemen mutu terpadu*, Jakarta, PT. Rineka Cipta, Cetakan 2.
- Swansburg, R.C (2001) *Pengembangan Staf keperawatan*, Jakarta, EGC.
- WHO (1996) *Hospital of Tomorrow* Geneva WHO.
- WHO (2001) *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinik*, Jakarta, EGC.

LAMPIRAN

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1

KUESIONER FAKTOR INDIVIDU

K e p a d a
Yth. Semua Responden
di-
T e m p a t

Pengantar

Bersama ini perkenalkan saya, nama Awan Dramawan, ingin melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh faktor individu dan faktor organisasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan, pada perawat etnis bima di RSUD Kabupaten Bima dengan studi *benchmarking* perawat etnis jawa di RSUD Kabupaten Gresik, dengan hasil akhir menyusun model asuhan keperawatan untuk perawat etnis bima di RSDUD Kabupaten Bima.

Sehingga peran dan bantuan saudara dalam pengisian kuesioner ini sangat penting dan hasil dari pengisian tidak akan berpengaruh terhadap kedudukan saudara dan kerahasiaannya terjaga.

Demikian pengantar dari saya, atas bantuan dan kesediaan saudara saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Hormat Saya,

Awan Dramawan

KUESIONER UNTUK FAKTOR INDIVIDU PERAWAT

Identitas Responden

1. Nomor responden :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan terakhir :

- 5. Status perkawinan :
- 6. Lama kerja / mulai bekerja :
- 7. Jumlah anggota keluarga :
- 8. Ruang dinas :

Petunjuk Pengisian

Pertanyaan tertutup, pilih salah satu jawaban kriteria jawaban a, b, c dan d masing-masing faktor individu perawat, Saudara tinggal memilih salah satu dari jawaban yang tersedia, yang dianggap paling tepat, *berilah tanda silang (X)*.

A. Kemampuan

a. Pengetahuan

1. Apa yang saudara maksud dengan tahap pengkajian keperawatan dalam asuhan keperawatan ?
 - a. Mengumpulkan data dan analisis data.
 - b. Pengumpulan data dan validitas data
 - c. Pengumpulan data, validitas data dan analisis data.
 - d. Pengumpulan data, validitas data, identifikasi pola.
2. Apa menurut saudara komponen dari diagnosa keperawatan ?
 - a. Problem.
 - b. Problem dan etiologi
 - c. Etiologi dan syptom
 - d. Problem, etiologi dan syptom
3. Apa yang saudara maksud dengan kegiatan pada tahap perencanaan dalam asuhan keperawatan ?
 - a. Membuat prioritas urutan diagnosa
 - b. Membuat prioritas diagnosa dan kriteria hasil
 - c. Menulis instruksi dan rencana asuhan keperawatan
 - d. Merumuskan rencana tindakan dari sejumlah masalah klien
4. Apa yang saudara maksud dengan kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui kebutuhan belajar klien untuk tindakan keperawatan asuhan keperawatan ?

- a. Menciptakan lingkungan yang konduktif bagi klien
 - b. Mempersiapkan alat yang diperlukan klien untuk tindakan keperawatan
 - c. Melimpahkan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan klien
 - d. Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan klien
5. Apa menurut saudara yang dimaksud dengan kegiatan mengkoordinasikan sumber daya yang ada dalam tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan ?
- a. Mengidentifikasi peralatan dalam tindakan keperawatan
 - b. Mengidentifikasi tenaga dalam tindakan keperawatan
 - c. Mengidentifikasi waktu dalam tindakan keperawatan mandiri.
 - d. Mengidentifikasi aspek resiko dalam tindakan keperawatan
6. Apa menurut saudara yang dimaksud dengan mengkoordinasikan kerja sama dengan klien dan rekan sekerja untuk tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan ?
- a. Mengidentifikasi komplikasi yang timbul
 - b. Mengidentifikasi keterampilan yang diperlukan
 - c. Mengidentifikasi aspek etik dan hukum yang timbul
 - d. Meangidentifikasi kolaborasitindakan yang diperlukan
7. Apa menurut saudara yang dimaksud kegiatan evaluasi keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ?
- a. Tahap terakhir menilai efektifitas proses pengkajian
 - b. Tahap terakhir menilai efektifitas proses perencanaan
 - c. Tahap terakhir menilai kelengkapan proses keperawatan
 - d. Tahap terakhir menilai rangkaian proses keperawatan
8. Apa yang saudara maksud dengan kegiatan dokumentasi keperawatan, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ?
- a. Untuk pengambilan keputusan dalam proses keperawatan
 - b. Untuk penyelesaian masalah dalam asuhan keperawatan
 - c. Untuk penilaian hukum dan etis dalam proses keperawatan
 - d. Untuk pertanggungjawaban dalam asuhan keperawatan.

B. Motivasi kerja

9. Saudara menyukai suatu keadaan dengan situasi penting dan tanggung jawab yang tinggi dalam setiap melakukan pekerjaan pelaksanaan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju
- c. Setuju
- d. Sangat setuju

10. Saudara mempunyai hasrat untuk menyelesaikan pekerjaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan lebih baik ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju
- c. Setuju
- d. Sangat setuju

11. Saudara menyukai pekerjaan dalam asuhan keperawatan dengan problem resiko sedang ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju
- c. Setuju
- d. Sangat setuju

12. Saudara lebih baik menghindari setiap pekerjaan keperawatan yang dianggap terlalu mudan atau pekerjaan yang dianggap terlalu sulit dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju
- c. Setuju
- d. Sangat setuju

13. Saudara mendapatkan kenikmatan tersendiri bila dibebani pekerjaan dalam setiap pelaksanaan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju

- c. Setuju
 - d. Sangat setuju
14. Saudara bergulat atau berupaya semaksimal mungkin untuk dapat mempengaruhi klien atau rekan perawat sekerja dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ?
- a. Tidak setuju
 - b. Kurang setuju
 - c. Setuju
 - d. Sangat setuju
15. Saudara lebih menyukai pekerjaan, bila ditempatkan didalam situasi kompetitif atau dengan persaingan yang sangat tinggi dengan teman sekerja dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ?
- a. Tidak setuju
 - b. Kurang setuju
 - c. Setuju
 - d. Sangat setuju
16. Saudara lebih peduli akan pretise atau gengsi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ?
- a. Tidak setuju
 - b. Kurang setuju
 - c. Setuju
 - d. Sangat setuju
17. Saudara berjuang keras didalam menciptakan situasi persahabatan dengan teman sekerja dan klien dalam pekerjaan pelaksanaan asuhan keperawatan ?
- a. Tidak setuju
 - b. Kurang setuju
 - c. Setuju
 - d. Sangat setuju
18. Saudara menyukai situasi yang kooperatif atau situasi yang saling membutuhkan baik dengan teman sekerja dan klien dalam pekerjaan pelaksanaan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju
- c. Setuju
- d. Sangat setuju

19. Saudara menginginkan hubungan dengan derajat pemahaman timbale balik yang tinggi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju
- c. Setuju
- d. Sangat setuju

20. Saudara berupaya bekerja dengan biaya sekecil-kecilnya tanpa konsekuensi yang tidak diinginkan dalam pekerjaan pelaksanaan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak setuju
- b. Kurang setuju
- c. Setuju
- d. Sangat setuju

C. Etos kerja

21. Bagaimana menurut saudara bahwa sebagai profesi keperawatan dan pekerjaan melaksanakan asuhan keperawatan dalam kehidupan sebagai ?

- a. Pegangan hidup
- b. Harapan hidup
- c. Pandangan hidup
- d. Tujuan hidup

22. Apakah saudara menyukai pekerjaan sebagai profesi perawat dan mengerjakan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak menyukai pekerjaan keperawatan
- b. Kurang menyukai pekerjaan keperawatan
- c. Cukup menyukai pekerjaan keperawatan
- d. Sangat menyukai pekerjaan keperawatan

23. Apakah saudara mendapatkan kepuasan tersendiri dalam mengerjakan asuhan keperawatan kepada klien baik yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan ?

