

**TESIS**

**UPAYA OPTIMALISASI PENERAPAN METODE ASUHAN  
KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP) MODEL TIM DALAM  
MENINGKATKAN KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH BABAT**



**MURYANI**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
SURABAYA  
2019**

**TESIS**

**UPAYA OPTIMALISASI PENERAPAN METODE ASUHAN  
KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP) MODEL TIM DALAM  
MENINGKATKAN KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH BABAT**



**MURYANI  
NIM 10174453035**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
SURABAYA  
2019**

**UPAYA OPTIMALISASI PENERAPAN METODE ASUHAN  
KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP) MODEL TIM DALAM  
MENINGKATKAN KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH BABAT**

**TESIS**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan  
Minat Studi Administrasi Rumah Sakit  
Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Airlangga**

**Oleh**

**MURYANI  
NIM 10174453035**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
SURABAYA  
2019**

**PENGESAHAN**

**Dipertahankan di depan Tim Penguji Tesis  
Minat Studi Administrasi Rumah Sakit  
Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga  
Dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar  
Magister Kesehatan (M.Kes.)  
Pada tanggal 28 Juni 2019**

**Mengesahkan**

**Universitas Airlangga  
Fakultas Kesehatan Masyarakat**

**Dekan,**

  
**Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S.  
NIP 195603031987012001**

**Tim Penguji**

**Ketua : Prof. Dr. S. Supriyanto, dr., M.S.**  
**Anggota : 1. Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.**  
**2. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs., (Hons).**  
**3. Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS.**  
**4. Tjatur Prijambodo, dr., M.Kes.**  
**5. Aris Cahyo Purnomo, S.Kep., Ns., M.Kes.**

PERSETUJUAN

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Kesehatan (M.Kes.)  
Minat Studi Administrasi Rumah Sakit  
Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Airlangga

Oleh

MURYANI  
NIM 10174453035

Menyetujui,  
Surabaya, 28 Juni 2019

Pembimbing Ketua



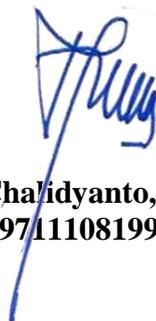
Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.  
NIP 196509141996011001

Pembimbing



Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons).  
NIP 196612251989031004

Mengetahui,  
Koordinator Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan



Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS.  
NIP 197111081998021001

**PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Muryani  
NIM : 101714453035  
Program Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Minat Studi : Administrasi Rumah Sakit  
Angkatan : 2017  
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis yang berjudul :

**UPAYA OPTIMALISASI PENERAPAN METODE ASUHAN  
KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP) MODEL TIM DAAM  
MENINGKATKAN KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH BABAT**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang akan ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, 28 Juni 2019



Muryani

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas karunia dan hidayah-Nya penyusunan tesis dengan judul **“Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat”** ini dapat terselesaikan.

Penelitian ini bertujuan untuk Memberikan Rekomendasi Perbaikan Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat” dengan harapan penelitian ini dapat meningkatkan Kinerja Perawat Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan kepada pasien.

Peneliti menyadari bahwa penulisan ini dapat terselesaikan atas bantuan berbagai pihak. Ucapan terima kasih yang tidak terhingga saya sampaikan kepada yang terhormat Bapak Dr Setya Haksama , drg., M.Kes. selaku pembimbing ketua yang dengan kesabaran dan perhatiannya dalam memberikan bimbingan, konsulan, dan perbaikan agar ini terselesaikan dengan lebih baik. Ucapan terima kasih juga kepada Bapak Prof. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons) selaku pembimbing yang senantiasa memberikan motivasi dengan *value* yang membangun serta masukan yang berharga selama proses pembimbingan ini, serta Bapak Ilham Akhsanu Ridlo , S.KM., M.Kes. selaku instruktur yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan demi kesempurnaan ini.

Dengan selesainya ini, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Moh. Nasih, S.E., M.T., Ak. selaku Rektor Universitas Airlangga;
2. Ibu Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat;
3. Bapak Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS. selaku Koordinator Program Studi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan sekaligus Ketua Minat Manajemen Administrasi Rumah Sakit Program Magister Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
4. Seluruh dosen pengajar pada Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmunya.
5. Suami tercinta M. Bakri Pritodwi Admaji dan anak –anakku tercinta Rufaida Adya Nur Avianti Ulya, Humaidah Dwi Rahmayanti serta M.Naufal Mussaddad atas dukungannya, kasih sayang dan pengorbanannya.
6. Ibu dan ayahku atas doa-doanya.

7. Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Babat Fara Nurdiana, M. Kes yang memberikan dukungan pelaksanaan penelitian ini.
8. Semua teman – teman karyawan RS. Muhammadiyah Babat yang telah membantu dan mendukung penelitian ini
9. Rekan-rekan seangkatan yang telah berjuang bersama-sama, saling mendukung dan memberi semangat.
10. Staf AKK : Mbak Ade, Mas Husni, Mas Kukuh dan Mbak Lusi
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berperan dalam penelitian ini dan semasa kuliah.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala bantuan, semangat, dorongan, dan waktu yang telah diberikan kepada penulis.

Demikian, semoga usulan proposal ini dapat dilanjutkan untuk tahap penelitian berikutnya.

Surabaya, 28 Juni 2019

Penulis

SUMMARY

**Optimization of Team-Based Professional Nursing Care  
Implementation to Improve Nurse Performances  
In the Muhammadiyah Babat Hospital Ward**

Nursing services are a form of professional service that is based on nursing science and is aimed at individuals, families, groups or people who are sick or healthy. Hospital nursing services in the form of nursing care is an interaction between nurses and patients and their environment to achieve the goal of meeting the needs and independence of patients in caring for themselves. Nursing care services play a very important role in the hospital because, nursing is the highest number of professional groups in hospitals, closest to patients and families and providing 24-hour service. To provide optimal nursing care to patients, various methods of professional nursing care have been developed including MAKP, one of which is the team's professional nursing care method.

The inpatient room of the Muhammadiyah Babat Hospital has implemented one of the methods of professional nursing care, namely by using a professional nursing care team model. But in its implementation it is not optimal according to existing standards. The head of the room was still vocationally educated, the team leader was still following the official rotation, weighing from the afternoon service to night service was not carried out beside the patient's bed, and the nursing round was never carried out. The data is supported by documentation of the results of the study of the application of the MAKP team model with completeness of filing in the first and second semesters of 2017 and the first semester of 2018 averaging 86.28%. Survey of patient satisfaction level of 70% felt quite satisfied. This study aims to develop recommendations in an effort to optimize the implementation of the nursing model of team models in improving the performance of nurses in the inpatient ward of Muhammadiyah Babat Hospital.

This study uses the coupling theory consisting of organizational factors with sub-variables of leadership, reward systems, training and development and supervision. The next variable is the human resource factor with sub variables of knowledge, motivation, nurse attitudes and job characteristics with sub-variables workload which is a supporting factor in improving nurse performance in implementing the team's MAKP model. This research is a type of observational descriptive research using cross sectional design. The study was conducted on February 25 to March 15, 2019 in the inpatient room of Muhammadiyah Babat Hospital. Retrieving data using a questionnaire filled in by nurses to identify organizational factors and human resource factors. Retrieval of data to calculate workload and to identify the implementation of professional nursing care team models in the inpatient room of Muhammadiyah Babat Hospital was carried out by observation. To identify nurse performance was measured by patient satisfaction by distributing questionnaires

Descriptive analysis of research results is to identify the frequency distribution of organizational factors, human resource factors and job

characteristics and implementation of MAKP and patient satisfaction. Correlation analysis uses the Chi-Square correlation test to determine strategic issues. The basis for determining strategic issues if the value is  $p < 0.05$ . Organizational factor correlation test results from sub leadership variables with a value of  $p = 0.014$ , reward system sub-variables value  $p = 0.024$  and training and development sub-variables with sub-variables  $p = 0.033$  supervised  $p = 0.410$ . Sub factor of human resource knowledge variable value  $p = 0.005$ , sub motivation variable value  $p = 0.026$  and sub attitude variable  $p = 0.661$  and from workload characteristic factors work value  $p = 0.043$ .

Strategic issues based on the results of the study focused on the lack of optimal professional nursing care team models in the inpatient ward of Muhammadiyah Babat Hospital. The strategic issues of organizational factors are leadership, reward and training systems and development that have not been well organized. Related human resource factors include lack of knowledge and motivation of nurses in the implementation of team nursing professional nursing care. The characteristic factor of high workload work from nurses is that the implementation of the team's professional nursing care method is not optimal.

Consideration of the selection of strategic issues from the sub-variable organizational factors of the head of the room is still vocationally educated, the head of the room has not received nursing management training and appointment of structural officials based on seniority considerations. Sub-variable reward systems have no non-financial rewards to nurse nurses, the distribution of incentives for nursing actions is not based on the remuneration system but generalized. Sub-variable training and the development of training and development improvements are still passive waiting from outside parties, the lack of interest from the nurses themselves to develop themselves.

The causes of strategic issues from human resource factors are sub-variable knowledge of lack of socialization and training on Professional Nursing Care Methods in the provision of nursing care. Sub-variable motivations nurses assume using the method of nursing care using professional nursing care team models do not affect patients and themselves. In addition, nurses are used to routine nursing care. The cause of the strategic issue is job characteristics about the high burden of nurses where nurses do a lot of work that is not their responsibility.

Recommendations for improvements made to improve the implementation of professional nursing care team models in the inpatient room of Muhammadiyah Babat Hospital, it is necessary to organize organizational factors by means of appointment of structural officials based on the fit and proper test and the need for guidance on remuneration systems in giving incentives. In addition, it is necessary to increase the knowledge of nurses by conducting programmed training and developing staff to a higher level and managing the existing nurses.

## RINGKASAN

### **Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Model Tim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**

Pelayanan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional bagian dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik sehat maupun sakit. Pelayanan keperawatan di rumah sakit berupa asuhan keperawatan merupakan interaksi perawat dengan pasien dan lingkungannya dengan tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya. Pelayanan asuhan keperawatan memegang peranan yang sangat penting di rumah sakit karena, keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak di rumah sakit, paling dekat dengan pasien dan keluarga dan memberikan pelayanan selama 24 jam. Untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien, dikembangkan berbagai metode asuhan keperawatan profesional (MAKP) salah satunya adalah metode asuhan keperawatan profesional model Tim

Ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat telah menerapkan metode asuhan keperawatan profesional model tim, namun dalam pelaksanaannya belum optimal sesuai standar yang ada. Kepala ruangan masih berpendidikan vokasional, ketua tim masih mengikuti rotasi dinas, timbang terima dari dinas sore ke dinas malam tidak dilaksanakan di samping bed pasien, dan ronde keperawatan tidak pernah dilakukan. Data tersebut didukung dari hasil studi dokumentasi yang merupakan output pelaksanaan MAKP model tim untuk kelengkapan pengisiannya periode semester I,II tahun 2017 dan semester I tahun 2018 rata-rata 86,28 %. Sedangkan dari survey awal 15% pasien merasa kurang puas. Penelitian ini bertujuan untuk menyusun rekomendasi dalam upaya optimalisasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim dalam meningkatkan kinerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

Penelitian ini menggunakan teori kopelmen yang terdiri dari faktor organisasi sub variabel kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan, supervisi, faktor sumber daya manusia sub variabel pengetahuan, motivasi, sikap perawat dan karakteristik pekerjaan sub variabel peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja yang merupakan faktor mempengaruhi pelaksanaan MAKP model tim.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif observasional dengan menggunakan rancang bangun *cross sectional* mulai tanggal 25 Februari sampai dengan tanggal 15 Maret 2019 di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan observasi langsung untuk memperoleh data primer. Sedangkan data sekunder diperoleh dengan studi dokumentasi.

Analisis deskriptif hasil penelitian untuk mengidentifikasi distribusi frekuensi faktor organisasi, faktor sumber daya manusia dan karakteristik pekerjaan dan pelaksanaan MAKP serta kepuasan pasien. Analisis korelasi

menggunakan uji korelasi Chi-Square untuk menentukan isu strategis. Dasar penentuan isu strategis bila nilai  $p < 0,05$ . Hasil uji korelasi faktor organisasi dari sub variabel kepemimpinan dengan nilai  $p = 0,014$ , sub variabel sistem reward nilai  $p = 0,024$  dan sub variabel pelatihan dan pengembangan dengan nilai  $p = 0,033$  sub variabel supervisi nilai  $p = 0,410$ . Faktor sumber daya manusia sub variabel pengetahuan nilai  $p = 0,005$ , sub variabel motivasi nilai  $p = 0,026$  dan sub variabel sikap  $p = 0,661$  dan dari faktor karakteristik pekerjaan beban kerja nilai  $p = 0,043$ .

Isu strategis berdasarkan hasil penelitian difokuskan pada kurang optimalnya asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Isu strategis dari faktor organisasi yaitu kepemimpinan, sistem reward dan pelatihan dan pengembangan belum tertata dengan baik. Faktor sumber daya manusia kurangnya pengetahuan dan motivasi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim. Faktor karakteristik pekerjaan beban kerja yang tinggi dari perawat sehingga pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim belum optimal.

Pertimbangan pemilihan isu strategis dari faktor organisasi subvariabel kepemimpinan kepala ruangan masih berpendidikan vokasional, kepala ruangan belum mendapatkan pelatihan manajemen keperawatan dan pengangkatan pejabat struktural berdasarkan pertimbangan senioritas. Subvariabel sistem reward belum ada reward non finansial kepada perawat pelaksana, pembagian insentif tindakan keperawatan tidak berdasarkan sistem remunerasi tetapi disamaratakan. Subvariabel pelatihan dan pengembangan peningkatan pelatihan dan pengembangan masih bersifat pasif menunggu dari pihak luar, kurangnya minat dari perawat itu sendiri untuk mengembangkan diri.

Penyebab isu strategis dari faktor sumber daya manusia subvariabel pengetahuan kurangnya sosialisasi dan pelatihan tentang Metode Asuhan Keperawatan Profesional dalam pemberian asuhan keperawatan. Subvariabel motivasi perawat beranggapan menggunakan metode asuhan keperawatan dengan menggunakan asuhan keperawatan profesional model tim tidak berpengaruh terhadap pasien dan dirinya. Selain itu perawat sudah terbiasa melakukan asuhan keperawatan secara rutinitas. Penyebab isu strategis karakteristik pekerjaan tentang beban perawat yang tinggi dimana perawat banyak melakukan pekerjaan yang bukan menjadi tanggung jawabnya.

Rekomendasi perbaikan yang dilakukan guna meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat, perlu dilakukan penataan faktor organisasi dengan cara pengangkatan pejabat struktural berdasarkan fit and poferty test dan perlu adanya panduan sistem pembagian unag insentif secara remunerasi. Selain itu diperlukan peningkatan pengetahuan perawat dengan melakukan pelatihan yang terprogram dan pengembangan staf ke jenjang yang lebih tinggi serta pengaturan tenaga perawat yang ada.

**ABSTRACT**

**OPTIMIZATION OF TEAM-BASED PROFESSIONAL NURSING CARE IMPLEMENTATION TO IMPROVE NURSE PERFORMANCES IN THE MUHAMMADIYAH BABAT HOSPITAL WARD**

Nursing care with nursing team model is one of the efforts to improve the quality of care services at Muhammadiyah Babat Hospital. **The purpose** of this study is to provide recommendations to optimize the implementation of the nursing care methods with nursing team models in improving the performance of nurses at Muhammadiyah Babat Hospital. The **research method** used observational descriptive, cross-sectional research design with chi-square test. The population in this study were all 26 inpatients nurses, but the samples according to the inclusion criteria are 22 nurses. The **results of research** on organizational factors show leadership has p-value of 0.014, reward system has p-value of 0.024, and training and development have p-value of 0.033. There is a relationship between the implementation of the team model nursing care with p-value less than 0.05. This results show that organizational factors have not been well-organized so that the implementation of the team model nursing care is not optimal yet. Moreover, nurse resources that have a relationship with the implementation of team model nursing care are knowledge with p-value of 0.005 and motivation with p-value of 0.026. Lack of knowledge and motivation of nurses causes inoptimal implementation of the team model nursing care. Job characteristics of the head of the room have p-value of 0,000 and the workload of nurses has p-value of 0.043. These have a relationship to the implementation of team model nursing care. The responsibility of nurses are lacking, and the nurse's high burden causes inoptimal implementation of team model nursing care. **In conclusion**, the implementation of the team model nursing care at Muhammadiyah Babat Hospital has not been optimal. It is necessary to improve it by structuring factorization, increasing nurse knowledge through training and education for the existing nurses.

**Keywords:** organizational factors, human resource factors, workload, team-based method of professional nursing care.

## ABSTRAK

**Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Model Tim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**

Asuhan keperawatan keperawatan model tim merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. **Tujuan** penelitian ini memberikan rekomendasi upaya optimalisasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim dalam peningkatan kinerja perawat di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. **Metode** penelitian menggunakan diskriptif observasional, desain penelitian *cros-sectional* dengan uji *chi-square*. Populasi dalam penelitian ini seluruh perawat ruang rawat inap 26 orang sampel dalam penelitian perawat yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 22 orang. **Hasil** penelitian faktor organisasi dari subvariabel kepemimpinan nilai  $p = 0,014$ , sistem reward nilai  $p = 0,024$ , dan pelatihan dan pengembangan nilai  $p = 0,033$  terdapat hubungan dengan pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim dengan nilai  $p < 0,05$ . Hal tersebut menunjukkan bahwa faktor organisasi belum tertata dengan baik sehingga pelaksanaan MAKP model tim belum berjalan optimal. Faktor sumber daya perawat yang mempunyai hubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan model tim adalah subvariabel pengetahuan dengan nilai  $p = 0,005$  dan motivasi nilai  $p = 0,026$ . Kurangnya pengetahuan dan motivasi perawat menyebabkan pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional model tim tidak dilaksanakan secara optimal. Faktor karakteristik pekerjaan dari peran dan tanggung jawab kepala ruangan nilai  $p = 0,000$  dan beban kerja perawat nilai  $p = 0,043$  mempunyai hubungan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim. Peran dan tanggung jawab perawat yang kurang dan beban perawat yang tinggi menyebabkan pelaksanaan asuhan keperawatan model tim tidak optimal. **Kesimpulan** pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat belum optimal, maka perlu dilakukan peningkatan melalui penataan faktor organisasi, peningkatan pengetahuan perawat melalui pelatihan dan pengembangan pendidikan berkelanjutan dan pengaturan tenaga perawat yang ada.