- a. Tidak mendapatkan kepuasan tersendiri
- b. Kurang mendapatkan kepuasan tersendiri
- c. Cukup mendapatkan kepuasan tersendiri
- d. Sangat mendapatkan kepuasan tersendiri

24. Apakah saudara komitmen dengan ketentuan dan tujuan rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien ?

- a. Tidak komitmen
- b. Kurang komitmen
- c. Cukup komitmen
- d. Sangat komitmen

25. Apakah saudara tepat waktu dengan jam kerja ?

- a. Tidak tepat waktu
- b. Kurang tepat waktu
- c. Tepat waktu
- d. Sangat tepat waktu

26. Apakah saudara melakukan setiap pekerjaan asuhan keperawatan dalam keadaan tepat waktu ?

- a. Tidak tepat waktu
- b. Kurang tepat waktu
- c. Tepat waktu
- d. Sangat tepat waktu

27. Apakah saudara mulai berangkat kerja dapat mengalami keterlambatan dan dapat pula untuk pulang bekerja lebih cepat dari jam kerja yang telah ditentukan ?

- a. Selalu
- b. Sering
- c. Kadang-kadang
- d. Tidak pernah

28. Apakah saudara tetap mengacu pada standar asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dalam mengerjakan pelaksanaan asuhan keperawatan ?

- a. Tidak pernah
- b. Kadang-kadang
- c. Sering
- d. Selalu

29. Apakah saudara tetap menjaga mutu pekerjaan dalam mengerjakan asuhan keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan untuk rumah sakit ?

- a. Tidak pernah
- b. Kadang-kadang
- c. Sering
- d. Selalu

Lampiran 2

CHECK LIST UNTUK RUMAH SAKIT

I. Identitas Organisasi

1. Nama Direktur :
2. Rumah Sakit :
3. Alamat :

II. Faktor Organisasi Rumah Sakit

Beri tanda "√" sesuai dengan kriteria 1 s/d 4 dari masing-masing faktor yang ada pada faktor organisasi rumah sakit dalam asuhan keperawatan, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Tidak ada
2. Kurang lengkap
3. Lengkap
4. Sangat lengkap

A. Kebijakan Rumah Sakit dalam asuhan keperawatan

1. Apakah ada surat keputusan SOP (Standar operasional Pelaksanaan) tentang prosedur asuhan keperawatan, ketenagaan, peralatan dan cara penanggulangan kedaruratan serta kerja sama antar ruangan?

1	2	3	4

2. Apakah ada bukti yang disampaikan dalam upaya penyebarluasan kebijakan dan prosedur dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

3. Apakah ada bukti tertulis dibuat rumah sakit yang mengatur hak dan kewajiban klien dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

4. Apakah ada bukti tertulis dibuat rumah sakit yang mengatur hak dan kewajiban perawat dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

5. Apakah ada surat keputusan yang dibuat atau catatan ketentuan tertulis Rumah Sakit yang mengatur tentang berlakunya etika profesi dan mekanisme penyelesaian masalah etika ?

1	2	3	4

B. Kewenangan dan tanggung jawab dalam asuhan keperawatan Rumah Sakit

6. Apakah ada dokumen system penugasan perawat yang dibuat kepala keperawatan atau kepala ruangan ?

1	2	3	4

7. Apakah ada surat keputusan penunjukkan sebagai kepala ruangan yang bertanggung jawab dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

8. Apakah ada surat keputusan penunjukkan perawat sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga ?

1	2	3	4

9. Apakah ada laporan tertulis yang dibuat oleh perawat yang ditunjuk serbagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga ?

1	2	3	4

C. Pengembangan karir dalam asuhan keperawatan di rumah sakit.

10 Apakah ada dokumen program orientasi bagi perawat baru ?

1	2	3	4

11 Apakah ada daftar hadir dan notulen rapat berkala bulanan dan insidental kepala ruangan dan staf ?

1	2	3	4

12 Apakah ada catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan latihan yang dilaksanakan di rumah sakit ?

1	2	3	4

13 Apakah ada catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan pihak luar ?

1	2	3	4

D. Evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan rumah sakit

14 Apakah ada surat keputusan yang dibuat untuk tim evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

15 Apakah ada instrumen evaluasi pelayanan asuhan keperawatan yang dibuat rumah sakit ?

1	2	3	4

16 Apakah ada dokumen tentang evaluasi asuhan keperawatan dan hasilnya ?

1	2	3	4

17 Apakah ada laporan tertulis yang disampaikan tentang upaya pengendalian asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

18 Apakah ada laporan tertulis yang disampaikan tentang tindak lanjut upaya pengendalian asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

A.Sistem Imbalan di rumah sakit

Petunjuk pengisian

Beri tanda “√” pada pernyataan sistem imbalan sesuai dengan yang ada pada system imbalan rumah sakit dalam asuhan keperawatan.

NO	PERNYATAAN	JAWABAN	
		Ya	Tidak
	Imbalan Intrinsik		
1.	Ada peran serta diberikan kepada perawat dalam pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan		
2.	Ada kebebasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan		
3.	Ada keleluasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan		
4.	Ada tanggung jawab yang lebih besar diberikan kepada		

5.	<p>perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p> <p>Ada kesempatan untuk pertumbuhan pribadi, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p>		
6.	<p>Ada keanekaragaman kegiatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p>		
	<p>Imbalan ekstrinsik</p>		
7.	<p>Ada kompensasi langsung dalam bentuk gaji yang sesuai dengan pangkat dan golongan</p>		
8.	<p>Ada kompensasi langsung dalam bentuk gaji yang sesuai dengan tingkat pendidikan, yang diterima perawat</p>		
9.	<p>Ada kompensasi langsung dalam bentuk premi lembur dan libur yang diterima dalam setiap asuhan keperawatan</p>		
10.	<p>Ada kompensasi langsung dalam bentuk bonus yang diterima perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p>		
11.	<p>Ada kompensasi tidak langsung dalam bentuk program perlindungan keselamatan kerja yang diterima perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p>		
12.	<p>Ada kompensasi tidak langsung dalam bentuk upah untuk waktu tidak bekerja yang diterima perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p>		
13.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk diberikan waktu jam makan siang lebih disukai, yang diterima perawat</p>		
14.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk perabot kantor yang lebih disukai, yang diterima perawat di ruang kerja.</p>		
15.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk ruang parkir khusus, yang diterima perawat dalam lingkungan kerja.</p>		
16.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk gelar yang mengesankan, diterima perawat dalam lingkungan kerja</p>		

KUESIONER UNTUK RUMAH SAKIT

I. Identitas Organisasi

1. Nama Kepala Seksi Keperawatan :
2. Rumah Sakit :
3. Alamat :

II. Faktor Organisasi Rumah Sakit

Beri tanda “√” sesuai dengan kriteria 1 s/d 4 dari masing-masing faktor yang ada pada faktor organisasi rumah sakit dalam asuhan keperawatan, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Tidak ada
2. Kurang lengkap
3. Lengkap
4. Sangat lengkap

A. Kebijakan Rumah Sakit dalam asuhan keperawatan

1. Apakah menurut saudara ada Surat Keputusan dari Direktur untuk SOP (Standar operasional Pelaksanaan) tentang prosedur asuhan keperawatan, ketenagaan, peralatan dan cara penanggulangan kedaruratan serta kerja sama antar ruangan ?

1	2	3	4

2. Apakah menurut saudara ada bukti dibuat dalam upaya penyebarluasan kebijakan dan prosedur dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

3. Apakah menurut saudara ada bukti tertulis sebagai pedoman kepala ruangan yang mengatur hak dan kewajiban klien dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

4. Apakah menurut saudara ada bukti tertulis sebagai pedoman kepala ruangan yang mengatur hak dan kewajiban perawat dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

5. Apakah menurut saudara ada catatan ketentuan tertulis dibuat Rumah Sakit yang mengatur tentang berlakunya etika profesi dan mekanisme penyelesaian masalah etik yang diberikan bagi kepala ruangan ?

1	2	3	4

B. Kewenangan dan tanggung jawab dalam asuhan keperawatan Rumah Sakit

6. Apakah menurut saudara ada dokumen system penugasan perawat ?

1	2	3	4

7. Apakah menurut saudara ada surat penunjukkan yang diberikan kepada saudara sebagai kepala seksi keperawatan yang bertanggung jawab dalam asuhan keperawatan ?

1	2	3	4

E. Sistem Imbalan di rumah sakit
Petunjuk pengisian

Beri tanda “√” pada pernyataan sistem imbalan sesuai dengan yang ada pada system imbalan rumah sakit dalam asuhan keperawatan.

NO	PERNYATAAN	JAWABAN	
		Ya	Tidak
	Imbalan intrinsic		
1.	Ada peran serta diberikan kepada perawat dalam pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan		
2.	Ada kebebasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan		
3.	Ada keleluasan kerja perawat yang lebih besar dalam melaksanakan asuhan keperawatan		
4.	Ada tanggung jawab yang lebih besar diberikan kepada perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan		
5.	Ada kesempatan untuk pertumbuhan pribadi, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan		
6.	Ada keanekaragaman kegiatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan		
	Imbalan ekstrinsik		
7.	Ada kompensasi langsung dalam bentuk gaji yang sesuai dengan pangkat dan golongan		
8.	Ada kompensasi langsung dalam bentuk gaji yang sesuai dengan tingkat pendidikan, yang diterima perawat		
9.	Ada kompensasi langsung dalam bentuk premi lembur dan libur yang diterima dalam setiap asuhan keperawatan		
10	Ada kompensasi langsung dalam bentuk bonus yang diterima perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan		
	Ada kompensasi tidak langsung dalam bentuk program		

11.	<p>perlindungan keselamatan kerja yang diterima perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p> <p>Ada kompensasi tidak langsung dalam bentuk upah</p>		
12.	<p>untuk waktu tidak bekerja yang diterima perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan</p>		
13.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk diberikan waktu jam makan siang lebih disukai, yang diterima perawat</p>		
14.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk perabot kantor yang lebih disukai, yang diterima perawat di ruang kerja.</p>		
15.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk ruang parkir khusus, yang diterima perawat dalam lingkungan kerja.</p>		
16.	<p>Ada kompensasi dalam bentuk gelar yang mengesankan, diterima perawat dalam lingkungan kerja</p>		

Lapiran 3

Kriteria :

A. Kebijakan Rumah Sakit dalam asuhan keperawatan

1. Surat Keputusan dari Direktur untuk SOP (Standar operasional Pelaksanaan) tentang prosedur asuhan keperawatan, ketenagaan, peralatan dan cara penanggulangan kedaruratan serta kerja sama antar ruangan
Sangat lengkap dengan kriteria :
 - a. Ada SOP tentang prosedur asuhan keperawatan
 - b. Ada SOP tentang ketenagaan
 - c. Ada SOP peralatan dan cara penanggulangan kedaruratan serta kerja sama antar ruangan.

2. Bukti dibuat dalam upaya penyebarluasan kebijakan dan prosedur dalam asuhan keperawatan.
Sangat lengkap, dengan kriteria:
 - a. Ada kebijakan membuat pedoman praktek keperawatan
 - b. Ada kebijakan dan prosedur sejalan dengan kebijakan dan prosedur pelayanan lain di rumah sakit
 - c. Ada kebijakan dibuat secara tertulis, diberi tanggal, mudah diperoleh dan digunakan sebagai acuan

3. Bukti tertulis sebagai pedoman kepala ruangan yang mengatur hak dan kewajiban klien dalam asuhan keperawatan
Sangat lengkap, dengan kriteria:
 - a. Ada pedoman tentang tata tertib hak dan kewajiban klien dalam asuhan keperawatan
 - b. Ada pedoman tata tertib hak dan kewajiban klien di pasang di tiap ruangan
 - c. Pedoman dan tata tertib hak dan kewajiban klien disampaikan kepada pasien dan keluarganya.

4. Bukti tertulis sebagai pedoman kepala ruangan yang mengatur hak dan kewajiban perawat dalam asuhan keperawatan
Sangat lengkap, dengan kriteria:
 - a. Ada pedoman tentang tata tertib hak dan kewajiban perawat dalam asuhan keperawatan
 - b. Ada pedoman tata tertib hak dan kewajiban perawat dipasang di ruang keperawatan
 - c. Ada pedoman tata tertib hak dan kewajiban perawat yang disampaikan kepada setiap perawat

5. Catatan ketentuan tertulis dibuat Rumah Sakit yang mengatur tentang berlakunya etika profesi dan mekanisme penyelesaian masalah etik yang diberikan bagi kepala ruangan
Sangat lengkap, dengan kriteria:
 - a. Ada catatan ketentuan tertulis rumah sakit yang mengatur berlakunya etika profesi
 - b. Ada surat keputusan di buat direktur atau kepala badan rumah sakit yang mengatur berlakunya etika profesi
 - c. Ada catatan ketentuan tertulis tentang mekanisme penyelesaian masalah etika profesi

B.Kewenangan dan tanggung jawab dalam asuhan keperawatan Rumah Sakit

1. Dokumen system penugasan perawat
Sangat lengkap, dengan kriteria:
 - a. Ada dokumen jumlah dan jenis tenaga keperawatan sesuai standard an kebutuhan
 - b. Ada jadwal jaga secara tertulis serta daftar hadir di ruang perawatan
 - c. Ada dokumen penilaian terhadap staf keperawatan yang didasarkan pada uraian tugas
2. Surat penunjukkan yang diberikan kepada saudara sebagai kepala ruangan yang bertanggung jawab dalam asuhan keperawatan
Sangat lengkap, dengan kriteria:
 - a. Ada surat keputusan diurektur atau kepala badan rumah sakit untuk penunjukkan sebagai kepala ruang rawat inap VIP
 - b. Ada dokumentasi uraian tugas sebagai kepala ruang rawat inap VIP
 - c. Ada surat penunjukkan kepala seksi atau kepala bidang keperawatan tentang kewenangan dan tanggung jawab kepala ruang rawat inap VIP dalam asuhan keperawatan
3. Surat penunjukkan yang diberikan kepada perawat yang saudara tuigaskan sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga
Sangat lengkap dengan kriteria:
 - a. Ada surat keputusan direktur atau kepala badan atau surat penunjukkan kepala seksi atau kepala bidang keperawatan untuk penunjukkan perawat sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga
 - b. Ada surat penunjukkan kepala ruang rawat inap VIP untuk penunjukkan perawat sebagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga
 - c. Ada dokumentasi uraian tugas perawat sebagai penanggung jawab shift atau coordinator jaga
4. Laporan tertulis yang dibuat oleh perawat yang saudara tunjuk serbagai penanggung jawab shift atau koordinator jaga
Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada laporan tertulis harian yang dibuat penanggung jawab shift atau koordinator jaga
- b. Ada laporan tertulis harian yang disampaikan penanggung jawab shift atau koordinator jaga kepada kepala ruang rawat inap VIP
- c. Ada dokumen laporan tertulis yang dibuat penanggung jawab shift atau koordinator jaga

A. Pengembangan karir dalam asuhan keperawatan di rumah sakit.

1. Dokumen yang dibuat untuk program orientasi bagi perawat baru

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada dokumen program orientasi bagi perawat baru tentang hubungan antar pelayanan, prosedur kerja dan standar praktek keperawatan
- b. Ada dokumen program orientasi bagi perawat baru tentang tugas dan lingkup tanggung jawab perawat
- c. Ada dokumen program orientasi bagi perawat baru tentang cara mendapatkan bahan yang tepat, identifikasi kebutuhan belajar dan pelatihan mengenai tehnik pertolongan hidup dasar *basic life support*