**Kata Kunci:** Faktor organisasi, sumber daya perawat, karakteristik pekerjaan, metode asuhan keperawatan model tim.

**DAFTAR ISI**

SAMPUL DEPAN.....	i
SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN.....	v
PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
<i>SUMMARY</i> .....	ix
RINGKASAN.....	xi
<i>ABSTRACT</i> .....	xiii
ABSTRAK.....	xiv
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xxi
DAFTAR GAMBAR .....	xxivv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xxvi

<b>BAB 1</b>	<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1	Latar Belakang.....	1
1.2	Kajian Masalah.....	10
1.2.1	Faktor Organisasi Rumah Sakit.....	11
1.2.2	Faktor Sumber Daya Manusia Perawat.....	14
1.2.3	Karakteristik Pekerjaan.....	17
1.2.4	Faktor Pasien .....	18
1.3	Batasan Masalah.....	19
1.4	Rumusan Masalah.....	19
1.5	Tujuan Penelitian.....	20
1.5.1	Tujuan Umum.....	20
1.5.2	Tujuan Khusus.....	20
1.6	Manfaat Penelitian.....	21
1.6.1	Manfaat Bagi Penulis.....	21
1.6.2	Manfaat Bagi RS Muhammadiyah Babat.....	21
1.6.3	Manfaat Bagi Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.....	22
<b>BAB 2</b>	<b>TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>23</b>
2.1	Konsep Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP).....	23
2.1.1	Definisi Metode Asuhan Keperawatan	

	Profesional (MAKP).....	23
2.1.2	Tujuan Pengembangan Metode Asuhan Keperawatan Profesional.....	24
2.1.3	Macam – Macam Metode Asuhan Keperawatan Profesional.....	24
2.1.4	Dasar Pertimbangan Pemilihan Metode Asuhan Keperawatan Profesional.....	25
2.1.5	Faktor yang Mempengaruhi Metode Asuhan Keperawatan Profesional.....	25
2.2	Konsep Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	49
2.2.1	Pengertian.....	49
2.2.2	Struktur Organisasi Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	55
2.2.3	Peran dan Tanggung jawab Perawat dalam Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	55
2.2.4	Aplikasi Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	59
2.3	Konsep Kinerja.....	71
2.3.1	Pengertian.....	71
2.3.2	Output Kinerja Perawat.....	72
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN.....</b>	<b>82</b>
3.1	Kerangka Konseptual.....	82
3.2	Penjelasan Kerangka Konseptual.....	83
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>85</b>
4.1	Jenis dan Rancang Bangun Penelitian.....	85
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	85
4.3	Populasi dan Sampel.....	85
4.3.1	Populasi.....	85
4.3.2	Sampel.....	86
4.3.3	Teknik Sampling.....	87
4.3.4	Cara Pengumpulan Data.....	88
4.4	Kerangka Operasional.....	90
4.5	Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional.....	93
4.5.1	Identifikasi Variabel.....	93
4.5.2	Definisi Operasional.....	93
4.6	Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data.....	100
4.6.1	Instrumen Penelitian.....	100
4.6.2	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	100
4.7	Pengolahan dan Analisis Data.....	103
4.7.1	Analisis Deskriptif.....	104
4.7.2	Analisis Korelasi.....	107

4.7.3	Pelaksanaan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD).....	107
4.7.4	Penyusunan Rekomendasi.....	108
BAB 5	HASIL DAN ANALISI DATA.....	109
5.1	Gambaran Umum RS Muhammadiyah Babat.....	109
5.1.1	Profil RS Muhammadiyah Babat.....	109
5.1.2	Jenis Layanan RS Muhammadiyah Babat	111
5.1.3	Visi, Misi , Motto RS Muhammadiyah Babat.....	112
5.1.4	Gambaran Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	112
5.2	Identifikasi Karakteristik Responden Penelitian.....	114
5.3	Identifikasi Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Sistem Reward, Pelatihan dan Pengembangan dan Supervisi).....	116
5.4	Identifikasi Faktor Sumber Daya Perawat (Pengetahuan, Motivasi dan Sikap Perawat).....	117
5.5	Identifikasi Karakteristik Pekerjaan ( Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota tim dan Beban Kerja).....	118
5.6	Identifikasi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019 Sebanyak 22 kali Observasi.....	120
5.6.1	Identifikasi Penerimaan Pasien Baru Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	120
5.6.2	Hasil Observasi Pelaksanaan Timbang Terima Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah.....	122
5.6.3	Hasil Observasi Pelaksanaan Sentralisasi Obat Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah.....	123
5.6.4	Hasil Observasi Pelaksanaan Ronde Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah Babat.....	124
5.6.5	Hasil Observasi Pelaksanaan Discharge Planning Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah Babat.....	125

5.7	Output Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim (Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan dan Kepuasan Pasien).....	127
5.7.1	Hasil Studi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	127
5.7.2	Kepuasan Pasien Rawat Inap Menerima Asuhan Keperawatan Model Tim.....	128
5.8	Hubungan Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Sistem reward, Pelatihan dan Pengembangan dan Supervisi) Dengan MAKP Model Tim.....	131
5.8.1	Hubungan Kepemimpinan Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	132
5.8.2	Hubungan Sistem Reward Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	133
5.8.3	Hubungan Pelatihan dan Pengembangan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	133
5.8.4	Hubungan Supervisi Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	134
5.9	Hubungan Faktor Sumber Daya Perawat Dengan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	134
5.9.1	Hubungan Pengetahuan Dengan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	135
5.9.2	Hubungan Motivasi Perawat Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	135
5.9.3	Hubungan Sikap Perawat Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	136
5.10	Hubungan Faktor Karakteristik Pekerjaan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	136
5.10.1	Hubungan Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota Tim Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	137
5.10.2	Hubungan Beban Kerja Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	138

5.11	Penyusunan Rekomendasi Upaya Optimalisasi Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	139
5.11.1	Isu Strategis.....	139
5.11.2	Penyebab Isu Strategis.....	140
5.11.3	Usulan Perbaikan Isu Strategis.....	145
5.11.4	Rekomendasi.....	151
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>153</b>
6.1	Faktor Organisasi pada Pelaksanaan MAKP Model Tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	153
6.2	Faktor Sumber Daya Perawat pada Pelaksanaan MAKP Model Tim di RS Muhammadiyah Babat.....	160
6.3	Karakteristik Pekerjaan Dalam Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	165
6.4	Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	169
6.5	Hubungan Faktor Organisasi Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim	175
6.6	Hubungan Faktor Sumber Daya Perawat (Pengetahuan, Motivasi, dan Sikap) Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	178
6.7	Hubungan Karakteristik Pekerjaan (Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota Tim dan Beban Kerja) dengan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	180
6.8	Output Kinerja Perawat Dalam Pelayanan Asuhan Keperawatan Dengan Menggunakan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	182
<b>BAB 7</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>187</b>
7.1	Kesimpulan.....	187
7.1.1	Faktor organisasi.....	187
7.1.2	Faktor Sumber Daya Manusia Perawat.....	188
7.1.3	Faktor Karakteristik Pekerjaan .....	188
7.1.4	Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	189
7.1.5	Output Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Model Tim.....	190
7.2	Saran.....	190

7.2.1	Untuk Perawat.....	190
7.2.2	Untuk Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.	190
7.2.3	Bagi Peneliti Selanjutnya.....	191
DAFTAR PUSTAKA.....		192
LAMPIRAN.....		197

## DAFTAR TABEL

Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Jumlah Tenaga Perawat yang Dibutuhkan Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Pada Tanggal 20 September 2018.	5
Tabel 1.2	Hasil penilaian kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat periode semester I,II tahun 2017 dan semester I tahun 2018 .....	7
Tabel 1.3	Kepuasan Pasien Terhadap Asuhan Keperawatan Dengan Menggunakan Metode Asuhan Keperawatan Model Tim Di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	8
Tabel 4.1	Definisi Operasional Variabel, Parameter, Alat Ukur, Skala Data dan Kategori.....	94
Tabel 4.2	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Kepemimpinan.....	101
Tabel 4.3	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Sistem reward .....	101
Tabel 4.4	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Pelatihan dan Pengembangan.....	101
Tabel 4.5	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Supervisi.....	102
Tabel 4.6	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan.....	102
Tabel 4.7	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Motivasi.....	103
Tabel 4.8	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Sikap Perawat .....	103
Tabel 5.1	Perkembangan Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	110
Tabel 5.2	Statistik Rumah Sakit Muhammadiyah Babat Tahun 2017 & Tahun 2018.....	114
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Perawat Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat Berdasarkan Demografi, Pendidikan dan Lama Kerja.....	115
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Faktor Organisasi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	116
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Faktor Sumber Daya Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	117
Tabel 5.6	Hasil Observasi Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim, Anggota Tim Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.....	118
Tabel 5.7	Beban Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.....	120
Tabel 5.8	Hasil Observasi Penerimaan Pasien Baru Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.....	121

Tabel 5.9	Hasil Observasi Timbang Terima Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.....	122
Tabel 5.10	Hasil Observasi Sentralisasi Obat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.....	123
Tabel 5.11	Hasil Observasi Ronde Keperawatan Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.....	124
Tabel 5.12	Hasil Observasi <i>Discharge Planning</i> Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.....	125
Tabel 5.13	Hasil Observasi Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat tanggal 25 Februari - 15 Maret 2019.....	126
Tabel 5.14	Hasil Studi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan keperawatan.....	127
Tabel 5.15	Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien Rawat Inap Di RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari- 15 Maret 2019.....	128
Tabel 5.16	Distribusi Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari - 15 Maret 2019.....	130
Tabel 5.17	Tabel Silang Kepemimpinan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	132
Tabel 5.18	Tabel Silang Sistem Reward Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	133
Tabel 5.19	Tabel Silang Pelatihan dan Pengembangan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	133
Tabel 5.20	Tabel Silang Supervisi Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	134
Tabel 5.21	Tabel Silang Pengetahuan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	135
Tabel 5.22	Tabel Silang Motivasi Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	135
Tabel 5.23	Tabel Silang Sikap Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	136

Tabel 5.24	Tabel Silang Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim, dan Anggota Tim Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	137
Tabel 5.25	Tabel Silang Beban Kerja Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	138
Tabel 5.26	Penyebab Isu Strategis Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan MAKP mdoel tim berdasarkan hasil penelitian dan <i>facus grup discusion</i> pada tanggal 29 April 2019 di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat.....	140
Tabel 5.27	Usulan perbaikan dari isu strategis yang ditemukan berdasarkan telaah peneliti dan <i>focus group discusion</i> pada tanggal 29 April 2019.....	145

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1.1	Kajian Masalah.....	11
Gambar 2.1	<i>Work Productivity</i> (Kopelmen, 1986).....	26
Gambar 2.2	Siklus Motivasi .....	36
Gambar 2.3	Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan "Nursing Team".....	55
Gambar 2.4	Alur Penerimaan Pasien Baru.....	62
Gambar 2.5	Alur Timbang Terima.....	65
Gambar 2.6	Alur <i>Discharge Planning</i> .....	71
Gambar 2.7	Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan .....	78
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Upaya Optimalisasi Penerapan MAKP Model Tim Dalam apeningkatan Kinerja di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	82
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Upaya Optimalisasi Penerapan Asuhan Keperawatan Model Tim Dalam Peningkatan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.....	90
Gambar 5.1	Struktur Organisasi Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.....	114

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	Keterangan Lolos Kaji Etik.....	197
Lampiran 2	Lembar Permohonan Ijin Penelitian.....	198
Lampiran 3	Balasan Ijin Melakukan Penelitian .....	199
Lampiran 4	Lembar Penjelasan Sebelum Persetujuan.....	200
Lampiran 5	<i>Informed Consent</i> Perawat.....	202
Lampiran 6	Kuesioner Perawat.....	203
Lampiran 7	<i>Informed Consent</i> Pasien.....	208
Lampiran 8	Kuesioner Kepuasan Pasien.....	209
Lampiran 9	Lembar Observasi Beban Kerja Perawat.....	211
Lampiran 10	Lembar Observasi Aplikasi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	213
Lampiran 11	Penjelasan Diskusi Kelompok Terarah (FGD) .....	221
Lampiran 12	<i>Informed Consent</i> (Pernyataan Persetujuan Peserta Diskusi Kelompok Terarah).....	222
Lampiran 13	Panduan Diskusi Kelompok Terarah.....	223
Lampiran 14	Kegiatan <i>Fokus Group Discussison</i> .....	226
Lampiran 15`	Hasil Penelitian .....	228
Lampiran 16	Analisis Hasil Penelitian	233

**DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH**

Daftar Lambang

=	: sama dengan
<	: lebih kecil
>	: Lebih Besar
%	: Persentase

Daftar Singkatan

MAKP	= Metode Asuhan Keperawatan Profesional
SDM	= Sumber Daya Manusia
TT	= Tempat Tidur
RS	= Rumah Sakit
PKB	= Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan
SPO	= Standar Prosedur Operasional
SPSS	= <i>Statistical product and Service Solution</i>
FGD	= <i>Focus Group Discussion</i>
SBAR	= <i>Situation, Background, Assesment, Recomendation</i>
KU	= Keadaan Umum
TTV	= Tanda-tanda Vital
GCS	= <i>Glasgow Coma Scale</i>
RATER	= <i>Reliability, Assurance, Tangibles, Empathy, Responsiveness</i>
BOR	= Bed Occupancy Ratio
TOI	= Turn Over Interval
LOS	= Lengt Of Stay
BTO	= Bed Turn Over
GDR	= Gross Death Rate
NDR	= Net Death Rate
BPJS	= Badan Pengelola Jaminan Sosial
Dapenmuh	= Dana Pensiun Muhammadiyah

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga kelompok atau masyarakat baik sehat ataupun sakit (RI, 2014). Asuhan keperawatan merupakan interaksi perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat diri (Undang - Undang RI No 38 Tahun 2014).

Pelayanan asuhan keperawatan profesional memegang peranan yang sangat penting di rumah sakit, karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah tenaga terbanyak di rumah sakit, paling dekat dengan pasien dan keluarga.(Depkes RI, 1994). Perawat harus memberikan pelayanan keperawatan yang optimal dan bertanggung jawab dalam meningkatkan serta mempertahankan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan selama 24 jam. Mutu pelayanan di rumah sakit tergantung dari kualitas pelayanan keperawatan (Sitorus, 2006). Pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan perkembangan profesi keperawatan dapat dikembangkan dengan model asuhan keperawatan professional (MAKP).

Metode Asuhan keperawatan Profesional (MAKP) adalah suatu sistem yang terdiri dari tiga aspek yaitu struktur, proses dan nilai professional (*professional value*), yang digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan professional (Nursalam, 2016). Aspek struktur ditetapkan dengan jumlah tenaga,

jenis tenaga dan standar asuhan keperawatan. Aspek proses ditetapkannya pemilihan model asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi asuhan keperawatan. Aspek nilai profesional terdiri dari profesional, hubungan profesional dengan komunikasi, pengambilan keputusan, metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.

Pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor organisasi, faktor Sumber Daya Manusia (SDM), faktor karakteristik pekerjaan dan faktor pasien. Faktor organisasi terdiri dari kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan, supervisi, visi misi. struktur organisasi dan seleksi. Faktor sumber daya manusia terdiri dari pengetahuan, motivasi, nilai profesionalisme, sikap, ketrampilan, kemampuan. Faktor karakteristik pekerjaan terdiri dari umpan balik, desain pekerjaan, beban kerja dan jadwal pekerjaan. Faktor pasien terdiri dari jumlah pasien dan tingkat ketergantungan pasien.

Ada beberapa Metode Asuhan Keperawatan Profesional diantaranya MAK model primer, model tim, model kasus dan model fungsional. Pemilihan model asuhan keperawatan profesional dalam suatu ruangan mempertimbangkan visi, misi institusi, dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan, efisien dan efektif penggunaan biaya, terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat, kepuasan kinerja perawat (Marquis & Huston, 2012). Pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan salah satu metode asuhan keperawatan profesional dapat memberikan pelayanan keperawatan yang menyeluruh terhadap pasien, tanggung jawab perawat terhadap pasiennya jelas,

komunikasi efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin. Hal tersebut dapat tercapai bila kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada.

Kinerja perawat merupakan tindakan yang dilakukan seorang perawat dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya masing-masing, dimana kinerja yang baik dapat memberikan kepuasan pada pengguna jasa dan juga meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Mugopa C, et al., 2017). Rumah Sakit Muhammadiyah Babat mempunyai visi “ Terwujudnya Rumah Sakit yang Islami dan Prima dalam Pelayanan”. Strategi untuk mewujudkan visi rumah sakit tersebut maka perlu untuk meningkatkan profesionalisme dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Pemberian pelayanan keperawatan yang merupakan tolok ukur dari pelayanan kesehatan harus menggunakan sistem manajemen keperawatan.

Manajemen keperawatan merupakan suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional (Nursalam, 2016). Pemberian asuhan keperawatan secara profesional ini lebih dikenal dengan sebutan MAKP atau Metode Asuhan Keperawatan Profesional. Manajemen keperawatan Rumah Sakit Muhammadiyah Babat untuk meningkatkan kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien memilih salah satu dari MAKP yaitu Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) model tim.