2. Daftar hadir dan notulen rapat berkala bulanan dan insidental kepala ruangan dan staf

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada surat atau pemberitahuan untuk kegiatan rapat
- b. Ada daftar hadir rapat
- c. Ada notulen rapat

3. Catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan latihan yang dilaksanakan di rumah sakit

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada dokumen rencana pendidikan dan pelatihan perawat yang dilaksanakan di rumah sakit
- b. Ada dokumen program pendidikan dan pelatihan perawat dilaksanakan di rumah sakit
- c. Ada dokumen jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan di rumah sakit

4. Catatan jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan pihak luar

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada dokumen rencana pendidikan dan pelatihan perawat yang dilaksanakan di luar rumah sakit
- b. Ada dokumen program pendidikan dan pelatihan perawat dilaksanakan di luar rumah sakit
- c. Ada dokumen jumlah perawat yang mengikuti pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan di luar rumah sakit

D. Evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan rumah sakit

1. Tim evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan

Sangat lengkap dengan kriteria:

- a. Ada surat keputusan di buat untuk tim evaluasi dan pengendalian asuhan keperawatan
- b. Ada dokumen tertulis rencana untuk maksud program evaluasi dan pengendalian
- c. Ada surat tugas kepala seksi atau kepala bidang keperawatan untuk mengkoordinasikan program evaluasi dan pengendalian

2. Instrumen evaluasi pelayanan asuhan keperawatan

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada instrument evaluasi pelayanan asuhan keperawatan
- b. Ada instrument evaluasi keterampilan keperawatan
- c. Ada instrument evaluasi kepuasan pasien untuk pelayanan asuhan keperawatan

3. Dokumen tentang evaluasi asuhan keperawatan dan hasil

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada dokumentasi tentang evaluasi asuhan keperawatan
- b. Ada dokumentasi tentang evaluasi keterampilan tindakan keperawatan
- c. Ada dokumentasi tentang evaluasi kepuasan pasien untuk pelayanan asuhan keperawatan

4. Laporan tertulis tentang upaya pengendalian asuhan keperawatan

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada daftar hadir dan risalah hasil kegiatan pengendalian asuhan keperawatan
- b. Ada laporan yang diterima staf keperawatan tentang hasil yang diperoleh melalui program pengendalian
- c. Ada laporan jadwal program pengendalian

5. Laporan tertulis tentang tindak lanjut upaya pengendalian asuhan keperawatan

Sangat lengkap, dengan kriteria:

- a. Ada laporan tentang kegiatan pengendalian asuhan keperawatan
- b. Ada laporan tentang rekomendasi tindak lanjut kegiatan pengendalian asuhan keperawatan
- c. Ada laporan tentang rekomendasi tindak lanjut kegiatan pengendalian asuhan keperawatan yang diterima staf keperawatan

Lampiran 4

**INSTRUMEN OBSERVASI KETERAMPILAN
FAKTOR INDIVIDU PERAWAT**

PETUNJUK : BERI TANDA “√” BILA KEGIATAN DILAKUKAN
BERI TANDA “—” BILA KEGIATAN TIDAK DILAKUKAN

No. item	ASPEK YANG DINILAI	TAND A	KETERANGAN
1	2	3	4
1.	Mempersiapkan peralatan yang diperlukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.		
2.	Mengumpulkan data kesehatan yang berkaitan dengan keperawatan dari klien, keluarga dan profesi lain, dalam melaksanakan asuhan keperawatan.		
3.	Melakukan tindakan keperawatan yang berkaitan dengan kebutuhan fisiologis, dalam melaksanakan asuhan keperawatan.		
4.	Melakukan tindakan keperawatan yang berkaitan dengan kebutuhan psikologis, dalam melaksanakan asuhan keperawatan.		
5.	Melakukan tindakan keperawatan yang berkaitan dengan kebutuhan sosial, dalam melaksanakan asuhan keperawatan.		
6.	Melakukan tindakan keperawatan yang berkaitan dengan kebutuhan spiritual, dalam melaksanakan asuhan		

	keperawatan.		
7.	Mendidik klien mengenai keperawatan, dalam melaksanakan asuhan keperawatan.		
8.	Menilai kualitas keperawatan yang diberikan kepada klien, dalam melaksanakan asuhan keperawatan.		
9.	Bekerja sama dengan klien selama melaksanakan asuhan keperawatan.		
10.	Melakukan hubungan antar pribadi baik dengan klien, keluarga dan profesi lain selama melaksanakan asuhan keperawatan.		

Nilai

4 : Bila 8 sampai 10 item dilaksanakan

3 : Bila 5 sampai 7 item dilaksanakan

2 : Bila 2 sampai 4 item dilaksanakan

1 : Bila 0 sampai 1 item dilaksanakan

Lampiran 5

**INSTRUMEN CHECK LIST STUDI DOKUMENTASI
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN**

PETUNJUK : BERI TANDA “√“ BILA KEGIATAN DILAKUKAN
BERI TANDA “—“ BILA KEGIATAN TIDAK DILAKUKAN

Model Asuhan Keperawatan: 1. Fungsional 2. Kasus.....
3. Tim 4. Modular Primer.....

NO	ASPEK YANG DINILAI	KODE BERKAS ASUHAN KEPERAWATAN		KETERANGAN
A	Pengkajian			
1.	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian			
2.	Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual)			
3.	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang			
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan			
B.	Diagnosa Keperawatan			
5	Dx Keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan			
6	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE atau PES			
7	Merumuskan diagnosa keperawatan actual atau potensial			
C.	Perencanaan			
8.	Berdasarkan Diagnosa Keperawatan			
9.	Disusun berdasarkan urutan prioritas			
10	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan atau criteria			
11	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas, dan			

	atau melibatkan pasien atau keluarga			
12	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien atau keluarga			
13	Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain			
	D Tindakan			
14	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan			
15	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan			
16	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi			
17	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas			
	E. Evaluasi			
18	Evaluasi mengacu pada tujuan			
19	Hasil evaluasi dicatat			
	F. Catatan Asuhan Keperawatan			
20	Menulis pada format yang baku			
21	Pencatatan dilakukan sesuai tindakan yang dilaksanakan			
22	Pencatatan ditulis dengan ringkas, istilah yang baku dan benar			
23	Setiap melakukan tindakan, mencantumkan paraf atau nama jelas, tanggal dan jam dilakukan tindakan			
24	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku			

Nilai

- 4 : Bila 19 sampai 24 item dilaksanakan
- 3 : Bila 13 sampai 18 item dilaksanakan
- 2 : Bila 7 sampai 12 item dilaksanakan
- 1 : Bila 0 sampai 6 item dilaksanakan

Lampiran 6

HASIL STATISTIK FAKTOR INDIVIDU**pengetahuan 1 * kelompok**

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 1	Pengumpulan data, validitas data, identifikasi pola	Count	11	7	18
		% within pengetahuan 1	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%
Total		Count	11	7	18
		% within pengetahuan 1	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

pengetahuan 2 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 2	Problem dan etiologi	Count	2		2
		% within pengetahuan 2	100.0%		100.0%
		% within kelompok	18.2%		11.1%
		% of Total	11.1%		11.1%
	Etiologi dan syptom	Count		1	1
		% within pengetahuan 2		100.0%	100.0%
		% within kelompok		14.3%	5.6%
		% of Total		5.6%	5.6%
	Problem, etiologi dan syptom	Count	9	6	15
		% within pengetahuan 2	60.0%	40.0%	100.0%
		% within kelompok	81.8%	85.7%	83.3%
		% of Total	50.0%	33.3%	83.3%
Total		Count	11	7	18
		% within pengetahuan 2	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