Pemilihan metode asuhan keperawatan profesional model tim ini mempertimbangkan berbagai faktor antara lain kebijakan organisasi, kondisi Sumber Daya Manusia (perawat), sarana dan prasarana yang dimiliki rumah sakit.

Pemilihan metode asuhan keperawatan profesional model tim ini diharapkan asuhan keperawatan akan lebih efektif, efisien dan berkesinambungan. Dengan demikian kinerja perawat semakin baik dan kepuasan pasien tercapai.

Hasil pengamatan langsung yang dilakukan pada tanggal 20 – 22 September 2018 tentang pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat diketahui bahwa kepala ruangan dan ketua tim masih dipegang oleh tenaga non professional. Pembagian tugas masih belum jelas, kepala ruangan yang seharusnya melakukan fungsi manajemen masih melakukan tugas teknis sebagai perawat pelaksana. Ketua tim belum bisa membagi tugas kepada anggota tim dalam memberikan asuhan keperawatan. Pengkajian awal kepada pasien sering dilakukan oleh perawat pelaksana, yang seharusnya pengkajian awal merupakan tugas dari ketua tim.

Hasil wawancara yang berhubungan dengan pelaksanaan MAKP model tim pada 10 perawat pelaksana yang sedang dinas, delapan perawat belum bisa menjawab tentang perannya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim. Semua perawat yang diwawancarai mengatakan selama bekerja belum mendapatkan pelatihan terkait pelaksanaan asuhan keperawatan profesional. Perawat berasumsi bahwa metode apapun yang digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien tidak mempengaruhi penghasilan

Wawancara dengan perawat tentang beban kerja perawat, dari sepuluh perawat 8 perawat mengatakan beban kerja perawat di ruangan sangat tinggi. Perawat masih sering melakukan pekerjaan yang seharusnya tidak dilakukan oleh profesi perawat. Dua perawat mengatakan perbandingan tenaga dengan jumlah pasien setiap harinya tidak seimbang. Perbandingan perawat yang dinas dengan

jumlah pasien rata – rata 1:7 pasien. Penghitungan tenaga perawat yang dibutuhkan berdasarkan rumus Dauglas sebagai berikut:

Tabel 1.1 Jumlah Tenaga Perawat yang Dibutuhkan Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Pada Tanggal 20 - 22 September 2018

Kualifikasi Pasien		Jumlah Kebutuhan Tenaga		
Tingkat Ketergantungan	Jumlah Pasien	Pagi	Sore	Malam
Minimal	9	$9 \times 0,17 = 1,53$	$9 \times 0,14 = 1,26$	$9 \times 0,07 = 0,63$
Parsial	25	$25 \times 0,27 = 6,75$	$25 \times 0,15 = 3,73$	$25 \times 0,10 = 2,5$
Total	4	$4 \times 0,36 = 1,44$	$4 \times 0,3 = 1,2$	$4 \times 0,20 = 0,8$
<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b><math>9,72 = 10</math></b>	<b><math>6,19 = 7</math></b>	<b><math>3,93 = 4</math></b>

Sumber data : Buku Register Pasien

Berdasarkan tabel 1.1 menunjukkan jumlah tenaga yang masuk pada tanggal 20 September 2018 dinas pagi 10 orang, sore 7 orang dan malam 4 orang. Jumlah tenaga perawat yang dinas dibutuhkan 21 orang. Kebutuhan jumlah tenaga perawat di ruang rawat inap adalah jumlah tenaga yang dinas ditambah jumlah tenaga lepas dinas dan kepala ruangan. Jumlah tenaga lepas dinas per hari dapat dihitung sebagai berikut:

$$\frac{86 \times 21}{279} = 7 \text{ orang}$$

Dari perhitungan diatas, maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan perhari di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat adalah 21 orang yang dinas + 7 orang lepas dinas + 1 kepala ruangan = 29 orang.

Pada tanggal 20 September 2018 sesuai jadwal dinas yang ada jumlah tenaga yang dinas pagi 8 orang dengan kepala ruangan, dinas sore 6 orang dan dinas malam 4 orang dan yang lepas dinas 7 orang, sehingga jumlah perawat perhari = dua puluh lima orang. Data diatas menunjukkan bahwa jumlah tenaga perawat di ruang rawat inap masih kurang.

Kebutuhan tenaga perawat bila di ruang rawat inap bila dihitung dengan metode Gilles sebagai berikut:

$$\frac{A \times B \times C}{(C-D) \times E} = \frac{F}{G} = H$$

Keterangan :

A = rata-rata jumlah perawatan/pasien/hari = 4,5 /pasien/hari

B = rata-rata jumlah pasien/hari (BOR x Jumlah tempat tidur) = 37 pasien

C = jumlah hari/tahun = 265 hari

D = jumlah hari libur masing-masing perawat = 76 hari/tahun

E = jumlah jam kerja masing – masing perawat = 7 jam/hari

F = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun

G = jumlah jam kerja efektif per tahun

H = jumlah perawat yang dibutuhkan untuk unit tersebut

$$\frac{4,5 \times 37 \times 265}{(265 - 76) \times 7} = \frac{44.122}{2023} = 22 \text{ orang}$$

Kebutuhan tenaga ruang rawat inap ditambah 20% untuk faktor koreksi. Jadi kebutuhan tenaga perawat = (20% x 22) + 22 = 5 + 22 = 27 orang + 1 kepala ruangan. Dengan demikian kebutuhan tenaga di ruang rawat inap berdasarkan metode Gillies = 28 orang, ada kekurangan 3 perawat yang bisa meningkatkan beban kerja perawat. Beberapa dampak yang dapat ditimbulkan dapat menyebabkan kualitas asuhan tidak dapat dilaksanakan secara maksimal dan salah satunya berdampak pada pendokumentasian asuhan keperawatan yang kurang lengkap.

Kelengkapan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu *output* dari aplikasi metode asuhan keperawatan profesional yang merupakan bukti legal dari tindakan perawat. Dokumentasi keperawatan yang kurang lengkap menunjukkan bahwa perawat masih menganggap dokumentasi bukan termasuk dalam pelayanan asuhan keperawatan profesional. Selain itu kelengkapan dokumentasi juga digunakan sebagai tolok ukur bahwa perawat melakukan asuhan keperawatan secara optimal atau tidak, karena proses pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan salah satu rangkaian kegiatan asuhan keperawatan itu sendiri. Hasil wawancara pada 10 perawat 9 perawat mempunyai anggapan bahwa dokumentasi keperawatan merupakan hal yang tidak penting banyak menyita waktu. Satu perawat tidak memberikan komentar. Hasil laporan dari kasi mutu RS Muhammadiyah Babat tentang pengisian rekam medis yang menjadi tanggung jawab perawat sebagai berikut:

Tabel 1.2 Hasil Penilaian Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Periode Semester I,II tahun 2017 dan Semester I tahun 2018

No	Penilaian	Tahun 2017		Tahun 2018	Rata-rata	Standar
		Semester I	Semester II	Semester I		
		%	%	%		
1	Pengkajian keperawatan	83.80	80.50	80.00	81.43	100,0
2	Diagnosa keperawatan	81.70	82.65	81.08	81.81	100,0
3	Perencanaan	90.02	87.65	85.30	87.66	100,0
4	Tindakan keperawatan	91.05	88.75	86.75	88.85	100,0
5	Evaluasi /CPPT	92.50	92.06	90.45	91.67	100,0
6	Rata-rata	87.814	86.322	84.716	86.28	100,0

Sumber : Laporan kinerja perawat dari kasi mutu keperawatan

Standar kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan adalah 100% terisi lengkap dan akurat. Tabel 1.2 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi

keperawatan selama tiga semester rata-rata 86.28%. Kelengkapan dokumentasi paling rendah pada pengkajian yaitu 81.43%. Kelengkapan dokumentasi yang masih kurang menunjukkan bahwa asuhan keperawatan profesional model tim belum dilaksanakan secara optimal.

*Output* kinerja perawat dalam asuhan keperawatan selain kelengkapan dokumentasi keperawatan dapat diukur dari kepuasan pasien. Pada survei pendahuluan yang dilakukan kepada 20 pasien tentang kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menerapkan metode asuhan keperawatan model tim di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat sebagai berikut :

Tabel 1.3 Kepuasan Pasien Terhadap Asuhan Keperawatan Dengan Menggunakan Metode Asuhan Keperawatan Model Tim Di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

No	Tingkat kepuasan	Jumlah	Persentase
1	Sangat puas skor > 75	0	0 %
2	Puas , bila skor 46 – 75	3	15%
3	Cukup puas, bila skor 30 – 45	14	70%
4	Tidak puas, bila skor 15 – 30	3	15%
5	Sangat tidak puas, bila <30	0	0 %
	Jumlah	20	100%

Dari tabel 1.3 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien merasa cukup puas dengan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Babat yang menggunakan metode asuhan keperawatan professional model tim yaitu 70%. Dan sebagian pasien masih merasa belum puas dengan pelayanan asuhan keperawatan model tim yaitu 15%. Standar kepuasan pasien rawat inap yang ditetapkan Rumah Sakit Muhammadiyah Babat adalah 80%.

Perawat harus memahami proses pengelolaan berbagai macam model asuhan keperawatan profesional termasuk pengelolaan metode asuhan

keperawatan model tim. Ditinjau dari aspek pendidikan ada 62,2% tenaga vokasi yang berorientasi pada pekerjaan teknis dan belum memahami tentang pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan profesional model tim. Dari data tersebut akan mempengaruhi motivasi dalam bekerja karena pemahaman berorientasi pada pekerjaan teknis maka motivasi bekerja perawat lebih menekankan pada imbalan yang di dapat dari pada motivasi yang lainnya.

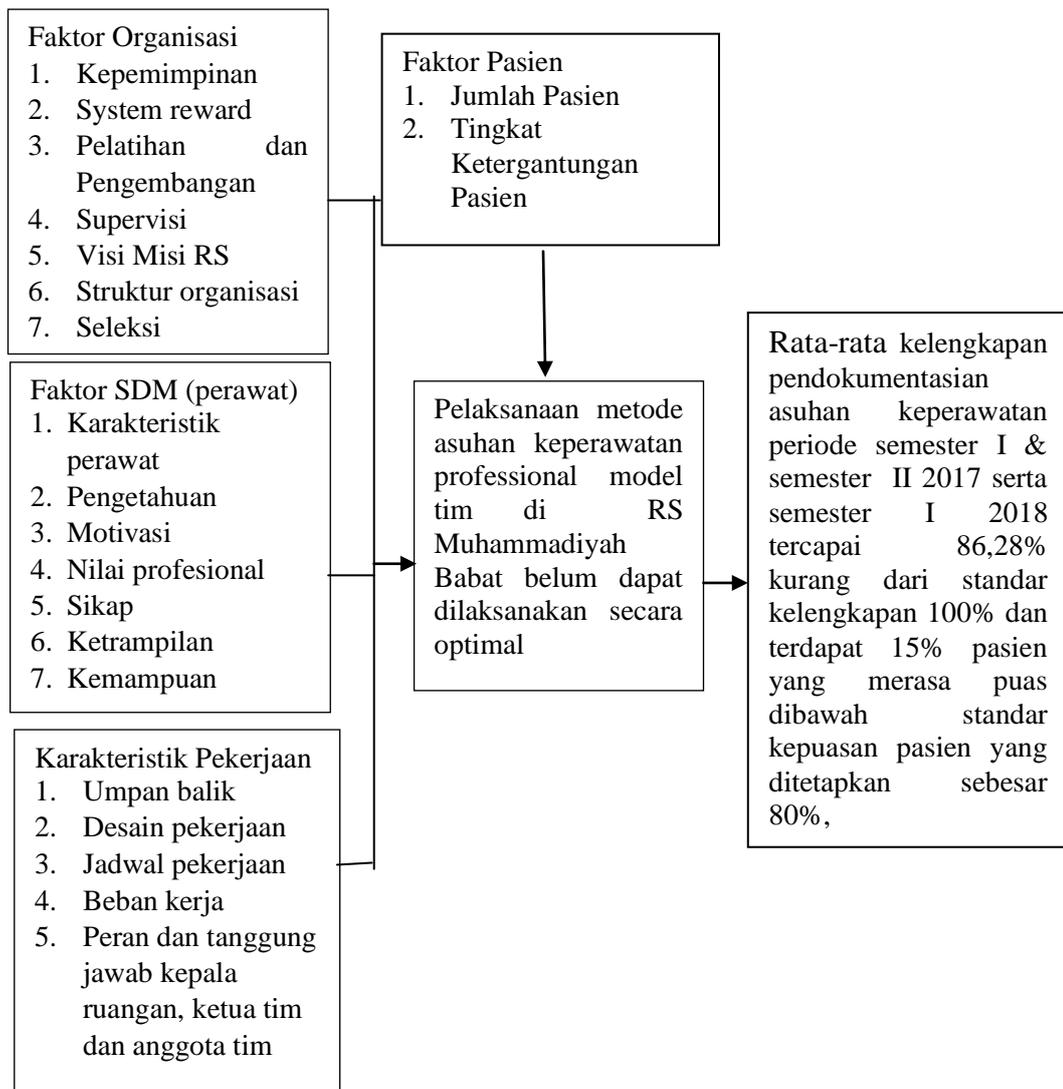
Pengelolaan metode asuhan keperawatan profesional model tim tugas dan tanggung jawab kepala ruangan ketua tim dan anggota tim memegang peranan yang penting. Tanggung jawab kepala ruangan merencanakan asuhan keperawatan yang akan dilakukan, mengorganisasikan asuhan keperawatan, memberi pengarahan kepada ketua tim dan pengawasan melalui supervisi. Pembagian peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim masih belum jelas sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim tidak sesuai optimal sehingga berdampak pada kinerja perawat yang bisa mempengaruhi kepuasan pasien.

Sesuai penjelasan diatas maka diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan kemampuan tenaga perawat dalam pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim. Pelaksanaan MAKP model tim yang optimal akan menghasilkan kinerja perawat yang baik. Hal ini harus didukung kemampuan kepemimpinan kepala ruangan, pengetahuan dan motivasi perawat untuk mengembangkan asuhan keperawatan yang professional dan tidak menganggap pekerjaan sebagai rutinitas. Peran kepemimpinan dalam suatu organisasi sangat penting. Pengintegrasian kepemimpinan dalam metode asuhan keperawatan akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Marquis & Huston, 2012).

Berdasarkan data diatas maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini Pelaksanaan metode asuhan keperawatan professional model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat belum dapat dilaksanakan secara optimal dengan rata-rata kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan periode semester I & semester II 2017 serta semester I 2018 tercapai 86,28% kurang dari standar kelengkapan 100% dan terdapat 15% pasien yang merasa puas dibawah standar kepuasan pasien yang ditetapkan sebesar 80%.

## 1.2 Kajian Masalah

Pelaksanaan metode asuhan keperawatan professional model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat belum dapat dilaksanakan secara optimal dengan rata-rata kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan periode semester I & semester II 2017 serta semester I 2018 tercapai 86,28% kurang dari standar kelengkapan 100% dan terdapat 15% pasien merasa puas dibawah standar kepuasan pasien yang ditetapkan sebesar 80%, sehingga dapat diidentifikasi kemungkinan faktor penyebab berdasarkan gambar 1.1:



Gambar 1.1 Kajian Masalah

### 1.2.1 Faktor Organisasi Rumah Sakit

#### 1. Kepemimpinan

Kepemimpinan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat terdiri dari kepala bidang keperawatan, komite keperawatan, kasie mutu asuhan keperawatan dan kepala instalasi rawat inap atau kepala ruangan rawat inap. Model kepemimpinan di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat meliputi kepala ruangan, ketua tim, perawat pelaksana. Pimpinan

keperawatan di Rumah Sakit membuat kebijakan tentang Metode Asuhan Keperawatan Profesional yang diterapkan diruangan.

## 2. Sistem Reward

Penghargaan merupakan stimulus bagi perawat untuk meningkatkan kinerjanya. Rumah Sakit Muhammadiyah Babat memberikan reward material berupa gaji, insentif dan bonus. Sedangkan reward non material dengan mengikutkan karyawannya sebagai peserta BPJS kesehatan, peserta BPJS ketenagakerjaan dan peserta Dapenmuh. Selain itu Rumah Sakit Muhammadiyah Babat memberikan reward non material dengan memberi kesempatan kepada karyawannya untuk mengikuti seminar keperawatan, workshop PKB keperawatan dan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan keperawatan ke jenjang yang lebih tinggi

## 3. Pelatihan dan Pengembangan SDM

Peningkatan kemampuan dan pemahaman tentang Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP), dilakukan melalui pelatihan, sosialisasi dan pendidikan berkelanjutan, dimana kegiatan tersebut belum pernah diberikan kepada semua perawat. Dengan diadakan pelatihan dan sosialisasi diharapkan perawat mampu memahami dan mengaplikasikan metode asuhan keperawatan model tim dalam pemberian asuhan keperawatan di RS Muhammadiyah Babat.

## 4. Supervisi

Pelaksanaan asuhan keperawatan professional metode tim membutuhkan supervisi dari kepala ruangan, ketua tim atau manajemen keperawatan yang lain agar asuhan keperawatan kepada pasien berjalan dengan baik. Kepala

ruangan maupun manajemen keperawatan belum pernah melakukan supervisi terkait pelaksanaan asuhan keperawatan professional model tim di ruang rawat inap RS. Muhammadiyah Babat

#### 5. Visi, Misi Organisasi

Visi dan misi merupakan tujuan organisasi yang diekspresikan dalam produk dan pelayanan yang ditawarkan. Perawat dalam mewujudkan visi rumah sakit diimplementasikan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. RS Muhammadiyah Babat mempunyai visi menjadikan rumah sakit yang Islami dan Prima dalam pelayanan. Implementasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan nilai-nilai islam.

#### 6. Struktur Organisasi

Struktur ketenagaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim terdiri dari kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim yang mempunyai tugas dan fungsi berbeda – beda. Pelaksanaan metode asuhan keperawatan tim di RS Muhammadiyah Babat tugas dan fungsi antara kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim masih belum jelas. Belum ada koordinasi antar ketua tim dan anggotanya., sehingga pelaksanaan MAKP model tim belum berjalan secara optimal.

#### 7. Seleksi

Seleksi karyawan di RS Muhammadiyah Babat dilakukan 1 (satu) kali dalam setahun disesuaikan dengan anggaran dan prioritas kebutuhan. Seleksi untuk tenaga perawat dengan persyaratan khusus diwajibkan mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) perawat dan ditunjang sertifikat sesuai dengan ruangan yang membutuhkan. Setelah perawat lolos seleksi sebagai karyawan

dilakukan *presetorship*, kredensial untuk mendapatkan kewenangan klinis dan surat penugasan klinis.

### 1.2.2 Faktor Sumber Daya Manusia Perawat

#### 1. Karakteristik Perawat

Karakteristik perawat disini terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja.

##### a. Umur

Tenaga perawat terutama yang dinas di ruang rawat inap melakukan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) model Tim dalam memberikan Asuhan Keperawatan sebagian besar umurnya masih muda. Dengan tenaga perawat yang masih muda lebih cepat untuk menerima perubahan atau inovasi baru dalam lingkungan rumah sakit dalam mencapai tujuan organisasi

##### b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin untuk perawat ruang rawat inap sebagian besar perempuan baik yang berstatus tetap maupun kontrak. Morrow dalam Ma'wah, 2015 mengatakan bahwa kaum wanita, lebih dapat berpengaruh kepada pasien, individu, kelompok dan masyarakat yang disebabkan wanita memiliki rasa sosial yang tinggi.

##### c. Pendidikan

Tingkat pendidikan perawat yang bertugas di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat 38.8% berpendidikan S1 Ners, dan yang berpendidikan DIII keperawatan 62.2%. Di ruang rawat inap tidak ada perawat yang berpendidikan SPK. Jumlah tenaga perawat yang

berpendidikan S1 ners dengan porposinya masih sedikit maka mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman tentang pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat masih rendah sehingga pelaksanaannya belum berjalan secara optimal.

#### d. Masa Kerja

Masa kerja perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat sebagian besar (56%) mempunyai masa kerja lebih dari 5 tahun. Diharapkan semakin lama masa kerja seseorang semakin banyak pengalaman dengan harapan kinerja perawat semakin baik.

### 2. Pengetahuan Perawat

Pengetahuan perawat tentang pelaksanaan MAKP model Tim di ruang rawat inap RS Muhammadiyah bervariasi. Wawancara dengan 10 perawat yang sedang jaga pagi dan sore, 2 perawat tahu dan mampu menjelaskan dengan baik tentang MAKP model Tim, 6 perawat menjawab tidak paham tentang model tim dan 2 perawat lagi tidak memberikan jawaban. Pelaksanaan MAKP model Tim di ruang rawat inap yang jenis kegiatannya meliputi adanya penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning*, supervisi dan dokumentasi keperawatan belum dilaksanakan dengan optimal karena adanya perbedaan pemahaman tentang MAKP model Tim.

### 3. Motivasi Perawat

Motivasi perawat dalam pelaksanaan MAKP model Tim di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat sebagian besar (95%) beranggapan bahwa

melakukan model apapun tidak mempengaruhi penghasilan yang didapatkan. Perawat bekerja sesuai dengan rutinitas yang ada.

#### 4. Nilai Profesionalisme Perawat

Nilai professional merupakan pengembangan dari nilai personal yang mendasarkan pokok utamanya adalah *caring*. Secara garis besar nilai professional yang harus dimiliki oleh perawat komitmen yang kuat terhadap pelayanan, meyakini dan menghargai setiap pribadi, komitmen terhadap pendidikan dan otonomi. Nilai professional yang dilakukan oleh perawat ruang rawat inap terhadap pasien ditunjukkan dengan perawat melakukan komunikasi kepada pasien dan empati perawat terhadap keluhan pasien. Nilai profesional ini akan menggambarkan kepuasan pasien. Hasil wawancara terhadap 20 pasien rawat inap 15% mengatakan belum puas dan 70% mengatakan kurang puas terhadap pelayanan perawat.

#### 5. Sikap Perawat

Sikap seseorang terhadap sesuatu pekerjaan akan mempengaruhi dalam perilakunya. Seseorang yang mempunyai sikap positif terhadap pekerjaannya akan melakukan pekerjaannya dengan baik. Bila perawat mempunyai sikap positif atau menerima dengan baik adanya asuhan keperawatan professional model Tim dengan baik mereka juga akan melakukannya sesuai dengan standar yang ada. Hasil survey awal yang dilakukan 65% perawat mempunyai tanggapan yang positif terhadap MAKP model Tim 35 % perawat memilih tidak menjawab.

#### 6. Ketrampilan

Perawat professional selain mempunyai pengetahuan yang cukup harus mempunyai ketrampilan yang baik demi mendukung kinerjanya. Ketrampilan

dasar perawat di ruang rawat inap untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien cukup baik. Perawat di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat belum ada yang mempunyai ketrampilan khusus.

## 7. Kemampuan

Perawat harus mengembangkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor dengan cara melalui pendidikan formal maupun non formal untuk memahami MAKP model tim dalam mencapai kinerja yang baik. Perawat di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat masih sedikit yang mau mengembangkan dirinya secara pribadi untuk mengikuti pendidikan formal maupun non formal.

### 1.2.3 Karakteristik Pekerjaan

#### 1. Umpan Balik

Umpan baik diberikan untuk mengurangi kesalahan agar tidak terulang lagi. Umpan balik selalu dilakukan oleh kepala ruangan ataupun ketua tim kepada anggota tim yang melakukan kesalahan dalam memberikan asuhan keperawatan, untuk meminimalkan kesalahan yang sama terulang, dengan demikian diharapkan kinerja perawat baik sehingga pasien merasa puas.

#### 2. Desain Pekerjaan

Pengaturan pekerjaan di ruang rawat inap diatur menjadi 3 shift karena perawat disamping pasien selama 24 jam. Adanya pengaturan pekerjaan diharapkan kinerja perawat lebih baik. Selain itu dalam metode asuhan keperawatan profesional model tim, maka pengaturan tenaga terdiri dari kepala ruangan sebagai pimpinan tertinggi dalam ruangan, ketua tim sebagai penanggung jawab asuhan keperawatan kepada pasien dan anggota tim sebagai pelaksana asuhan keperawatan.

### 3. Jadwal Pekerjaan

Penjadwalan dinas untuk perawat yang di ruang rawat inap diatur berdasarkan, untuk shift pagi ada kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim, untuk dinas sore dan malam bila tidak ada ketua tim tetapi ketua tim diganti perawat yang ditunjuk sebagai penanggung jawab tim. Ketua tim masih ikut rotasi jaga malam dan sore.

### 4. Beban Kerja

Hasil wawancara 22 September 2018 dengan 10 perawat pelaksana, delapan perawat mengatakan beban kerja perawat di ruang rawat inap sangat tinggi. Jumlah tenaga yang dinas dengan jumlah pasien sesuai tingkat ketergantungan pasien tidak seimbang. Dua perawat mengatakan perawat masih sering melakukan pekerjaan yang seharusnya tidak dilakukan oleh perawat.

## 1.2.4 Faktor Pasien

### 1. Jumlah Pasien

Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional model tim juga tergantung dengan jumlah pasien karena dengan jumlah pasien tersebut dapat menentukan jumlah perawat dan beban kerja perawat. Jumlah pasien di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat setiap harinya kurang lebih 38 pasien.

### 2. Tingkat Ketergantungan Pasien

Tingkat ketergantungan pasien di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat terdiri dari pasien dengan *total care*, *partial care* dan *minimal care*. Tetapi yang paling banyak pasien yang rawat inap di ruang rawat innap RS Muhammadiyah Babat paling banyak *partial care*.

### 1.3 Batasan Masalah

Batasan masalah dalam penelitian ini diambil dari masalah utama yang ada di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat terkait pada faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim yaitu faktor organisasi (kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan, supervisi), faktor sumber daya manusia (pengetahuan, motivasi, sikap perawat) dan faktor karakteristik pekerjaan (peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja) dalam peningkatan kinerja perawat.

### 1.4 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah :

1. Bagaimana faktor organisasi (kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi) di RS Muhammadiyah Babat ?
2. Bagaimana faktor sumber daya perawat (pengetahuan, motivasi dan sikap perawat) di RS.Muhammadiyah Babat?
3. Bagaimana faktor karakteristik pekerjaan (peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja perawat) di RS Muhammadiyah Babat?
4. Bagaimana pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah Babat?
5. Bagaimana kepuasan dan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebagai *output* asuhan keperawatan profesional model tim?
6. Bagaimana hubungan faktor organisasi (kepemimpinan, system reward, pelatihan dan pengembangan serta supervisi) dengan pelaksanaan MAK model tim di RS Muhammadiyah Babat?

7. Bagaimana hubungan faktor sumber daya perawat (pengetahuan, motivasi, dan sikap perawat) dengan pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat?
8. Bagaimana hubungan faktor karakteristik pekerjaan (peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja perawat) di RS Muhammadiyah Babat?
9. Bagaimana rekomendasi optimalisasi pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat dalam peningkatan kinerja perawat?

## **1.5 Tujuan Penelitian**

### **1.5.1 Tujuan Umum**

Menyusun rekomendasi optimalisasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan professional (MAKP) model tim di RS Muhammadiyah Babat .

### **1.5.2 Tujuan Khusus:**

1. Mengidentifikasi faktor organisasi (kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi) di RS Muhammadiyah Babat.
2. Mengidentifikasi faktor sumber daya perawat (pengetahuan, motivasi dan sikap perawat) di RS Muhammadiyah Babat.
3. Mengidentifikasi faktor karakteristik pekerjaan (peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja perawat) di RS Muhammadiyah Babat.
4. Mengidentifikasi pelaksanaan MAKP model Tim di RS Muhammadiyah Babat.
5. Menganalisis kepuasan dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sebagai *out put* asuhan keperawatan profesional model tim.

6. Menganalisis hubungan faktor organisasi (kepemimpinan, system reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi) dengan pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat.
7. Menganalisis hubungan faktor sumber daya perawat (pengetahuan, motivasi dan sikap perawat) dengan pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat.
8. Menganalisis hubungan faktor karakteristik pekerjaan (peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja perawat) di RS Muhammadiyah Babat.
9. Menyusun rekomendasi optimalisasi pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat dalam peningkatan kinerja perawat.

## **1.6 Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi penulis, Intitusi Rumah Sakit Muhammadiyah Babat .khususnya bidang keperawatan, Institusi pendidikan dan bagi penelitian selanjutnya.

### **1.6.1 Manfaat Bagi Penulis**

Pengembangan ilmu dan mendapat tambahan pengetahuan pada praktek proses penelitian tentang pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) model tim di RS Muhammadiyah Babat.

### **1.6.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**

Memberikan gambaran tentang pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) model tim di RS Muhammadiyah Babat sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi untuk mengembangkan layanan keperawatan.

### **1.6.3 Manfaat Bagi Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

Pengembangan ilmu dan menambah kepustakaan tentang pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) model tim dan dapat menjadi masukan bagi peneliti selanjutnya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)**

##### **2.1.1 Definisi Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)**

Metode Asuhan Keperawatan Professional (MAKP) adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai professional) yang memfasilitasi perawat professional mengatur pemberian asuhan keperawatan kepada pasien termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Sitorus, 2006).

Sistem Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) merupakan kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur yakni : standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan dan sistem MAKP (Nursalam, 2016). Metode Asuhan Keperawatan Profesional sebagai salah satu sistem yang terdiri dari struktur, proses dan nilai professional yang memungkinkan perawat professional mengatur pemberian keperawatan dan lingkungan untuk menunjang asuhan keperawatan (Nursalam, 2016).

Pada aspek struktur menetapkan jumlah tenaga sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien, jenis tenaga dan standar rencana asuhan keperawatan. Pada aspek proses keberhasilan asuhan keperawatan ditentukan oleh pemilihan metode asuhan keperawatan profesional yang digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Nilai profesional ditentukan oleh profesionalisme perawat dalam memberikan asuhan, hubungan antar profesional dan komunikasi dengan profesi lain dan pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan (Nursalam, 2016).

### 2.1.2 Tujuan Pengembangan Metode Asuhan Keperawatan **Profesional**

Tujuan dilakukan pengembangan Metode Asuhan Keperawatan Profesional antara lain ;

1. Meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan.
2. Mempermudah dan memfasilitasi dalam koordinasi asuhan keperawatan.
3. Sarana efektif untuk *discharge planning* dan edukasi kepada pasien.
4. Meningkatkan proses komunikasi.

### 2.1.3 **Macam – Macam Metode Asuhan Keperawatan Profesional**

Jenis model Metode Asuhan Keperawatan Profesional (Nursalam, (2016) sebagai berikut :

1. Metode Asuhan Keperawatan Fungsional (bukan MAKP)

Metode fungsional merupakan metode pemberian asuhan keperawatan yang menekankan pada prosedur dan penyelesaian tugas. Prioritas utamanya pada pemenuhan kebutuhan fisik, sehingga kurang memperhatikan kebutuhan manusia secara keseluruhan (Sitorus, 2006). Asuhan keperawatan fungsional ini kepala ruangan memegang kendali manajerial dan pengurus laporan pasien sedang perawat lain hanya sebagai perawat pelaksana tindakan (Maria, 2017). Metode ini dilaksanakan pada saat perang dunia kedua. Perawat hanya melakukan satu atau dua jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien bangsal.

2. Metode Asuhan Keperawatan Profesional Kasus

Metode kasus ini perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pada pasien tertentu dan umumnya dilaksanakan oleh perawat untuk merawat pasien secara khusus seperti isolasi dan intensif.

### 3. Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim

Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim terdiri dari tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu terbagi dalam 2- 3 group/tim.

### 4. Metode Asuhan Keperawatan Profesional Primer

Metode ini merupakan metode penugasan dimana satu perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Metode ini ditandai adanya keterikatan yang kuat antara pasien dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

#### **2.1.4 Dasar Pertimbangan Pemilihan Metode Asuhan Keperawatan Profesional**

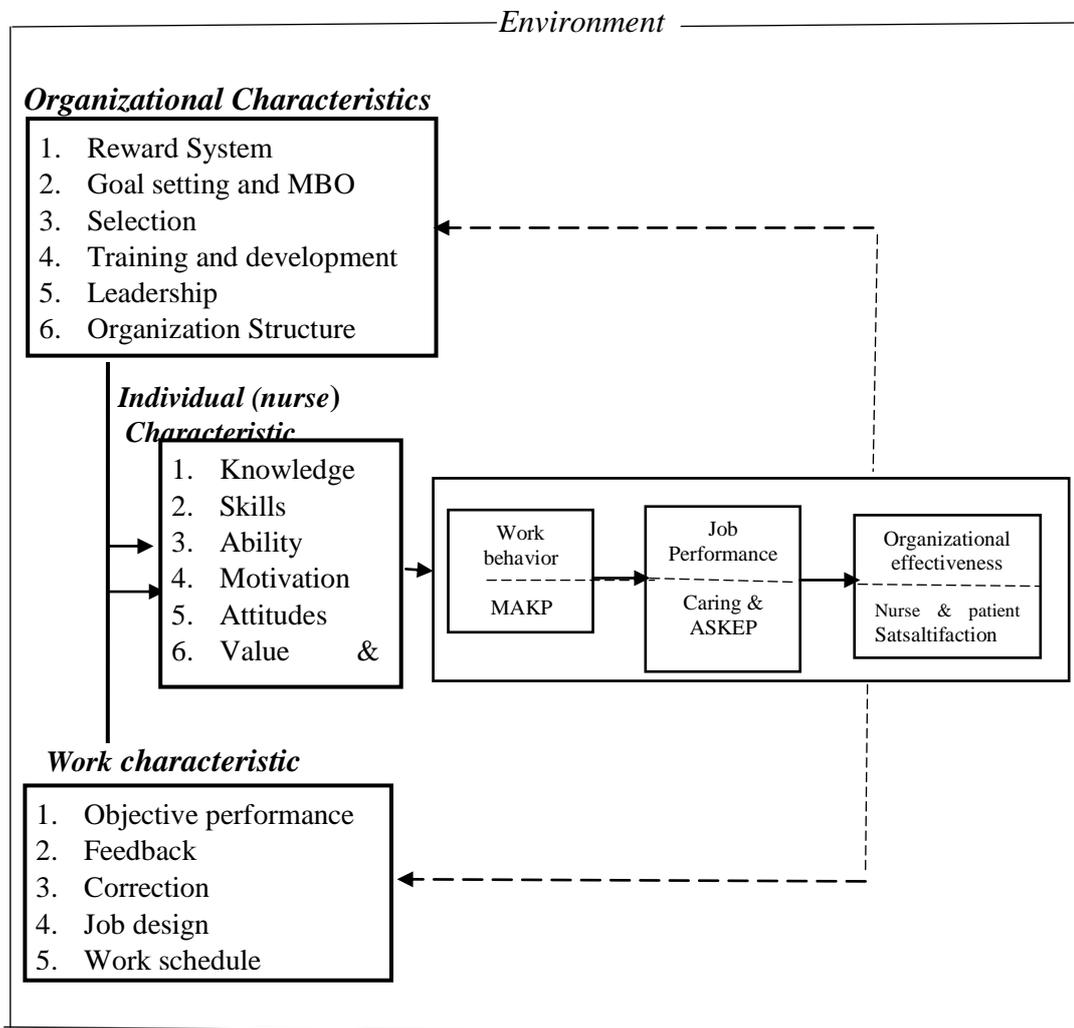
Marquis dan Huston (1998) dalam Nursalam (2016) menetapkan ada 6 unsur pertimbangan dalam menentukan pemilihan metode asuhan keperawatan profesional, antara lain :

1. Sesuai dengan visi dan misi institusi.
2. Dapat diterapkannya proses keperawatan dalam asuhan keperawatan.
3. Efisien dan efektif dalam penggunaan biaya.
4. Terpenuhinya kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat serta kepuasan kinerja perawat.
5. Terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lainnya.