pengetahuan 3 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 3	Menulis instruksi dan rencana asuhan keperawatan	Count	1	2	3
		% within pengetahuan 3	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	9.1%	28.6%	16.7%
		% of Total	5.6%	11.1%	16.7%
	Merumuskan rencana tindakan dan sejumlah masalah klien	Count	10	5	15
		% within pengetahuan 3	66.7%	33.3%	100.0%
		% within kelompok	90.9%	71.4%	83.3%
		% of Total	55.6%	27.8%	83.3%
	Total	Count	11	7	18
% within pengetahuan 3		61.1%	38.9%	100.0%	
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		61.1%	38.9%	100.0%	

pengetahuan 4 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 4	Mempersiapkan alat yang diperlukan klien untuk tindakan kepe	Count	5		5
		% within pengetahuan 4	100.0%		100.0%
		% within kelompok	45.5%		27.8%
		% of Total	27.8%		27.8%
	Melimpahkan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan klien	Count		5	5
		% within pengetahuan 4		100.0%	100.0%
		% within kelompok		71.4%	27.8%
		% of Total		27.8%	27.8%
	Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan klien	Count	6	2	8
% within pengetahuan 4		75.0%	25.0%	100.0%	
% within kelompok		54.5%	28.6%	44.4%	
	% of Total	33.3%	11.1%	44.4%	
Total	Count	11	7	18	
	% within pengetahuan 4	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

pengetahuan 5 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 5	Mengidentifikasi peralatan untuk tindakan keperawatan mandiri	Count	3	3	6
		% within pengetahuan 5	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	27.3%	42.9%	33.3%
		% of Total	16.7%	16.7%	33.3%
	Mengidentifikasi jml SDM untuk tindakan keperawatan	Count	4	2	6
		% within pengetahuan 5	66.7%	33.3%	100.0%
		% within kelompok	36.4%	28.6%	33.3%
		% of Total	22.2%	11.1%	33.3%
	Mengidentifikasi jml waktu untuk tindakan keperawatan mandiri	Count	1		1
		% within pengetahuan 5	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
Mengidentifikasi faktor resiko yg timbul dari tindakan keper	Count	3	2	5	
	% within pengetahuan 5	60.0%	40.0%	100.0%	
	% within kelompok	27.3%	28.6%	27.8%	
	% of Total	16.7%	11.1%	27.8%	
Total	Count	11	7	18	
	% within pengetahuan 5	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

pengetahuan 6 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 6	Mengetahui komplikasi yang timbul	Count	2		2
		% within pengetahuan 6	100.0%		100.0%
		% within kelompok	18.2%		11.1%
		% of Total	11.1%		11.1%
	Mengidentifikasi aspek etik dan hukum	Count	1		1
		% within pengetahuan 6	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Melakukan kolaborasi dan peimpahan tindakan keperawatan	Count	8	7	15
% within pengetahuan 6		53.3%	46.7%	100.0%	
% within kelompok		72.7%	100.0%	83.3%	
	% of Total	44.4%	38.9%	83.3%	
Total	Count	11	7	18	
	% within pengetahuan 6	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

pengetahuan 7 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 7	Memonitor kealpaan pada tahap pengkajian	Count	1		1
		% within pengetahuan 7	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Menentukan efektifitas tindakan keperawatan	Count	1		1
		% within pengetahuan 7	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Tahap terakhir rangkaian proses keperawatan	Count	9	7	16
% within pengetahuan 7		55.3%	43.8%	100.0%	
% within kelompok		81.8%	100.0%	88.9%	
% of Total		50.0%	38.9%	88.9%	
Total	Count	11	7	18	
	% within pengetahuan 7	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

pengetahuan 8 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengetahuan 8	Untuk peertanggungjawaban dalam keperawatan	Count	11	7	18
		% within pengetahuan 8	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%
Total	Count	11	7	18	
	% within pengetahuan 8	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

keterampilan 1 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
keterampilan 1	Bila 2 sampai 4 item dilaksanakan	Count	3		3
		% within keterampilan 1	100.0%		100.0%
		% within kelompok	27.3%		16.7%
	% of Total	16.7%		16.7%	
	Bila 5 sampai 7 item dilaksanakan	Count	7	2	9
		% within keterampilan 1	77.8%	22.2%	100.0%
		% within kelompok	63.6%	28.6%	50.0%
	% of Total	38.9%	11.1%	50.0%	
	Bila 8 sampai 10 item dilaksanakan	Count	1	5	6
% within keterampilan 1		16.7%	83.3%	100.0%	
% within kelompok		9.1%	71.4%	33.3%	
% of Total	5.6%	27.8%	33.3%		
Total	Count	11	7	18	
	% within keterampilan 1	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

Crosstabs

kemampuan * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kemampuan	sedang	Count	2		2
		% within kemampuan	100.0%		100.0%
		% within kelompok	18.2%		11.1%
		% of Total	11.1%		11.1%
	baik	Count	9	7	16
		% within kemampuan	56.3%	43.8%	100.0%
		% within kelompok	81.8%	100.0%	88.9%
% of Total	50.0%	38.9%	88.9%		
Total	Count	11	7	18	
	% within kemampuan	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

Crosstabs

motivasi 9 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 9	Setuju	Count	9	3	12
		% within motivasi 9	75.0%	25.0%	100.0%
		% within kelompok	81.8%	42.9%	66.7%
	% of Total	50.0%	16.7%	66.7%	
	Sangat setuju	Count	2	4	6
		% within motivasi 9	33.3%	66.7%	100.0%
% within kelompok		18.2%	57.1%	33.3%	
% of Total	11.1%	22.2%	33.3%		
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 9	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 10 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 10	Kurang setuju	Count	4		4
		% within motivasi 10	100.0%		100.0%
		% within kelompok	36.4%		22.2%
		% of Total	22.2%		22.2%
	Setuju	Count	5	1	6
		% within motivasi 10	83.3%	16.7%	100.0%
		% within kelompok	45.5%	14.3%	33.3%
		% of Total	27.8%	5.6%	33.3%
	Sangat setuju	Count	2	6	8
		% within motivasi 10	25.0%	75.0%	100.0%
		% within kelompok	18.2%	85.7%	44.4%
		% of Total	11.1%	33.3%	44.4%
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 10	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 11 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 11	Kurang setuju	Count	10	7	17
		% within motivasi 11	58.8%	41.2%	100.0%
		% within kelompok	90.9%	100.0%	94.4%
		% of Total	55.6%	38.9%	94.4%
	Setuju	Count	1		1
		% within motivasi 11	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 11	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

m

otivasi 12 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 12	Tidak setuju	Count	8	6	14
		% within motivasi 12	57.1%	42.9%	100.0%
		% within kelompok	72.7%	85.7%	77.8%
		% of Total	44.4%	33.3%	77.8%
	Kurang setuju	Count	3	1	4
		% within motivasi 12	75.0%	25.0%	100.0%
		% within kelompok	27.3%	14.3%	22.2%
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 12	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 13 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 13	Tidak setuju	Count	1		1
		% within motivasi 13	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Kurang setuju	Count	2	2	4
		% within motivasi 13	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	18.2%	28.6%	22.2%
		% of Total	11.1%	11.1%	22.2%
	Setuju	Count	8	5	13
		% within motivasi 13	61.5%	38.5%	100.0%
		% within kelompok	72.7%	71.4%	72.2%
		% of Total	44.4%	27.8%	72.2%
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 13	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 14 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 14	Kurang setuju	Count	6		6
		% within motivasi 14	100.0%		100.0%
		% within kelompok	54.5%		33.3%
		% of Total	33.3%		33.3%
	Setuju	Count	5	4	9
		% within motivasi 14	55.6%	44.4%	100.0%
		% within kelompok	45.5%	57.1%	50.0%
		% of Total	27.8%	22.2%	50.0%
	Sangat setuju	Count		3	3
		% within motivasi 14		100.0%	100.0%
		% within kelompok		42.9%	16.7%
		% of Total		16.7%	16.7%
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 14	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 15 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 15	Tidak setuju	Count	7		7
		% within motivasi 15	100.0%		100.0%
		% within kelompok	63.6%		38.9%
		% of Total	38.9%		38.9%
	Kurang setuju	Count	2	2	4
		% within motivasi 15	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	18.2%	28.6%	22.2%
		% of Total	11.1%	11.1%	22.2%
	Setuju	Count	2	4	6
		% within motivasi 15	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	18.2%	57.1%	33.3%
		% of Total	11.1%	22.2%	33.3%
Sangat setuju	Count		1	1	
	% within motivasi 15		100.0%	100.0%	
	% within kelompok		14.3%	5.6%	
	% of Total		5.6%	5.6%	
Total		Count	11	7	18
		% within motivasi 15	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