#### **2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Metode Asuhan Keperawatan Profesional**

Faktor yang mempengaruhi kinerja MAKP dari faktor organisasi yakni kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh pada kinerja individu atau

organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi, pendidikan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, ketrampilan atau kemampuan (Kopelman, 1986).



Gambar 2.1 *Work Productivity* (Kopelman, 1986)

Menurut Kopelmen (1986) ada beberapa faktor yang mempengaruhi dalam produktivitas organisasi antara lain:

1. Karakteristik Organisasi meliputi:
  - a. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan proses menggerakkan satu atau beberapa kelompok dalam beberapa arahan tanpa melalui tekanan (Marquis &

Huston, 2012). Menurut Swanburg (2000) bahwa kepemimpinan merupakan proses interaktif yang dinamis mencakup tiga dimensi, yaitu pimpinan, bawahan dan situasi dimana masing-masing dimensi saling mempengaruhi.

Kepemimpinan merupakan penggerak bagi sumber daya dalam organisasi untuk mencapai tujuan melalui menggerakkan orang lain, pengambilan keputusan dan penentuan kebijakan (Curtis & Connell, 2011) . Dari berbagai pengertian kepemimpinan diatas, maka kepemimpinan dalam metode asuhan keperawatan tim merupakan suatu proses interaktif antara pimpinan dan bawahan . Pimpinan memotivasi dan mengarahkan bawahannya melalui komunikasi yang efektif untuk menyelesaikan konflik, sehingga asuhan keperawatan kepada pasien berjalan dengan baik.

Seorang manajer bisa menjadi pemimpin yang efektif apabila dapat membangun sifat sebagai berikut (Maria, 2017) :

- 1) *Direkting*, pemimpin mempunyai kemampuan dalam pengawasan (*supervisory ability*), pengawasan fungsi manajemen khususnya dalam pengarahan dan pengawasan terhadap pekerjaan bawahan. Mempunyai ketegasan (*decisiveness*) yaitu kemampuan dalam membuat keputusan dan memecahkan masalah secara cakap dan tepat. Mempunyai kepercayaan diri dalam memandang dirinya untuk menghadapi masalah.
- 2) *Suporting*, artinya seorang pemimpin mempunyai rasa tanggungjawab terhadap pekerjaannya dan mempunyai keinginan untuk maju dan

sukses. Mempunyai inisiatif dan mampu bertindak secara mandiri, mampu mengembangkan berbagai kegiatan dengan cara yang baru dan inovatif.

- 3) *Partisipatif* artinya pemimpin mampu merumuskan dan membuat kebijakan dengan daya pikir yang kreatif. Melibatkan karyawan dalam membuat perencanaan dan menerima masukan untuk pengambilan keputusan.

Dalam asuhan keperawatan dengan menggunakan metode tim diperlukan seorang pemimpin agar dapat mengarahkan bawahannya. Seorang pemimpin dalam asuhan keperawatan harus mempunyai sifat (Nursalam, 2016):

- 1) Mempunyai pengetahuan yang cukup

Seorang pemimpin harus mempunyai pengetahuan tentang pengelolaan MAKP model tim mulai dari pengorganisasian, pengelolaan SDM termasuk *job description*, langkah-langkah kegiatan MAKP serta mempunyai pengetahuan cara evaluasi tentang MAKP model tim.

- 2) Memiliki kesadaran diri

Kesadaran diri memberikan kontribusi untuk mengembangkan hubungan interpersonal yang efektif. Hal ini dapat dilakukan dengan mempelajari perilaku manusia, mengobservasi reaksi orang lain terhadap perilaku kita dan umpan balik dari perilaku yang kita tampilkan.

- 3) Komunikasi yang efektif

Seorang pemimpin harus menjadi pendengar yang aktif. Mengikuti aliran informasi dan asertif dalam berkomunikasi.

4) Memiliki energy

Seorang pemimpin harus mempunyai badan yang sehat baik jasmani maupun rohani sehingga mempunyai tenaga untuk menggerakkan stafnya.

5) Memiliki tujuan

Pemimpin dalam mengelola organisasi dalam keperawatan harus mempunyai tujuan yang jelas demi kemajuan keperawatan yang lebih baik, dan kesejahteraan stafnya serta tercapainya kepuasan pasien. Tujuan asuhan keperawatan kepada pasien harus disesuaikan dengan visi dan misi rumah sakit.

6) Melakukan tindakan.

Seorang pemimpin harus mau bekerja keras demi kemajuan keperawatan yang menjadi kelolaannya.

b. Sistem Reward

Sistem reward merupakan sebuah bentuk apresiasi kepada suatu prestasi tertentu yang diberikan, baik oleh dan dari perorangan ataupun suatu lembaga yang biasanya diberikan dalam bentuk materi ataupun ucapan (Suwanto, 2011). Pemberian penghargaan merupakan pernyataan yang menjelaskan apa yang digunakan di rumah sakit dalam jangka panjang untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan, praktik dan proses pemberian penghargaan yang mendukung pencapaian tujuan dan memenuhi kebutuhan.

Penghargaan diartikan stimulus terhadap perbaikan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Nursalam, 2016). System reward

ini membentuk pribadi perawat untuk lebih *care* dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sehingga kinerja perawat akan lebih baik. Sistem reward diberikan oleh organisasi kepada karyawannya mempunyai tujuan antara lain:

- 1) Memperkuat motivasi untuk memacu diri agar mencapai prestasi.
- 2) Memberi tanda bagi seseorang yang memiliki kemampuan lebih.
- 3) Bersifat universal.

c. Pelatihan dan Pengembangan

Pelatihan dan pengembangan merupakan serangkaian aktifitas yang dirancang oleh organisasi untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan dan kemampuan pegawai. Pelatihan lebih meningkatkan kemampuan untuk melakukan pekerjaan yang spesifik pada saat ini. Sedangkan pengembangan lebih menekankan pada peningkatan pengetahuan untuk melakukan pekerjaan dimasa akan datang (Simamura, 2009).

Tujuan pelatihan dan pengembangan pada umumnya untuk meningkatkan prestasi manajemen pada saat sekarang atau dimasa yang akan datang dengan memberikan pengetahuan ,merubah sikap, miningkatkan ketrampilan dan kualitas sumber daya manusia.

Tujuan utama pelatihan

- 1) Memperbaiki kinerja
- 2) Memutakirkan keahlian para karyawan sejalan kemajuan tehnologi.
- 3) Meningkatkan kompetensi kerja karyawan.
- 4) Membantu memecahkan masalah operasional.
- 5) Mempersiapkan karyawan untuk promosi.

- 6) Mengorektasikan karyawan terhadap tujuan organisasi.
- 7) Memenuhi kebutuhan pertumbuhan pribadi.

Pelatihan dan pengembangan dapat dilakukan dengan metode latihan di tempat kerja (*on the job training*) yaitu pelatihan kerja baik formal maupun non formal pada waktu jam kerja berlangsung. Selain itu dapat digunakan metode di luar tempat kerja (*Of the job training*) atau pelatihan yang dilakukan secara khusus di luar tempat dan jam kerja .

#### d. Supervisi

Supervisi adalah suatu pengamatan atau pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan yang bersifat rutin (Swansberg, 2000). Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber yang dibutuhkan perawat untuk pencapaian tugas yang telah direncanakan (Kuntoro, 2010). Supervisi keperawatan dilakukan melalui analisis komprehensif, bersifat inovatif, progresif dan fleksibel dapat mengembangkan potensi atau kelebihan anggota, dapat meningkatkan kinerja bawahan melalui peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

Supervisi melibatkan hubungan interpersonal dengan banyak individu maka supervisor harus mampu menempatkan diri secara proporsional dan profesional. Keterampilan komunikasi menjadi penentu dalam keberhasilan supervisi. Peran penting supervisi klinik, membantu perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional dan meningkatkan kemampuannya sesuai dengan standar pelayanan keperawatan.

Supervisi keperawatan dapat dilakukan secara langsung yaitu dilakukan pada kegiatan yang tengah berlangsung, dimana supervisor terlibat secara langsung memberikan pengarahan dan petunjuk. Supervisi tidak langsung yang merupakan supervisi melalui laporan, baik tertulis maupun lisan. Supervisi tidak langsung beresiko memunculkan salah pengertian (*misunderstanding*) atau salah persepsi (*misperception*), karena supervisor tidak melihat secara langsung kegiatan yang dilakukan.

Seorang manajer harus mengetahui prinsip supervisi agar dapat melakukan supervisi dengan benar. Prinsip supervisi antara lain :

- 1) Didasarkan pada hubungan professional dan bukan hubungan pribadi.
- 2) Kegiatan harus direncanakan secara matang.
- 3) Bersifat edukatif.
- 4) Memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana.
- 5) Mampu membentuk suasana kerja yang demokratis.
- 6) Dilakukan secara obyektif dan mampu memacu penilaian diri (*self education*)
- 7) Bersifat progresif, inovatif dan fleksibel.
- 8) Dapat mengembangkan potensi atau kelebihan dari para anggota yang terlibat.
- 9) Bersifat konstruktif dan kreatif dalam mengembangkan diri sesuai dengan kebutuhan.
- 10) Dapat meningkatkan kinerja bawahan, dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

e. Struktur Organisasi (*Organizational Structure*)

Struktur organisasi menggambarkan dengan jelas pemisahan kegiatan antara yang satu dengan yang lain dan hubungan aktivitas dan fungsi dibatasi.

f. Visi dan Misi Perusahaan (*Goal Setting and Management By objectives - MBO*)

Visi adalah pernyataan tentang tujuan organisasi yang di ekspresikan dalam produk dan layanan yang ditawarkan, kebutuhan yang ditanggulangi, kelompok masyarakat yang dilayani, nilai-nilai yang diperoleh serta aspirasi dan cita-cita masa depan. Tenaga keperawatan sebagai perpanjangan tangan dari rumah sakit untuk menerjemahkan visi dan misi perlu memahami visi dan misi dalam memberikan asuhan keparawatan.

g. Seleksi (*Selection*)

Seleksi tenaga harus didasarkan pada *the principles of the right man, on the right place and on the right time* (prinsip bahwa orang yang tepat, pada posisi yang tepat dan waktu yang tepat). Seleksi untuk tenaga perawat harus disesuaikan dengan perundang-undangan yang ada, dimana tenaga perawat merupakan tenaga klinis harus mempunyai surat tanda registrasi (STR) perawat.

2. Karakteristik Individu meliputi:

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan dapat diartikan sebagai *actionable information* atau informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak, mengambil

keputusan dan untuk menempuh arah atau strategi tertentu (Nursalam 2013). Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang ( Atmojo N, 2003). Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan harus mempunyai pengetahuan yang cukup terhadap ilmu keperawatan. Menurut Sukijo (2007) Dalam domain kognitif terdapat enam tingkatan yang harus diketahui yakni :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan bahwa seseorang dapat mengingat materi yang dipelajari sebelumnya. Dalam hal ini perawat dapat menyebutkan konsep MAKP model tim, dan tugas kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim.

2) Memahami (*comprehension*)

Perawat mampu menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang obyek yang diketahui. Perawat dapat menjelaskan secara rinci prosedur pelaksanaan MAKP model tim mulai pengorganisasian dan penugasan masing-masing anggota tim dengan baik.

3) Aplikasi (*application*)

Perawat dapat menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Perawat dapat menyusun langkah kegiatan dalam pelaksanaan MAKP model tim. Perawat mampu bekerjasama dengan ketua tim, anggota tim dan tim lain.

4) Analisis (*Analyze*)

Perawat mempunyai kemampuan menjabarkan materi suatu obyek ke dalam komponen yang masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

Perawat mampu menganalisis kegiatan yang dilakukan berdasarkan target keberhasilan yang telah ditetapkan.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Perawat mampu untuk menghubungkan bagian dalam suatu bentuk pelayanan dengan menggunakan berbagai macam sumber yang berasal dari tim kesehatan lain.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Perawat mempunyai kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap hasil kegiatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, untuk membuat keputusan.

b. Ketrampilan (*Skill*)

Ketrampilan (*skill*) sebagai kapasitas yang dibutuhkan dalam melaksanakan beberapa tugas. *Hard skill* merupakan penguasaan ilmu pengetahuan, teknologi, dan ketrampilan teknis yang berhubungan dengan bidang ilmunya.

c. Kemampuan (*Ability*)

Kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu. Aspek yang dinilai dari kemampuan diantaranya: kognitif, afektif, dan psikomotor. Perawat perlu terus mengembangkan diri melalui uji kompetensi, pendidikan formal dan informal.

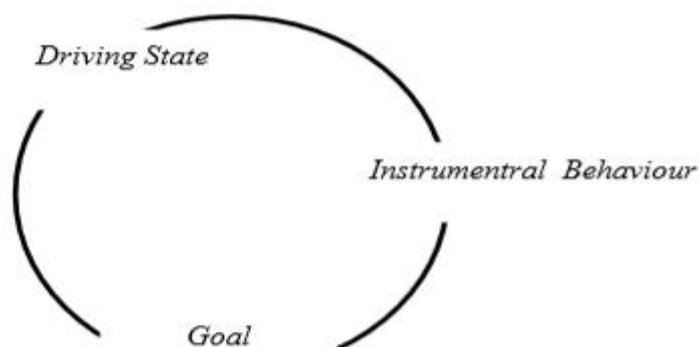
d. Motivasi

Motivasi merupakan karakteristik psikologi perawat yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Sehingga dengan motivasi,

seseorang dapat menyalurkan dan mempertahankan tingkah laku manusia untuk suatu tujuan tertentu .Motivasi adalah segala sesuatu yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu . Motivasi juga diartikan perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku (Nursalam, 2016).

Motivasi adalah suatu dorongan psikologis yang menimbulkan perilaku tertentu yang ikut menentukan intensitas, arah, ketekunan serta ketahanan atas perilakunya sesuai dengan tujuan atau sasaran yang ditetapkan (Maria, 2017). Dari berbagai macam definisi motivasi, ada tiga hal penting dalam pengertian motivasi, yaitu hubungan antara kebutuhan, dorongan dan tujuan.

Pada dasarnya motivasi mempunyai sifat melingkar, yaitu motivasi timbul, memicu perilaku tertuju kepada tujuan (*goal*), dan akhirnya setelah tujuan tercapai, motivasi akan berhenti. Siklus ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Siklus Motivasi (Robbins, 2002)

Beberapa teori motivasi antara lain:

1) Teori Kebutuhan

Teori motivasi kebutuhan muncul berdasarkan bahwa individu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, secara fisiologis dan psikologis. Kekurangan kebutuhan tersebut mendorong timbulnya perilaku (Maria, 2017). Teori kebutuhan psikologi antara lain sebagai berikut :

a) Teori Motivasi Maslow

Teori motivasi Abraham Maslow muncul dilandasi teori holistik dinamis yang mencakup lima kebutuhan dasar manusia. Herarki kebutuhan maslow bahwa manusia akan memenuhi kebutuhan tingkat pertama terlebih dahulu sebelum memenuhi kebutuhan tingkat kedua, dan kebutuhan seterusnya. Teori ini digambarkan oleh herarki kebutuhan mulai dari kebutuhan yang paling dasar sampai kebutuhan yang paling tinggi tingkatannya. Lima kebutuhan dasar manusia antara lain: kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan kasih sayang, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi. Manusia tidak hanya berorientasi dan berfokus untuk memenuhi kebutuhan fisiologisnya saja, tetapi dengan bersamaan waktu juga memenuhi kebutuhan psikologisnya.

b) Teori McClelland

Teori McClelland menekankan bahwa manusia memiliki kebutuhan untuk mencapai prestasi. McClelland dalam teori ini

menfokuskan pada tiga kebutuhan, yaitu kebutuhan akan prestasi (*n.Ach-need for Achievement*), kebutuhan akan kekuasaan (*Npow-need for power*), dan kebutuhan akan kelompok pertemanan atau afiliasi (*nAff-need for affiliation*).

c) Teori motivasi Herzberg

Teori yang motivasi yang dikemukakan oleh Herzberg dikenal sebagai teori dua faktor yaitu faktor motivasional dan faktor *hygiene*. Faktor motivasional adalah segala sesuatu yang dapat mendorong seseorang berprestasi dan bersumber dari dalam diri seseorang. Sedangkan faktor *hygiene* adalah faktor yang mendorong orang berprestasi bersifat ekstrinsik yang bersumber dari luar diri seseorang.

2) Teori Penguatan

Teori penguatan menyatakan bahwa perilaku individu dikendalikan oleh respon konsekuensinya. Seseorang akan termotivasi jika dia memberikan respon pada rangsangan dalam pola tingkah laku konsisten sepanjang waktu untuk mencapai kepuasan kerja. Hal tersebut dapat diperkuat apabila organisasi memberi penghargaan terhadap kinerja sumber dayanya.

3) Teori Keadilan

Teori ini menggambarkan bahwa seseorang merasa termotivasi jika merasa puas akan hasil yang mereka terima atas upaya atau usaha yang telah dikerjakan. Individu cenderung membandingkan nilai penghargaan yang diterima dengan individu lain dalam pekerjaan dan tanggungjawab yang sama.

#### 4) Teori Harapan

Teori harapan artinya seseorang akan termotivasi apabila mendapat keuntungan . Dasar teori harapan antara lain :

##### a) Harapan hasil prestasi

Individu mengharapkan konsekuensi tertentu dari tindakan mereka.

Harapan ini nantinya akan mempengaruhi keputusan mereka bertingkah laku.

##### b) Valensi

Hasil dari suatu tingkah laku mempunyai valensi atau kekuatan untuk memotivasi yang bervariasi dari satu individu ke individu lainnya.

##### c) Harapan prestasi usaha

Harapan orang mengenai seberapa sulit untuk melaksanakan tugas secara berhasil dan mempengaruhi keputusan tentang tingkah laku.

Motivasi dibedakan menjadi dua (Sadiman, 2006) sebagai berikut:

#### 1) Motivasi Internal

Motivasi yang berasal dari dalam diri seseorang. Keperluan dan keinginan yang ada dalam diri seseorang akan menimbulkan motivasi yang akan mempengaruhi pikirannya untuk mengarahkan perilaku orang tersebut. Motivasi internal dikelompokkan menjadi dua yaitu fisiologis yang merupakan motivasi alamiah seperti rasa lapar, haus. Motivasi psikologis sendiri dibedakan menjadi 3 (tiga) kelompok yaitu kasih sayang, motivasi untuk menciptakan kehangatan, keharmonisan, kepuasan batin.

Motivasi internal dikelompokkan menjadi dua. Motivasi psikologis mempertahankan diri, untuk melindungi kepribadian, menghindari luka fisik dan psikologis, menghindari dari rasa malu dan ditertawakan orang, serta kehilangan muka, mempertahankan gengsi dan mendapatkan kebanggaan diri. Ketiga motivasi psikologis memperkuat diri, mengembangkan kepribadian, berprestasi, mendapatkan pengakuan dari orang lain, memuaskan diri dengan penguasaannya terhadap orang lain.

## 2) Motivasi Eksternal

Motivasi eksternal tidak dapat dilepaskan dari motivasi internal. Motivasi eksternal adalah motivasi yang timbul dari luar/lingkungan. Misalnya: motivasi eksternal dalam belajar antara lain berupa penghargaan, pujian, hukuman, atau celaan yang diberikan oleh guru, teman atau keluarga.

Seorang manajer harus mampu menciptakan motivasi kepada bawahannya untuk mewujudkan tujuan organisasi. Kepala ruangan atau ketua tim dalam metode asuhan keperawatan tim merupakan seorang manajer dalam pemberian asuhan keperawatan, untuk itu harus mampu menciptakan iklim motivasi sehingga berdampak positif berupa peningkatan kinerja perawat, kepuasan pasien, keluarga pasien dan kepuasan bagi perawat ini sendiri. Hal ini sesuai dengan tujuan motivasi di dalam organisasi yang dikemukakan Hasibuan (2005) dalam Maria H. (2017) sebagai berikut :

### 1) Meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan

Manajer keperawatan yang memberikan dorongan, dukungan, perhatian dan apresiasi kepada anggota tim akan meningkatkan moral anggota tim sehingga motivasi kerja yang dibangun baik. Perawat

dengan motivasi kerja yang baik akan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai tanggung jawabnya secara profesional sehingga tercapai hasil kerja yang baik pula dan kepuasan kerja perawat itu sendiri.

2) Meningkatkan produktivitas kerja karyawan

Kinerja seorang perawat dipengaruhi oleh motivasi yang dimiliki. Semakin tinggi motivasi yang dimiliki semakin tinggi pula kinerja yang dihasilkan.

3) Mempertahankan kestabilan karyawan.

Seorang manajer perawat harus selalu memberikan motivasi kepada perawat bawahannya untuk menjaga kestabilan perawat di ruangannya. Perawat yang mempunyai motivasi rendah akan menyebabkan *turn over* yang tinggi dan produktivitas kerja rendah.

4) Meningkatkan kedisiplinan karyawan.

Perawat yang mempunyai motivasi yang tinggi akan selalu tepat waktu dalam bekerja disertai rasa tanggung jawab yang tinggi pula yang menunjukkan kedisiplinan perawat.

5) Menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik.

Perawat dengan motivasi yang tinggi akan menyelesaikan pekerjaannya dengan baik agar suasana dan hubungan kerja dengan perawat lainnya baik, tidak ada saling iri ataupun lempar tanggung jawab atas pekerjaan.

6) Meningkatkan loyalitas, kreativitas serta partisipasi karyawan.

Perawat yang mempunyai motivasi yang tinggi akan lebih loyal dan kreativitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

7) Meningkatkan tingkat kesejahteraan karyawan.

Perawat yang mempunyai motivasi tinggi akan meningkatkan hasil kerja yang akhirnya akan meningkatkan insentif sehingga dapat mengangkat moral dan kepuasan karyawan serta suasana hubungan kerja yang baik. Dengan demikian, kesejahteraan karyawanpun akan terpenuhi, baik dari segi materi atau fisik maupun dari segi psikologis, sosial dan spiritual.

e. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah perasaan, pikiran dan kecenderungan seseorang yang kurang lebih bersifat permanen mengenai aspek tertentu dalam lingkungannya. Sikap merupakan kecondongan evaluatif terhadap suatu stimulus atau objek yang berdampak pada seseorang berhadapan dengan objek tersebut. Ini berarti sikap menunjukkan kesetujuan atau ketidaksetujuan, suka atau tidak suka seseorang terhadap sesuatu.

Sikap dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap bukan suatu tindakan atau aktivitas, melainkan predisposisi tindakan dan perilaku (Mubarak,2011). Menurut Notoatmodjo, (2007) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 (tiga) komponen pokok, yaitu kepercayaan (keyakinan) atau ide serta konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, dan kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini bersama -sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir atau keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang saling berkaitan, (Wawan, 2012) yaitu:

1) Komponen kognitif

Merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap. Komponen kognitif berisi kepercayaan *stereotype* yang dimiliki individu mengenai suatu dapat disamakan penanganan terutama apabila menyangkut masalah isu atau masalah yang kontroversial.

2) Komponen afektif

Merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang. Komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

3) Komponen konatif

Merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak atau bereaksi terhadap sesuatu dengan cara tertentu. Objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap terhadap objek antara lain:

1) Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi yang meninggalkan kesan yang kuat dan melibatkan faktor emosional akan mempengaruhi sikap.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memilih sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang lain yang dianggap penting tersebut.

3) Pengaruh kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya dan memberi corak pengalaman individu masyarakat asuhannya.

4) Media massa

Dalam pemberitaan surat kabar atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan sehingga konsep tersebut mempengaruhi sikap.

6) Faktor emosional

Sikap merupakan pernyataan yang disadari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu menerima (*receiving*) artinya bahwa orang (*subjek*) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh objek, merespon (*responding*) yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap, menghargai (*valuing*) yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tinggi, dan bertanggung jawab (*responsible*) yaitu yang bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoadmodjo, 2007).

Sikap dibedakan menjadi dua, yaitu sikap negatif yang merupakan sikap penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma yang berlaku dan sikap positif yaitu sikap yang menunjukkan menerima terhadap norma yang berlaku dimana individu itu berada (Ahmadi, 2003).

f. Nilai dan Norma (*Value dan Norm*)

Nilai sebagai suatu sistem merupakan salah satu wujud kebudayaan disamping sistem sosial dan karya. Nilai berperan sebagai pedoman kehidupan, norma adalah perwujudan martabat manusia sebagai makhluk budaya, moral, religi dan sosial.

3. Karakteristik Pekerjaan meliputi:

a. Tujuan Kinerja (*Objective performance*)

Tujuan dari manajemen kinerja adalah mengatur kinerja, mengetahui seberapa efektif dan efisien suatu kinerja organisasi,

membantu dalam menentukan keputusan organisasi, dan kinerja individual, meningkatkan kemampuan organisasi dan mendorong karyawan agar bekerja sesuai prosedur dengan semangat dan produktif sehingga hasil kerja optimal.

b. Umpan Balik (*Feedback*)

Umpan balik merupakan hal yang penting dalam perbaikan kinerja perawat. Hal ini dapat memperbaiki kesalahan yang ada. Memperbaiki kesalahan merupakan salah satu tugas pemimpin (Notoatmojo, 2003)

c. Desain Pekerjaan (*Job Design*)

Desain pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya untuk mengatur penugasan kerja supaya dapat memenuhi kebutuhan organisasi. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim pengaturan tenaga perawat terdiri dari kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim. Masing-masing mempunyai peran dan tanggung jawab yang berbeda-beda.

d. Jadwal Pekerjaan (*Work Schedule*)

Suatu organisasi dapat eksis dibidangnya, perlu pengaturan waktu yang efektif sehingga memperoleh hasil sesuai tujuan yang diharapkan.

e. Beban Kerja

Beban kerja merupakan volume kerja di suatu unit atau departemen (J & GL, 2006). Beban kerja perawat adalah menghitung aktivitas perawat dan ketergantungan pasien pada pelayanan keperawatan.

Aktivitas perawat ada 2 (dua) kategori yaitu aktivitas langsung dan aktivitas tidak langsung (Huber, 2000). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa beban kerja perawat adalah volume kegiatan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien baik secara langsung maupun tidak langsung dalam waktu tertentu.

Beberapa yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat menurut (Nursalam, 2016) antara lain :

- 1) Jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut.
- 2) Kondisi dan tingkat ketergantungan pasien.
- 3) Rata-rata hari perawatan.
- 4) Pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan.
- 5) Frekwensi tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien.
- 6) Rata-rata waktu yang diperlukan untuk perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Ada 3 (tiga) cara yang digunakan untuk menghitung beban kerja personel (Nursalam, 2016) antara lain :

1) *Work Sampling*

Metode ini melihat beban kerja personel pada suatu unit, bidang maupun jenis tenaga tertentu. Hal spesifik yang dapat diamati pada teknik ini adalah :

- a) Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja.

- b) Apa aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja.
- c) Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.
- d) Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

## 2) *Time and Motion Study*

Pada teknik ini mengamati dan mengikuti tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang diamati. *Time and motion study* digunakan untuk melakukan evaluasi kualitas suatu pelatihan atau pendidikan yang bersertifikat. Selain itu juga digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan suatu metode yang ditetapkan secara baku oleh suatu instansi seperti rumah sakit.

Metode *work sampling* dan *time motion and study* akan menghasilkan *output* sebagai berikut :

- a) Diskripsi pekerjaan menurut jenis dan alokasi waktu untuk setiap pekerjaan baik yang bersifat medis, keperawatan dan administratif. Selanjutnya dapat dihitung proporsi waktu yang dibutuhkan untuk setiap pekerjaan selama jam kerja.
- b) Pola kegiatan yang berkaitan dengan waktu kerja, kategori tenaga atau karakteristik demografis dan sosial.
- c) Kesesuain beban kerja dengan variabel lain. Beban kerja dapat dihubungkan dengan jenis tenaga, umur, pendidikan dan jenis kelamin.

d) Kualitas kerja pada teknik ini akan menentukan kompetensi yang dimiliki oleh personel yang diamati.

3) *Daily log*

*Daily log* merupakan pencatatan kegiatan yang dilakukan sendiri oleh personel yang diamati (Nursalam, 2016). Pencatatan meliputi kegiatan yang dilakukan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan tersebut. Metode ini memerlukan kerjasama dan kejujuran dari personel yang diamati. Peneliti membuat formulir isian yang dapat dipelajari informan yang berisi jenis kegiatan, waktu dan lama kegiatan.

## 2.2 Konsep Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim

### 2.2.1 Pengertian

Metode Asuhan Keperawatan Profesional Tim merupakan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh sekelompok perawat profesional yang memimpin sekelompok tenaga perawat lain dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Nursalam 2016).

Asuhan keperawatan model tim mempunyai beberapa elemen agar mampu dilaksanakan secara efektif dan efisien. Pada dasarnya di dalam metode tim menurut Neiser & Raymond (2002) terdapat dua konsep utama yaitu kepemimpinan dan komunikasi efektif. Metode asuhan keperawatan model tim mempunyai beberapa elemen diantaranya kepemimpinan, komunikasi, organisasi, manajemen dan supervisi (Marquis & Huston, 2012). Elemen lain yang terdiri

dari pengambilan keputusan klinik, penugasan komunikasi manajemen dan koordinasi (Hurber, 2010).

Metode Tim merupakan pemberian asuhan keperawatan yang melibatkan tim yang profesional dan tehnikal bertanggung jawab untuk berkoordinasi selama dinas dalam satu shift. Metode ini biasa digunakan pada pelayanan rawat inap, unit rawat jalan dan gawat darurat (Sumijatun, 2017). Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota mempunyai kontribusi dalam memberikan asuhan keperawatan. Sehingga menumbuhkan motivasi dan rasa tanggung jawab perawat yang tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai mutu asuhan keperawatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim didasarkan konsep sebagai berikut :

1. Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai tehnik kepemimpinan.
2. Pentingnya komunikasi efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin.
3. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim
4. Peran kepala ruangan sangat penting.

Elemen dari metode asuhan keperawatan profesional model tim antara lain :

1. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu kemampuan untuk mempengaruhi sesuatu. Peran kepemimpinan dalam pemberian asuhan keperawatan model tim sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan. Kepemimpinan bagian dari proses interaktif yang berkesinambungan dan dinamis dengan anggota tim maka fungsi

kepemimpinan diperlukan dalam hal pengambilan keputusan,, instruktur, fasilitator, komunikator, berfikir kritis dan kreatifitas dalam menyelesaikan masalah. (Marquis & Huston, 2012).

Ketua tim merupakan perawat professional (*Registered Nurse*) yang ditunjuk oleh kepala ruangan harus mempunyai jiwa kepemimpinan karena ketua tim bertanggung jawab terhadap sekelompok pasien dalam merencanakan asuhan keperawatan. Tugas ketua tim yang lain merencanakan penugasan kepada anggota tim, melakukan supervisi dan evaluasi terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Metode asuhan keperawatan professional ini dalam praktiknya ketua tim dapat memperoleh pengalaman dalam kepemimpinan yang demokratis dalam mengarahkan dan membina anggotanya.

## 2. Komunikasi yang efektif

Komunikasi yang efektif sangat penting bagi ketua tim guna tercapainya fungsi manajemen perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan. Komunikasi yang efektif sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan model tim.terdapat beberapa strategi komunikasi dalam pengelolaan organisasi diantaranya pimpinan harus memahami struktur dan pengambil keputusan dalam organisasi, komunikasi harus jelas, sederhana dan sesuai kebutuhan,komunikasi dilakukan dua arah, adanya umpan balik, lengkap dan menghindari informasi yang tidak perlu. (Marquis & Huston, 2012).

Kemampuan komunikasi terapeutik juga diperlukan untuk mendukung kegiatan pengelolaan asuhan keperawatan metode tim karena menyangkut hubungan perawat – klien ( Kozier dan Erb 2007). Prinsip komunikasi ketua tim menurut (Kuntoro & Agus, 2010).

a. Pemahaman struktur organisasi

Ketua tim harus memahami tentang pembagian tugas dalam organisasi termasuk siapa saja yang kena dampak dari pengambilan keputusan.

b. Kejelasan komunikasi

Komunikasi harus jelas, sederhana dan tepat artinya dalam melakukan komunikasi baik lisan maupun tulisan harus memenuhi 3 unsur yaitu lengkap, akurat dan kecepatan informasi sampai kepada tujuan (Nursalam, 2016).

Pada proses asuhan keperawatan professional model tim komunikasi efektif ini diaplikasikan pada saat timbangan atau operan, *pre –conference* antara ketua tim, penanggung jawab shift dengan perawat pelaksana, *post-conference*, supervise dan pendelegasian.

3. Koordinasi

Kordinasi merupakan hubungan kerjasama antar anggota tim dalam memberikan asuhan kesehatan yang dilakukan bersama sama secara harmonis dalam kelompok kerja (D.A, 1999). Koordinasi adalah keselarasan tindakan, usaha, sikap dan penyesuaian antar tenaga yang ada dibangsal. Keselarasan ini dapat terjalin antar perawat dengan anggota tim kesehatan lain maupun dengan tenaga dari bagian lain (Swansburg, 2000).

Manfaat Koordinasi :

- a. Menghindari perasaan lepas antar tugas yang ada dibangsal atau bagian dan perasaan lebih penting dari yang lain.
- b. Menumbuhkan saling membantu
- c. Menimbulkan kesatuan tindakan dan sikap antar staf.

Koordinasi dilakukan dengan cara komunikasi terbuka, pertemuan atau rapat, pencatatan dan pelaporan dan pembakuan formulir yang berlaku. Koordinasi dalam metode asuhan keperawatan model tim kepala ruangan sebagai koordinator kegiatan perlu menciptakan kerjasama yang selaras satu sama lain dan saling menunjang, untuk menciptakan suasana kerja yang menyenangkan. Selain itu harus memperlihatkan prinsip organisasi yang telah dijelaskan diatas misalnya kesatuan komando, setiap staf memiliki satu atasan langsung. Rentang kendali 3 sampai 7 staf untuk satu atasan.

Pada metode penugasan tim dalam satu ruangan tidak lebih dari 3 sampai 7 dalam satu tim. Selain itu kepala ruangan perlu mendelegasikan kegiatan asuhan keperawatan langsung kepada ketua tim, kecuali tugas pokok, harus dilakukan kepala ruangan. Selain itu, kepala ruangan harus mendelegasikan kepada orang yang tepat, mendengarkan saran orang yang didelegasikan dan penerima delegasi harus bertanggung gugat.

#### 4. Pendelegasian/ Penugasan

Pendelegasian atau penugasan pada area keperawatan merupakan pemberian wewenang kepada staf yang kompeten untuk melakukan aktifitas tertentu dalam situasi tertentu (Marquis & Huston, 2012). Penugasan diarahkan untuk mencapai tujuan organisasi, dalam nmanjemen keperawatan

penugasan bisa dilakukan oleh semua tingkatan level pimpinan baik level atas, menengah atau bawah. (Swansburg, 2000).