motivasi 16 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total	
			etnis bima	etnis jawa		
motivasi 16	Tidak setuju	Count	9	5	14	
		% within motivasi 16	64.3%	35.7%	100.0%	
		% within kelompok	81.8%	71.4%	77.8%	
		% of Total	50.0%	27.8%	77.8%	
	Kurang setuju	Count	2	2	4	
		% within motivasi 16	50.0%	50.0%	100.0%	
		% within kelompok	18.2%	28.6%	22.2%	
		% of Total	11.1%	11.1%	22.2%	
	Total		Count	11	7	18
			% within motivasi 16	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 17 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 17	Kurang setuju	Count		1	1
		% within motivasi 17		100.0%	100.0%
		% within kelompok		14.3%	5.6%
		% of Total		5.6%	5.6%
	Setuju	Count	9		9
		% within motivasi 17	100.0%		100.0%
		% within kelompok	81.8%		50.0%
		% of Total	50.0%		50.0%
	Sangat setuju	Count	2	6	8
		% within motivasi 17	25.0%	75.0%	100.0%
		% within kelompok	18.2%	85.7%	44.4%
		% of Total	11.1%	33.3%	44.4%
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 17	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 18 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 18	Setuju	Count	3	4	7
		% within motivasi 18	42.9%	57.1%	100.0%
		% within kelompok	27.3%	57.1%	38.9%
		% of Total	16.7%	22.2%	38.9%
	Sangat setuju	Count	8	3	11
		% within motivasi 18	72.7%	27.3%	100.0%
		% within kelompok	72.7%	42.9%	61.1%
		% of Total	44.4%	16.7%	61.1%
	Total	Count	11	7	18
		% within motivasi 18	61.1%	38.9%	100.0%
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 19 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 19	Setuju	Count	9	5	14
		% within motivasi 19	64.3%	35.7%	100.0%
		% within kelompok	81.8%	71.4%	77.8%
		% of Total	50.0%	27.8%	77.8%
	Sangat setuju	Count	2	2	4
		% within motivasi 19	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	18.2%	28.6%	22.2%
		% of Total	11.1%	11.1%	22.2%
	Total	Count	11	7	18
% within motivasi 19		61.1%	38.9%	100.0%	
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		61.1%	38.9%	100.0%	

motivasi 20 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi 20	Kurang setuju	Count	1	7	8
		% within motivasi 20	12.5%	87.5%	100.0%
		% within kelompok	9.1%	100.0%	44.4%
		% of Total	5.6%	38.9%	44.4%
	Setuju	Count	8		8
		% within motivasi 20	100.0%		100.0%
		% within kelompok	72.7%		44.4%
		% of Total	44.4%		44.4%
	Sangat setuju	Count	2		2
% within motivasi 20		100.0%		100.0%	
% within kelompok		18.2%		11.1%	
	% of Total	11.1%		11.1%	
Total	Count	11	7	18	
	% within motivasi 20	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

Crosstabs

motivasi * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
motivasi	sedang	Count	11	6	17
		% within motivasi	64.7%	35.3%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	85.7%	94.4%
		% of Total	61.1%	33.3%	94.4%
	baik	Count		1	1
		% within motivasi		100.0%	100.0%
		% within kelompok		14.3%	5.6%
		% of Total		5.6%	5.6%
Total		Count	11	7	18
		% within motivasi	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

Crosstabs

E21 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E21	Pegangan hidup	Count	8	7	15
		% within E21	53.3%	46.7%	100.0%
		% within kelompok	72.7%	100.0%	83.3%
		% of Total	44.4%	38.9%	83.3%
	Harapan hidup	Count	1		1
		% within E21	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Pandangan hidup	Count	1		1
		% within E21	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Tujuan hidup	Count	1		1
		% within E21	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
Total		Count	11	7	18
		% within E21	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

E22 * kelompok**Crosstab**

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E22	Cukup menyukai pekerjaan keperawatan	Count	3		3
		% within E22	100.0%		100.0%
		% within kelompok	27.3%		16.7%
	% of Total	16.7%		16.7%	
	Sangat menyukai pekerjaan keperawatan	Count	8	7	15
		% within E22	53.3%	46.7%	100.0%
		% within kelompok	72.7%	100.0%	83.3%
	% of Total	44.4%	38.9%	83.3%	
	Total	Count	11	7	18
% within E22		61.1%	38.9%	100.0%	
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		61.1%	38.9%	100.0%	

E23 * kelompok**Crosstab**

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E23	Kurang mendapatkan kepuasan tersendiri	Count	2		2
		% within E23	100.0%		100.0%
		% within kelompok	18.2%		11.1%
	% of Total	11.1%		11.1%	
	Cukup mendapatkan kepuasan tersendiri	Count	6		6
		% within E23	100.0%		100.0%
		% within kelompok	54.5%		33.3%
	% of Total	33.3%		33.3%	
	Sangat mendapatkan kepuasan tersendiri	Count	3	7	10
% within E23		30.0%	70.0%	100.0%	
% within kelompok		27.3%	100.0%	55.6%	
% of Total	16.7%	38.9%	55.6%		
Total	Count	11	7	18	
	% within E23	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

E24 * kelompok**Crosstab**

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E24	Kurang komitmen	Count	1		1
		% within E24	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Cukup komitmen	Count	7		7
		% within E24	100.0%		100.0%
		% within kelompok	63.6%		38.9%
		% of Total	38.9%		38.9%
	Sangat komitmen	Count	3	7	10
% within E24		30.0%	70.0%	100.0%	
% within kelompok		27.3%	100.0%	55.6%	
% of Total		16.7%	38.9%	55.6%	
Total	Count	11	7	18	
	% within E24	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

E25 * kelompok**Crosstab**

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E25	Kurang tepat waktu	Count	5		5
		% within E25	100.0%		100.0%
		% within kelompok	45.5%		27.8%
		% of Total	27.8%		27.8%
	Tepat waktu	Count	4	4	8
		% within E25	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	36.4%	57.1%	44.4%
		% of Total	22.2%	22.2%	44.4%
	Sangat tepat waktu	Count	2	3	5
% within E25		40.0%	60.0%	100.0%	
% within kelompok		18.2%	42.9%	27.8%	
% of Total		11.1%	16.7%	27.8%	
Total	Count	11	7	18	
	% within E25	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

E26 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E26	Kurang tepat waktu	Count	1	1	2
		% within E26	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	9.1%	14.3%	11.1%
		% of Total	5.6%	5.6%	11.1%
	Tepat waktu	Count	9	6	15
		% within E26	60.0%	40.0%	100.0%
		% within kelompok	81.8%	85.7%	83.3%
		% of Total	50.0%	33.3%	83.3%
	Sangat tepat waktu	Count	1		1
		% within E26	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
Total	Count	11	7	18	
	% within E26	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

E27 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E27	Kurang selalu	Count	1		1
		% within E27	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Tidak selalu	Count	10	7	17
		% within E27	58.8%	41.2%	100.0%
		% within kelompok	90.9%	100.0%	94.4%
		% of Total	55.6%	38.9%	94.4%
	Total	Count	11	7	18
		% within E27	61.1%	38.9%	100.0%
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		61.1%	38.9%	100.0%	