Ketua tim dalam mendelegasikan tugas pada staf harus sesuai dengan kewenangan mereka dengan cara membuat daftar tugas sesuai dengan waktu yang dibutuhkan yang meliputi otoritas untuk melakukan kegiatan, memperbaiki atau melakukan tindak lanjut dari kegiatan sebelumnya (Swansburg, 2000).

Kelebihan metode tim :

1. Asuhan keperawatan yang diberikan berkualitas dan komprehensif dapat diberikan.
2. Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh
3. Mendukung pelaksanaan proses keperawatan.
4. Beban kerja perawat dapat dibagi secara seimbang.
5. Meningkatkan kepuasan pasien.
6. Bertukar pengalaman mengenai kesehatan klien dan asuhan keperawatan yang diberikan meningkatkan kemampuan membuat keputusan.
7. Memungkinkan komunikasi antar tim, sehingga konflik mudah diatasi dan memberikan kepuasan kepada anggota tim.
8. Efektivitas biaya karena tim bekerja sesuai rasio tenaga profesional dan non profesional.
9. Setiap anggota tim memiliki kesempatan untuk belajar dan mengajari sejawat.
10. Pasien dapat mengidentifikasi perawat yang bertanggungjawab pada perawatannya.

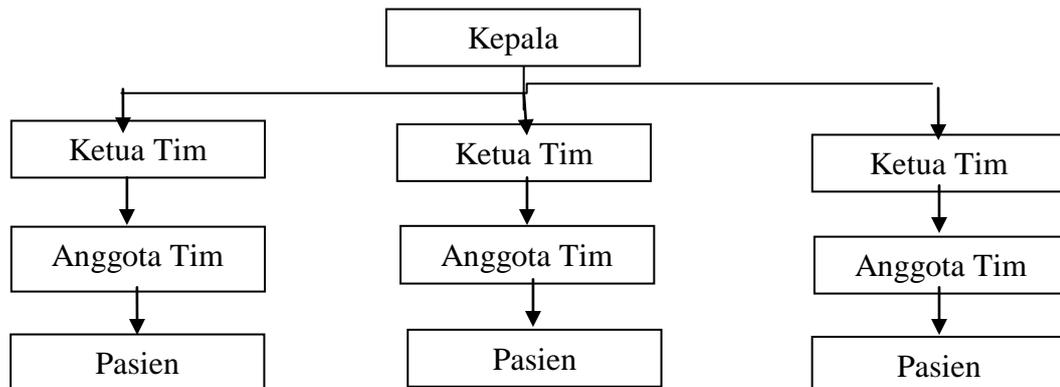
11. Tim yang merawat pasien tetap sehingga dapat memfasilitasi perawatan secara kontinyu.

Kelemahan :

Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim sehingga membutuhkan waktu yang lama dan sulit dilakukan bila sibuk.

### 2.2.2 Struktur Organisasi Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim

Asuhan Keperawatan Profesional model tim dengan jenis tenaga terdapat kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim, untuk memudahkan sistem kerja dibentuklah struktur organisasi sebagaimana berikut :



Gambar 2.3 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan "Nursing Team"  
(Marquis & C, 2000)

### 2.2.3 Peran dan Tanggung jawab Perawat dalam Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim

Berdasarkan struktur yang ada pada gambar 2.3 metode asuhan keperawatan profesional model tim dan jenis tenaga yang ada maka dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan ada pembagian peran dan tanggung jawab masing-masing. Pembagian peran dan tanggung jawab sebagaimana berikut:

## 1. Kepala Ruangan

Metode tim akan berjalan dengan baik jika didukung oleh kepala ruangan yang berperan sebagai manajer di ruangan . Kepala ruangan bertanggung jawab dalam:

### a. Perencanaan

- 1) Menunjuk ketua tim yang akan bertugas di ruangan.
- 2) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien gawat, transisi dan persiapan pulang bersama ketua tim.
- 3) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan pasien bersama ketua tim, mengatur penugasan penjadwalan.
- 4) Merencanakan strategi pelaksanaan asuhan keperawatan.
- 5) Membantu staf dalam menetapkan sasaran asuhan keperawatan.

### b. Pengorganisasian

- 1) Merumuskan metode dan tujuan penugasan yang digunakan.
- 2) Membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim secara jelas.
- 3) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan : membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari.
- 4) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan.
- 5) Mendelegasikan tugas saat kepala ruangan tidak berada di tempat kepada ketua tim.
- 6) Mengorientasikan tenaga keperawatan yang baru tentang fungsi asuhan keperawatan professional model tim dalam sistem pemberian asuhan keperawatan.

c. Pengarahan

- 1) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim.
- 2) Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan sikap.
- 3) Menginformasikan hal yang dianggap penting yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien.
- 4) Melibatkan bawahan sejak awal hingga akhir kegiatan.
- 5) Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam tugasnya
- 6) Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim.
- 7) Memberikan kesempatan kepada ketua tim untuk mengembangkan kepemimpinan.
- 8) Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka dengan semua staf.

d. Pengawasan

- 1) Melalui komunikasi mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.
- 2) Melalui supervisi langsung dilakukan dengan cara inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung secara lisan dan memperbaiki kelemahan yang ada.
- 3) Melalui supervisi tidak langsung yaitu mengecek daftar hadir ketua tim membaca dan memeriksa rencana asuhan keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan yang dilaksanakan, mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas.

- 4) Mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana kegiatan yang telah disusun bersama ketua tim.
- 5) Melakukan audit keperawatan.

## 2. Peran dan Tanggung Jawab Ketua Tim

Metode Asuhan Keperawatan Profesional model Tim akan berjalan baik tergantung melaksanakan tanggung jawabnya. Tanggung jawab ketua tim antara lain:

- a. Mengkaji setiap pasien dan menetapkan rencana perawatan.
- b. Mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tindakan medik.
- c. Memberi tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota tim dan memberikan bimbingan melalui *pre* dan *post conference*.
- d. Mengenali kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien.
- e. Mengembangkan kemampuan anggota.
- f. Mengevaluasi asuhan keperawatan baik proses maupun hasil yang diharapkan serta mendokumentasikannya.

## 3. Peran dan Tanggung Jawab Anggota Tim

- a. Melaksanakan tugas berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun pada pasien di bawah tanggung jawabnya.
- b. Mencatat dengan jelas dan tepat asuhan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan respon pasien.
- c. Berpartisipasi dalam setiap memberikan masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan.
- d. Menghargai bantuan dan bimbingan dari ketua tim.
- e. Bekerjasama dengan anggota tim dan antar tim.

- f. Memberikan laporan kepada ketua tim atau antar anggota tim tentang kondisi pasien.

Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim akan berhasil dengan baik tergantung dari kepemimpinan kepala ruangan untuk mengatur anggota timnya dalam peran dan tanggung jawab dalam pengelolaan pasiennya.

#### **2.2.4 Aplikasi Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim**

Penerapan pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim meliputi beberapa prosedur diantaranya penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning*

##### **1. Penerimaan Pasien Baru**

Penerimaan pasien baru merupakan menerima kedatangan pasien di ruang pelayanan keperawatan, khususnya di ruang rawat inap atau ruang intensif (Nursalam, 2016). Pada saat penerimaan pasien baru disampaikan mengenai orientasi ruangan, pengenalan ketenagaan perawat dan dokter sebagai penanggung jawab tata tertib ruangan.

Tahapan penerimaan pasien baru:

- a. Tahapan persiapan
  - 1) Menyiapkan kelengkapan administrasi
  - 2) Menyiapkan kamar sesuai dengan pesanan
  - 3) Menyiapkan format penerimaan pasien baru
  - 4) Menyiapkan *nursing kit*

b. Tahapan pelaksanaan

- 1) Pasien datang di ruangan di terima oleh kepala ruangan atau ketua tim yang diberi delegasi.
- 2) Perawat yang mengantar menyerahkan pasien ke perawat ruangan.
- 3) Perawat ruangan membantu pasien untuk menempati tempat tidur yang telah disediakan.
- 4) Perawat yang mengantar pasien menjelaskan kepada perawat ruangan tentang kondisi pasien, rencana tindakan yang akan dilakukan dan tindakan yang telah dilakukan dan serta obat yang telah diberikan
- 5) Perawat yang mengantar dan perawat ruangan menandatangani lembar serah terima pasien.
- 6) Perawat ruangan memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarganya.
- 7) Perawat ruangan mengorientasi pasien dan keluarga tentang fasilitas ruangan pasien dan cara penggunaannya.
- 8) Perawat menunjukkan ruangan *nurse station* dan ruangan lainnya yang memungkinkan digunakan pasien.
- 9) Perawat ruangan menjelaskan peraturan di ruangan misalnya jam kunjung keluarga, jadwal visite dokter, barang bawaan yang boleh dibawa dan jadwal pemberian diit dan lain-lain.
- 10) Perawat ruangan melakukan pengkajian ulang sesuai format yang ada.

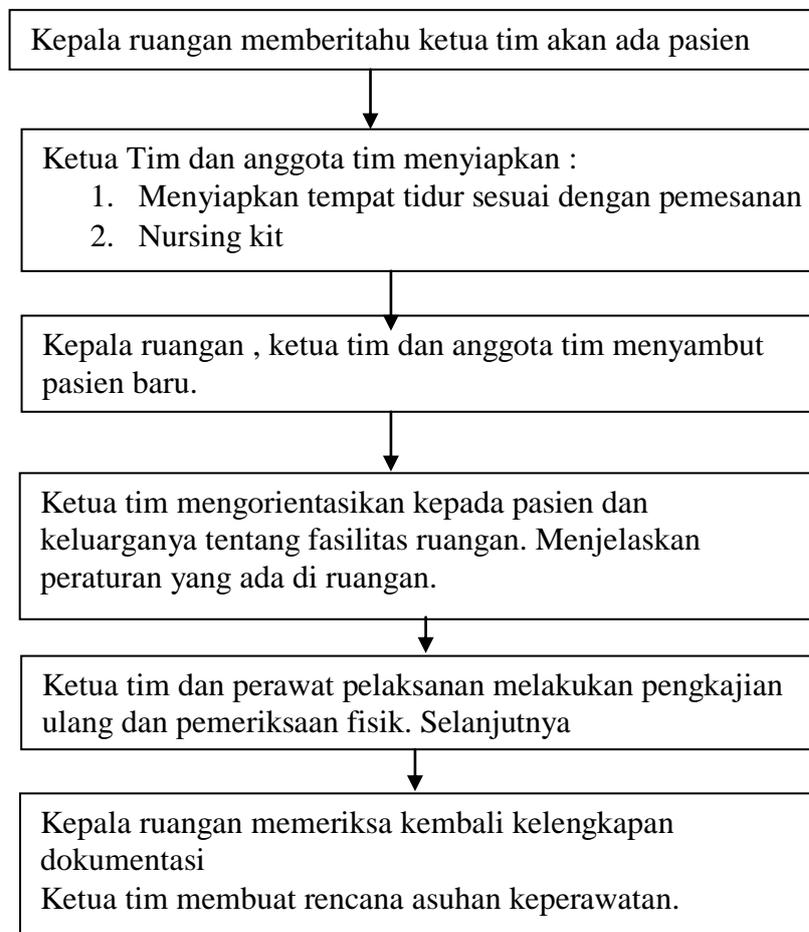
- c. Tahap Terminasi
  - 1) Ketua tim menanyakan kembali kepada pasien dan keluarga tentang hal-hal yang belum dimengerti dari penjelasan yang telah diberikan.
  - 2) Ketua tim dan perawat pelaksana kembali ke ruangan.
  - 3) Ketua tim dibantu perawat pelaksana mendokumentasikan hasil pengkajian.
  - 4) Ketua tim merencanakan tindakan keperawatan.

#### Peran Perawat dalam Penerimaan Pasien Baru

1. Kepala Ruangan
  - a. Menerima pasien baru
  - b. Memeriksa kelengkapan yang diperlukan untuk persiapan pasien baru.
2. Ketua tim
  - a. Menyiapkan lembar penerimaan pasien baru.
  - b. Menandatangani lembar penerimaan pasien baru.
  - c. Mengorientasikan pasien pada ruangan.
  - d. Memberi penjelasan tentang perawat yang merawat dan dokter yang bertanggung jawab.
  - e. Melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik.
  - f. Membuat perencanaan perawatan.
  - g. Mendokumentasikan hasil penerimaan pasien baru.
3. Perawat Pelaksana ( anggota tim)
  - a. Membantu ketua tim melakukan pengkajian pada pasien baru.

- b. Melakukan pemeriksaan fisik bersama ketua tim.
- c. Melakukan asuhan keperawatan yang direncanakan oleh ketua tim

#### Alur Penerimaan Pasien Baru



Gambar 2. 4 Alur Penerimaan Pasien Baru

#### 2. Timbang Terima

Timbang terima merupakan suatu kegiatan untuk menyampaikan dan menerima laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima dilakukan saat pergantian *shift* yaitu dari *shift* pagi ke *shift* sore dan *shift* sore ke *shift* malam. Timbang terima dilakukan oleh ketua tim kepada penanggung jawab *shift* anggota tim pengganti *shift*.

Kegiatan pada timbang terima terdapat tiga hal yang terpenting adanya koordinasi, isi dari timbang terima dan pembagian peran. Isi timbang terima menjelaskan tindakan yang dilakukan ataupun yang belum dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien baik tindakan mandiri perawat maupun tindakan kolaborasi. Selain itu timbang terima juga menjelaskan rencana asuhan pasien selanjutnya. Timbang terima dilakukan di *nurse station* dan di samping bed pasien.

Langkah – langkah timbang terima

a. Persiapan ,

- 1) Shift yang akan menyerahkan, mempersiapkan hal-hal yang akan disampaikan.
- 2) Kedua kelompok *shift* duduk bersama di *nurse station* dan dalam keadaan siap.

b. Pelaksanaan,

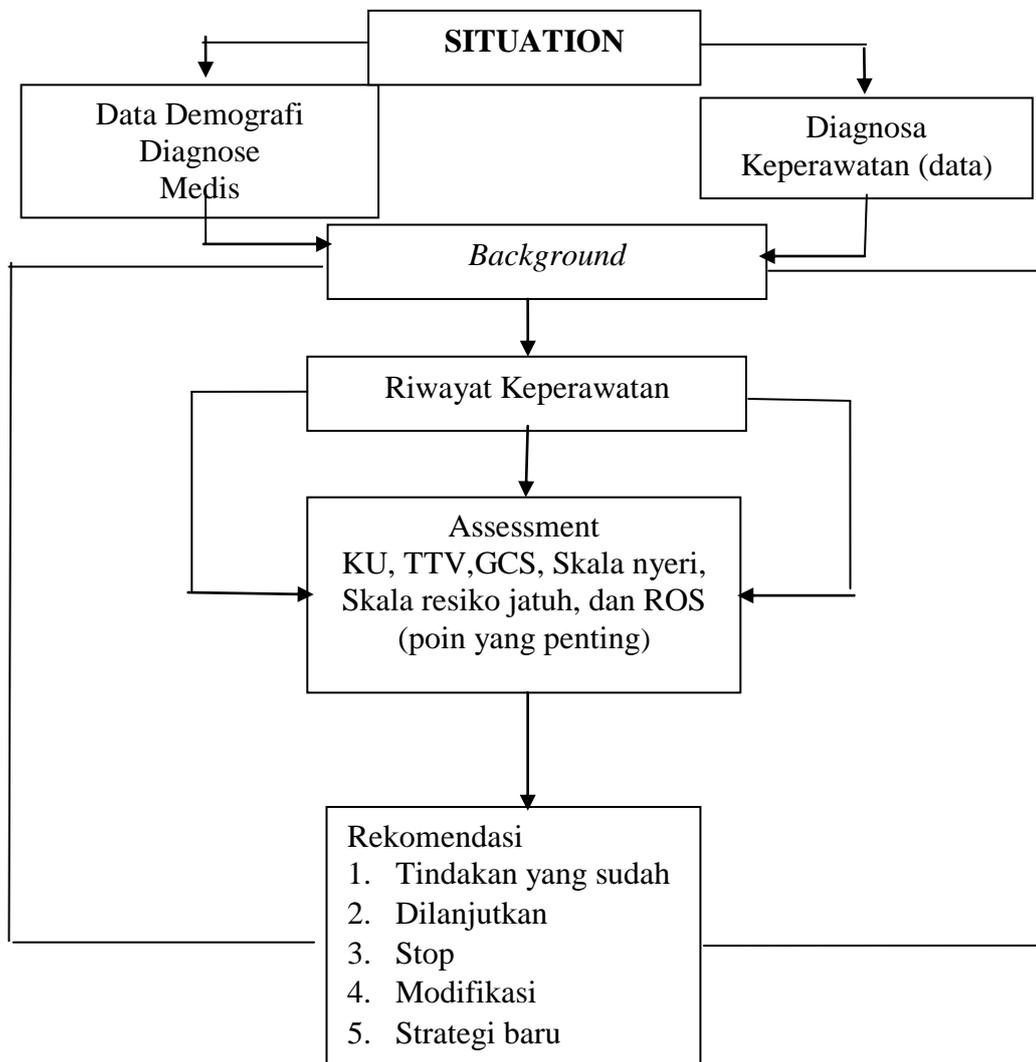
Di *Nurse station*

- 1) Kepala ruangan membuka acara timbang terima
- 2) Ketua tim menyampaikan kepada penanggung jawab shift dan anggota tim selanjutnya meliputi :
  - a) Kondisi dan keadaan secara umum (identitas pasien, diagnosis medis, keluhan subyektif dan obyektif).
  - b) Masalah keperawatan yang muncul dan kemungkinan masih dapat muncul.
  - c) Intervensi keperawatan yang sudah dilakukan dan belum dilakukan.