E28 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E28	Tidak mengacu pada standar	Count		2	2
		% within E28		100.0%	100.0%
		% within kelompok		28.6%	11.1%
		% of Total		11.1%	11.1%
	Kurang mengacu pada standar	Count	2		2
		% within E28	100.0%		100.0%
		% within kelompok	18.2%		11.1%
		% of Total	11.1%		11.1%
	Selalu mengacu pada standar	Count	6	5	11
		% within E28	54.5%	45.5%	100.0%
		% within kelompok	54.5%	71.4%	61.1%
		% of Total	33.3%	27.8%	61.1%
	Sangat selalu mengacu pada standar	Count	3		3
		% within E28	100.0%		100.0%
		% within kelompok	27.3%		16.7%
		% of Total	16.7%		16.7%
Total		Count	11	7	18
		% within E28	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

E29 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
E29	Tidak menjaga mutu	Count		2	2
		% within E29		100.0%	100.0%
		% within kelompok		28.6%	11.1%
		% of Total		11.1%	11.1%
	Kurang menjaga mutu	Count	1		1
		% within E29	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
	Selalu menjaga mutu	Count	7	4	11
		% within E29	63.6%	36.4%	100.0%
		% within kelompok	63.6%	57.1%	61.1%
		% of Total	38.9%	22.2%	61.1%
	Sangat selalu menjaga mutu	Count	3	1	4
		% within E29	75.0%	25.0%	100.0%
		% within kelompok	27.3%	14.3%	22.2%
		% of Total	16.7%	5.6%	22.2%
Total		Count	11	7	18
		% within E29	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
etos kerja * kelompok	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%

etos kerja * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
etos kerja	sedang	Count	1		1
		% within etos kerja	100.0%		100.0%
		% within kelompok	9.1%		5.6%
		% of Total	5.6%		5.6%
baik		Count	10	7	17
		% within etos kerja	58.8%	41.2%	100.0%
		% within kelompok	90.9%	100.0%	94.4%
		% of Total	55.6%	38.9%	94.4%
Total		Count	11	7	18
		% within etos kerja	61.1%	38.9%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	61.1%	38.9%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.190	.412
N of Valid Cases		18	

- Not assuming the null hypothesis.
- Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Lampiran 7

HASIL STATISTIK ASUHAN KEPERAWATAN

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dokumentasi * kelompok	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%

dokumentasi * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
dokumentasi	Bila 7 sampai 12 item dilaksanakan	Count	2		2
		% within dokumentasi	100.0%		100.0%
		% within kelompok	18.2%		11.1%
		% of Total	11.1%		11.1%
	Bila 13 sampai 18 item dilaksanakan	Count	9		9
		% within dokumentasi	100.0%		100.0%
		% within kelompok	81.8%		50.0%
		% of Total	50.0%		50.0%
	Bila 19 sampai 24 item dilaksanakan	Count		7	7
		% within dokumentasi		100.0%	100.0%
		% within kelompok		100.0%	38.9%
		% of Total		38.9%	38.9%
Total	Count	11	7	18	
	% within dokumentasi	61.1%	38.9%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.1%	38.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.000 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	24.057	2	.000
Linear-by-Linear Association	13.345	1	.000
N of Valid Cases	18		

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .78.

Lampiran 8

HASIL STATISTIK FAKTOR ORGANISASI**Crosstabs****kebijakan 1 * kelompok****Crosstab**

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kebijakan 1	Kurang lengkap	Count	3		3
		% within kebijakan 1	100.0%		100.0%
		% within kelompok	75.0%		37.5%
		% of Total	37.5%		37.5%
	Lengkap	Count	1	4	5
		% within kebijakan 1	20.0%	80.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	100.0%	62.5%
		% of Total	12.5%	50.0%	62.5%
	Total	Count	4	4	8
% within kebijakan 1		50.0%	50.0%	100.0%	
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		50.0%	50.0%	100.0%	

kebijakan 2 * kelompok**Crosstab**

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kebijakan 2	Tidak ada	Count	1		1
		% within kebijakan 2	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Kurang lengkap	Count	2		2
		% within kebijakan 2	100.0%		100.0%
		% within kelompok	50.0%		25.0%
		% of Total	25.0%		25.0%
	Lengkap	Count	1	4	5
		% within kebijakan 2	20.0%	80.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	100.0%	62.5%
		% of Total	12.5%	50.0%	62.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within kebijakan 2	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

kebijakan 3 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kebijakan 3	Tidak ada	Count	1		1
		% within kebijakan 3	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Kurang lengkap	Count	2		2
		% within kebijakan 3	100.0%		100.0%
		% within kelompok	50.0%		25.0%
		% of Total	25.0%		25.0%
	Lengkap	Count	1	4	5
		% within kebijakan 3	20.0%	80.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	100.0%	62.5%
		% of Total	12.5%	50.0%	62.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within kebijakan 3	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

kebijakan 4 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kebijakan 4	Tidak ada	Count	3		3
		% within kebijakan 4	100.0%		100.0%
		% within kelompok	75.0%		37.5%
		% of Total	37.5%		37.5%
	Lengkap	Count	1	4	5
		% within kebijakan 4	20.0%	80.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	100.0%	62.5%
		% of Total	12.5%	50.0%	62.5%
	Total	Count	4	4	8
		% within kebijakan 4	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

kebijakan 5 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kebijakan 5	Tidak ada	Count	2		2
		% within kebijakan 5	100.0%		100.0%
		% within kelompok	50.0%		25.0%
		% of Total	25.0%		25.0%
	Kurang lengkap	Count	1		1
		% within kebijakan 5	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Lengkap	Count	1	4	5
		% within kebijakan 5	20.0%	80.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	100.0%	62.5%
		% of Total	12.5%	50.0%	62.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within kebijakan 5	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs

kebijakan * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kebijakan	kurang	Count	3		3
		% within kebijakan	100.0%		100.0%
		% within kelompok	75.0%		37.5%
		% of Total	37.5%		37.5%
	sedang	Count	1	4	5
		% within kebijakan	20.0%	80.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	100.0%	62.5%
		% of Total	12.5%	50.0%	62.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within kebijakan	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs
kewenangan 1 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kewenangan 1	Tidak ada	Count	1		1
		% within kewenangan 1	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Kurang lengkap	Count	1	1	2
		% within kewenangan 1	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	25.0%	25.0%
		% of Total	12.5%	12.5%	25.0%
	Lengkap	Count	2	3	5
% within kewenangan 1		40.0%	60.0%	100.0%	
% within kelompok		50.0%	75.0%	62.5%	
	% of Total	25.0%	37.5%	62.5%	
Total	Count	4	4	8	
	% within kewenangan 1	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

kewenangan 2 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kewenangan 2	Tidak ada	Count	1		1
		% within kewenangan 2	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Kurang lengkap	Count	1		1
		% within kewenangan 2	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Lengkap	Count	2	4	6
% within kewenangan 2		33.3%	66.7%	100.0%	
% within kelompok		50.0%	100.0%	75.0%	
	% of Total	25.0%	50.0%	75.0%	
Total	Count	4	4	8	
	% within kewenangan 2	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

kewenangan 3 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kewenangan 3	Tidak ada	Count	1		1
		% within kewenangan 3	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Kurang lengkap	Count	1	1	2
		% within kewenangan 3	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	25.0%	25.0%
		% of Total	12.5%	12.5%	25.0%
	Lengkap	Count	2	3	5
% within kewenangan 3		40.0%	60.0%	100.0%	
% within kelompok		50.0%	75.0%	62.5%	
% of Total		25.0%	37.5%	62.5%	
Total	Count	4	4	8	
	% within kewenangan 3	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

kewenangan 4 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kewenangan 4	Tidak ada	Count	3		3
		% within kewenangan 4	100.0%		100.0%
		% within kelompok	75.0%		37.5%
		% of Total	37.5%		37.5%
	Lengkap	Count	1	4	5
		% within kewenangan 4	20.0%	80.0%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	100.0%	62.5%
		% of Total	12.5%	50.0%	62.5%
	Total	Count	4	4	8
% within kewenangan 4		50.0%	50.0%	100.0%	
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs

kewenangan * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
kewenangan	kurang	Count	2		2
		% within kewenangan	100.0%		100.0%
		% within kelompok	50.0%		25.0%
		% of Total	25.0%		25.0%
	sedang	Count	2	4	6
		% within kewenangan	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	50.0%	100.0%	75.0%
		% of Total	25.0%	50.0%	75.0%
Total		Count	4	4	8
		% within kewenangan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Crosstabs

sistem imbalan intrinsik * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
sistem imbalan intrinsik	Bila 3 sampai 4 item dilaksanakan	Count	2		2
		% within sistem imbalan intrinsik	100.0%		100.0%
		% within kelompok	50.0%		25.0%
		% of Total	25.0%		25.0%
	Bila 5 sampai 6 item dilaksanakan	Count	2	4	6
		% within sistem imbalan intrinsik	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	50.0%	100.0%	75.0%
		% of Total	25.0%	50.0%	75.0%
Total		Count	4	4	8
		% within sistem imbalan intrinsik	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

sistem imbalan ekstrinsik * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
sistem imbalan ekstrinsik	Bila 1 sampai 3 item dilaksanakan	Count	3	2	5
		% within sistem imbalan ekstrinsik	60.0%	40.0%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	50.0%	62.5%
		% of Total	37.5%	25.0%	62.5%
	Bila 4 sampai 6 item dilaksanakan	Count	1	2	3
		% within sistem imbalan ekstrinsik	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	50.0%	37.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within sistem imbalan ekstrinsik	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs

sitem imbalan * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
sitem imbalan	sedang	Count	3	2	5
		% within sitem imbalan	60.0%	40.0%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	50.0%	62.5%
		% of Total	37.5%	25.0%	62.5%
	baik	Count	1	2	3
		% within sitem imbalan	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	50.0%	37.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within sitem imbalan	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs

pengembangan karir 1 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengembangan karir 1	Tidak ada	Count	2	2	4
		% within pengembangan karir 1	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kelompok	50.0%	50.0%	50.0%
		% of Total	25.0%	25.0%	50.0%
	Kurang lengkap	Count	1		1
		% within pengembangan karir 1	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Lengkap	Count	1	2	3
% within pengembangan karir 1		33.3%	66.7%	100.0%	
% within kelompok		25.0%	50.0%	37.5%	
% of Total		12.5%	25.0%	37.5%	
Total	Count	4	4	8	
	% within pengembangan karir 1	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

pengembangan karir 2 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengembangan karir 2	Kurang lengkap	Count	1		1
		% within pengembangan karir 2	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Lengkap	Count	3	4	7
		% within pengembangan karir 2	42.9%	57.1%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	100.0%	87.5%
		% of Total	37.5%	50.0%	87.5%
	Total	Count	4	4	8
% within pengembangan karir 2		50.0%	50.0%	100.0%	
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		50.0%	50.0%	100.0%	

pengembangan karir 3 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengembangan karir 3	Tidak ada	Count	3	2	5
		% within pengembangan karir 3	60.0%	40.0%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	50.0%	62.5%
		% of Total	37.5%	25.0%	62.5%
	Lengkap	Count	1	2	3
		% within pengembangan karir 3	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	50.0%	37.5%
		% of Total	12.5%	25.0%	37.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within pengembangan karir 3	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

pengembangan karir 4 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengembangan karir 4	Tidak ada	Count	4		4
		% within pengembangan karir 4	100.0%		100.0%
		% within kelompok	100.0%		50.0%
		% of Total	50.0%		50.0%
	Kurang lengkap	Count		1	1
		% within pengembangan karir 4		100.0%	100.0%
		% within kelompok		25.0%	12.5%
		% of Total		12.5%	12.5%
	Lengkap	Count		3	3
		% within pengembangan karir 4		100.0%	100.0%
		% within kelompok		75.0%	37.5%
		% of Total		37.5%	37.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within pengembangan karir 4	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs

pengembangan karir * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
pengembangan karir	kurang	Count	3	2	5
		% within pengembangan karir	60.0%	40.0%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	50.0%	62.5%
	% of Total	37.5%	25.0%	62.5%	
	sedang	Count	1	2	3
		% within pengembangan karir	33.3%	66.7%	100.0%
% within kelompok		25.0%	50.0%	37.5%	
% of Total	12.5%	25.0%	37.5%		
Total	Count	4	4	8	
	% within pengembangan karir	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs

evaluasi & pengendalian 1 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
evaluasi & pengendalian 1	Kurang lengkap	Count	1		1
		% within evaluasi & pengendalian 1	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Lengkap	Count	3	4	7
		% within evaluasi & pengendalian 1	42.9%	57.1%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	100.0%	87.5%
		% of Total	37.5%	50.0%	87.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within evaluasi & pengendalian 1	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

evaluasi & pengendalian 2 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
evaluasi & pengendalian 2	Kurang lengkap	Count	1		1
		% within evaluasi & pengendalian 2	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	Lengkap	Count	3	4	7
		% within evaluasi & pengendalian 2	42.9%	57.1%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	100.0%	87.5%
		% of Total	37.5%	50.0%	87.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within evaluasi & pengendalian 2	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

evaluasi & pengendalian 3 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
evaluasi & pengendalian 3	Kurang lengkap	Count	2		2
		% within evaluasi & pengendalian 3	100.0%		100.0%
		% within kelompok	50.0%		25.0%
		% of Total	25.0%		25.0%
	Lengkap	Count	2	4	6
		% within evaluasi & pengendalian 3	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	50.0%	100.0%	75.0%
		% of Total	25.0%	50.0%	75.0%
Total	Count	4	4	8	
	% within evaluasi & pengendalian 3	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

evaluasi & pengendalian 4 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
evaluasi & pengendalian 4	Tidak ada	Count	1	2	3
		% within evaluasi & pengendalian 4	33.3%	66.7%	100.0%
		% within kelompok	25.0%	50.0%	37.5%
		% of Total	12.5%	25.0%	37.5%
	Kurang lengkap	Count		2	2
		% within evaluasi & pengendalian 4		100.0%	100.0%
		% within kelompok		50.0%	25.0%
		% of Total		25.0%	25.0%
	Lengkap	Count	3		3
		% within evaluasi & pengendalian 4	100.0%		100.0%
		% within kelompok	75.0%		37.5%
		% of Total	37.5%		37.5%
Total	Count	4	4	8	
	% within evaluasi & pengendalian 4	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

evaluasi & pengendalian 5 * kelompok

Crosstab

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
evaluasi & pengendalian 5	Tidak ada	Count	2	3	5
		% within evaluasi & pengendalian 5	40.0%	60.0%	100.0%
		% within kelompok	50.0%	75.0%	62.5%
		% of Total	25.0%	37.5%	62.5%
	Kurang lengkap	Count		1	1
		% within evaluasi & pengendalian 5		100.0%	100.0%
		% within kelompok		25.0%	12.5%
		% of Total		12.5%	12.5%
	Lengkap	Count	2		2
		% within evaluasi & pengendalian 5	100.0%		100.0%
		% within kelompok	50.0%		25.0%
		% of Total	25.0%		25.0%
Total	Count	4	4	8	
	% within evaluasi & pengendalian 5	50.0%	50.0%	100.0%	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Crosstabs

evaluasi & pengendalian * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			etnis bima	etnis jawa	
evaluasi & pengendalian	kurang	Count	1		1
		% within evaluasi & pengendalian	100.0%		100.0%
		% within kelompok	25.0%		12.5%
		% of Total	12.5%		12.5%
	sedang	Count	3	4	7
		% within evaluasi & pengendalian	42.9%	57.1%	100.0%
		% within kelompok	75.0%	100.0%	87.5%
		% of Total	37.5%	50.0%	87.5%
	Total	Count	4	4	8
		% within evaluasi & pengendalian	50.0%	50.0%	100.0%
% within kelompok		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		50.0%	50.0%	100.0%	