- d) Intervensi *kolaboratif* dan *dependen*.
  - e) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya.
- 3) Selanjutnya melakukan klarifikasi atau validasi dengan melakukan timbang terima di samping bed pasien.
- Timbang terima di samping bed pasien
- a) Ketua tim menyampaikan salam
  - b) Ketua tim menyampaikan keadaan pasien lagi kepada shift berikutnya.
  - c) Shift yang menerima operan dapat melakukan klarifikasi dengan menanyakan kepada pasien atau kepada shift yang memberi operan terkait hal yang belum jelas.
  - d) Penyampaian timbang terima singkat dan jelas.
  - e) Lama timbang terima untuk setiap pasien kurang lebih 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci terutama pada pasien baru atau pasien dalam keadaan kritis dengan SBAR (*Situation, Background, Assesment, Recomendation*).
  - f) Kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim keliling ke tiap pasien dan melakukan validasi data.
  - g) Setelah selesai timbang terima di samping bed pasien kembali ke *nurse station*, kalau ada yang perlu didiskusikan.

- h) Ketua tim dan penanggung jawab *shift* menanda tangani pada format timbang terima.

#### Alur Timbang Terima



Gambar 2.5 Alur Timbang Terima

### 3. Sentralisasi Obat

Sentralisasi obat merupakan pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya kepada perawat (Nursalam, 2016). Sentralisasi obat ini mempunyai tujuan agar

penggunaan obat secara bijaksana dan menghindari pemborosan sehingga kebutuhan asuhan keperawatan klien terpenuhi.

#### Tehnik Sentralisasi Obat

##### a. Persiapan

- 1) Penanggung jawab sentralisasi obat adalah kepala ruangan dan dapat didelegasikan kepada ketua tim. Kepala ruangan menjelaskan kepada keluarga tentang sentralisasi obat, keluarga menandatangani surat persetujuan sentralisasi obat.
- 2) Keluarga ikut mengontrol penggunaan obat

##### b. Penerimaan Obat :

- 1) Obat yang telah diterima dari kamar obat diserahkan kepada perawat dan menanda tangani formulir serah terima obat.
- 2) Perawat menuliskan nama pasien, register, jenis obat, jumlah dan sediaan dalam kartu sentralisasi obat.
- 3) Obat yang telah diterima disimpan dalam kotak obat.

##### c. Pembagian Obat

- 1) Obat yang telah diterima disalin dalam buku pemberian obat.
- 2) Perawat memberikan obat kepada pasien sesuai dengan jadwal dan dicocokkan dengan instruksi dokter.
- 3) Saat pemberian obat perawat menjelaskan macam obat, kegunaan obat, jumlah obat dan efek samping obat .
- 4) Perediaan obat diperiksa setiap pagi oleh kepala ruangan.

d. Penambahan Obat baru

Bila ada penambahan atau perubahan jenis, dosis atau perubahan alur pemberian obat, maka informasi ini akan dimasukkan dalam buku masuk obat dan sekaligus dilakukan perubahan pada kartu sediaan obat.

e. Evaluasi atau terminasi

- 1) Bila terdapat sisa obat dan pasien pulang maka sisa obat diberikan kepada keluarga pasien
- 2) Kepala ruangan selalu mengontrol sentralisasi obat setiap hari
- 3) Ketua tim menanyakan kepada keluarga tentang kepuasan adanya sentralisasi obat.

4. Ronde keperawatan

Ronde keperawatan merupakan suatu kegiatan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien melibatkan seluruh tim perawat dan perawat konselor serta pasien. Tujuan ronde keperawatan menyelesaikan masalah pasien melalui pendekatan berpikir kritis dan diskusi.

a. Pelaksanaan

1) Praronde

- a) Menentukan kasus dan topik ( masalah yang tidak teratasi dan masalah yang langka)
- b) Menentukan tim ronde
- c) Mencari literatur dan sumber
- d) Mempersiapkan pasien : *informed consent* dan pengkajian
- e) Diskusi ; Apa diagnosa keperawatan?.data pendukung, intervensi yang telah dilakukan dan hambatan yang ditemui.

## 2) Pelaksanaan ronde

- a) Penjelasan pasien oleh ketua tim yang difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan.
- b) Diskusi antar anggota tim tentang kasus tersebut
- c) Pemberian justifikasi oleh konselor atau kepala ruangan tentang masalah pasien serta rencana tindakan.

## 3) Pasca Ronde

- a) Melakukan diskusi dan masukan dari tim
- b) Menyimpulkan untuk menentukan tindakan keperawatan pada masalah yang menjadi prioritas.
- c) Merekomendasi intervensi
- d) Penutup.

## 5. *Discharge Planning*

Perencanaan pulang atau *discharge planning* merupakan suatu program keperawatan yang dilakukan segera setelah pasien masuk atau paling lambat 1x24 jam setelah pasien masuk hingga pulang dengan harapan pasien dan keluarga memiliki kesiapan fisik, psikologis dan sosial terhadap kesehatannya, tercapainya kemandirian pasien dan keluarga serta terlaksananya perawatan pasien yang berkelanjutan. Perencanaan pulang diartikan suatu proses interaksi ketika keperawatan profesional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien saat perencanaan harus berpusat pada masalah pasien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitative, serta keperawatan rutin yang sebenarnya (Swenberg, 2000).

*Discharge planning* sangat penting dilakukan karena mempunyai beberapa tujuan. Tujuan dilakukan perencanaan pulang menurut (Nursalam, 2016):

- a. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial.
- b. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga.
- c. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien.
- d. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain.
- e. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan ketrampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien.
- f. Melaksanakan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

Sebelum melakukan *discharge planning* perlu suatu persiapan. Beberapa yang perlu dipersiapkan sebelum melakukan *discharge planning* antara lain :

- a. Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.
- b. Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan.
- c. Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan.
- d. Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi.
- e. Pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dengan menggunakan metode ceramah dan demonstrasi.
- f. Informasi tentang nomor telepon layanan keperawatan, medis, dan kunjungan rumah apabila pasien memerlukan.

Metode asuhan keperawatan profesional model tim terdapat pembagian tugas yang jelas dalam memberikan asuhan keperawatan. Begitu juga adanya

pembagian tugas dalam proses *dischnge planning* tersebut. Tugas dan peran masing-masing dalam *discange planning* sebagai berikut

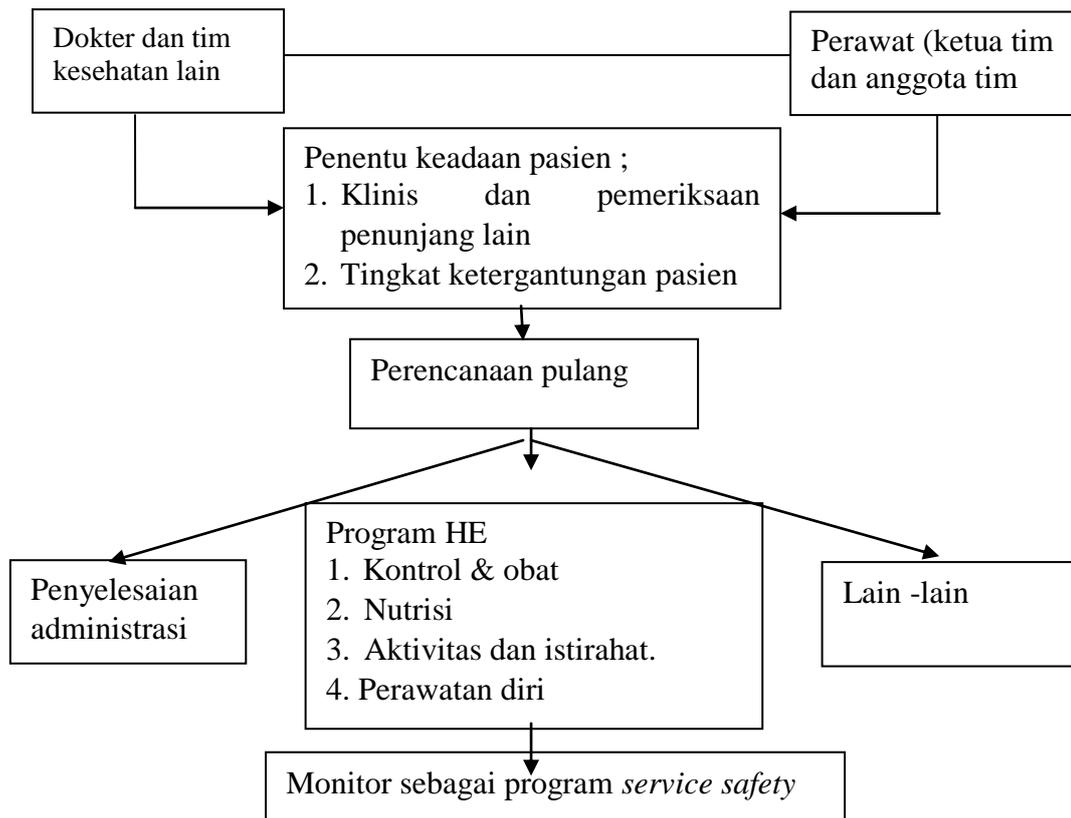
a. Ketua Tim

- 1) Membuat perencanaan pulang.
- 2) Membuat kartu perencanaan pulang atau memberika leaflet bila diperlukan.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang kontrol (waktu dan tempat), lanjutan keperawatan diet yang harus dikonsumsi, obat yang harus diminum, aktivitas dan istirahat, keperawatan diri.
- 4) Memberikan hasil pemeriksaan kepada pasien atau keluarganya.
- 5) Membuatkan dan memberikan surat yang diperlukan seperti surat keterangan sakit, dan surat kontrol.
- 6) Mendokumentasikan perencanaan pulang.

b. Anggota Tim

Ikut membantu pelaksanaan perencanaan pulang yang telah dilakukan oleh ketua tim.

### Alur Discharge Planning



Gambar 2.6 Alur Discharge Planning

## 2.3 Konsep Kinerja

### 2.3.1 Pengertian

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2012). Kinerja atau performance merupakan *efforts* (upaya atau aktivitas) ditambah *achievements* (hasil kerja atau pencapaian hasil upaya). Selanjutnya kinerja dirumuskan sebagai  $P = E + A$ . *Performance = Efforts + Achievement* (Supriyanto & Ratna, 2007).

Kinerja berasal dari kata *to perform* artinya (1) melakukan, menjalankan, melaksanakan (*To do or carry of a execute*), (2) memenuhi atau melaksanakan

kewajiban suatu intense atau niat (*to discharge of fulfill*), (3) melaksanakan atau menyempurnakan tanggung jawab (*to execute or complete an understanding*), (4) melakukan sesuatu yang diharapkan oleh seseorang atau mesin (*to do what is expected of a person, machine*). Robbins S, 1996, mendefinisikan kinerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan ( $A=ability$ ), motivasi ( $M=motivation$ ) dan kesempatan ( $O=opportunity$ ).  $Performance = f.(AxMxO)$

Dalam perkembangannya disadari bahwa dalam melaksanakan fungsi dan kegiatan karyawan berhubungan dengan kepuasan dan tingkat besaran imbalan, sehingga dapat ditambahkan faktor lain yaitu (1) harapan mengenai imbalan, (2) persepsi terhadap tugas, (3) dorongan eksternal atau kepemimpinan (4) kebutuhan A Maslow, (5) faktor pekerjaan (desain, umpan balik, pengawasan dan pengendalian). Jadi kinerja merupakan gambaran pencapaian pelaksanaan (*achievement*) suatu program kegiatan perencanaan strategis dan operasional organisasi (*efforts*) oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas, sesuai dengan kewenangan dan tugas tanggung jawabnya, legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral. Kinerja sendiri merupakan penjabaran visi, misi, tujuan dan strategi organisasi (Nursalam, 2016).

### **2.3.2 Output Kinerja Perawat**

Pelayanan keperawatan dilaksanakan melalui aktivitas asuhan keperawatan yang dilandasi oleh sikap profesional, didasari oleh kompetensi dan nilai-nilai etik keperawatan, bekerja sesuai dengan standar profesi (DPP PPNI,1999). Kinerja profesional keperawatan merupakan rangkaian aktivitas pelayanan keperawatan yang diberikan perawat melalui penerapan standar kinerja yang dijadikan ukuran

sebagai arah dalam pelaksanaan praktik keperawatan yang didasari oleh kompetensi keperawatan (Nursalam, 2016).

Standar pelayanan keperawatan adalah pernyataan deskriptif mengenai kualitas pelayanan yang diinginkan untuk menilai pelayanan keperawatan yang telah diberikan pada pasien (Nursalam, 2016). Tujuan standar keperawatan adalah meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mengurangi biaya asuhan keperawatan, dan melindungi perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik.

Dalam menilai kualitas pelayanan keperawatan kepada klien digunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar praktik keperawatan dilakukan melalui proses asuhan keperawatan yang akan menghasilkan *output* yang bisa dirasakan oleh perawat ataupun pasien. *Out put* dari asuhan keperawatan model tim di RS Muhammadiyah Babat dapat dilihat dari kelengkapan dokumentasi keperawatan dan kepuasan pasien.

#### 1. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan hal yang sangat penting untuk mengukur keberhasilan kinerja perawat dalam melaksanakan ke lima standar praktek keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan adalah dokumen penting karena merupakan bukti dari pelaksanaan asuhan keperawatan. Pendokumentasian menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan berisi catatan tentang respon pasien terhadap tindakan medis, tindakan keperawatan, dan reaksi pasien terhadap penyakit (RI, 1994).

Dokumentasi juga merupakan bukti bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi, dan pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawat untuk perawatan pasien (Nursalam, 2001). Sebagai bukti pelayanan asuhan keperawatan maka dokumentasi mempunyai tujuan sebagai berikut :

- a. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan.
- b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.

Dokumentasi asuhan keperawatan harus dibuat dengan lengkap, jelas, obyektif, ada tanggal dan harus ditandatangani oleh perawat, karena mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek, yaitu:

#### 1) Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan proses keperawatan, dokumentasi tersebut dapat dijadikan barang bukti di pengadilan.

- 2) Jaminan Mutu Pelayanan Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberikan kemudahan kepada perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien sehingga membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

### 3) Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada, kemudian menjadikan sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

### 4) Keuangan

Dokumentasi memiliki nilai dari segi keuangan, karena semua tindakan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan yang dicatat dengan lengkap dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi pasien.

### 5) Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

### 6) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian karena data yang terkandung di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek penelitian dan pengembangan profesi keperawatan.

### 7) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tingkat

keberhasilan pemberian asuhan keperawatan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

Komponen dokumentasi asuhan keperawatan meliputi komponen isi dokumentasi dan komponen dalam konsep penyusunan dokumentasi (Nursalam, 2001) :

2. Komponen Isi Dokumentasi Meliputi:

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan guna mengidentifikasi, mengenali masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan .

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah pasien baik yang nyata maupun yang potensial berdasarkan data yang telah diperoleh yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas kewenangan perawat untuk melakukannya.

c. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah rencana menyusun tindakan keperawatan yang akan dilakukan perawat guna menanggulangi masalah pasien sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kesehatan pasien. Komponen rencana keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan keperawatan.

d. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah implementasi keperawatan terhadap pasien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat

dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk di dalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya pelaksanaan asuhan keperawatan.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien yang meliputi subyek, obyek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*).

f. Tanda Tangan dan Nama Terang Perawat

Tanda tangan dan nama terang perawat harus tercantum dalam kolom yang tersedia pada formulir asuhan keperawatan secara jelas sebagai bukti legal dan tanggung jawab atas pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

g. Catatan Keperawatan

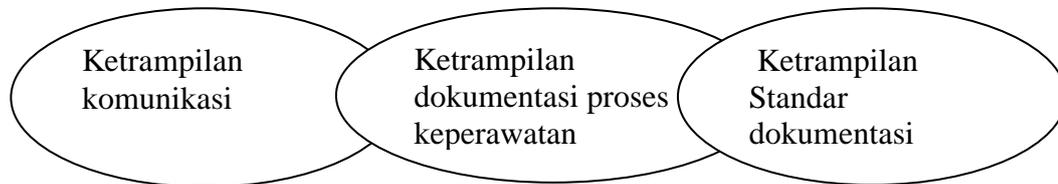
Catatan keperawatan diisi secara lengkap dan jelas setiap memberikan asuhan keperawatan maupun tindakan yang diinstruksikan oleh dokter.

h. Resume Keperawatan

Resume keperawatan diisi setelah pasien dinyatakan boleh pulang atau meninggal dunia maupun pada pasien yang pulang atas permintaan sendiri, yang berisi rangkaian secara singkat dan jelas atas asuhan yang keperawatan yang telah diberikan.

Komponen dalam konsep penyusunan dokumentasi mencakup tiga aspek yang saling berhubungan, saling terkait, dan dinamis, yaitu: ketrampilan komunikasi, ketrampilan dokumentasi proses keperawatan,

dan standar dokumentasi. Ketiga aspek tersebut tergambar sebagai berikut (Nursalam, 2001)



Gambar 2.7 Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan

a. Ketrampilan Komunikasi

Dokumentasi merupakan sarana komunikasi tertulis, maka dokumentasi harus dituliskan dengan bahasa yang baku, mudah dimengerti, berisi informasi yang akurat.

b. Ketrampilan Dokumentasi Proses Keperawatan

Dokumentasi keperawatan dipoerlukan ketrampilan perawat dalam mencatat proses keperawatan seperti ketrampilan mengidentifikasi masalah dan kebutuhan untuk perawatan

c. Ketrampilan Standar Dokumentasi

Ketrampilan standar dokumentasi merupakan ketrampilan untuk dapat memenuhi dan melaksanakan standar dokumentasi yang telah ditetapkan dengan tepat, dalam hal ini adalah ketrampilan menulis yang sesuai standar dokumentasi dengan konsisten, menggunakan pola yang efektif, dan akurat.

2. Kepuasan pasien

Kepuasan pasien merupakan rasa lega atau senang karena harapan tentang sesuatu kebutuhan pasien tersebut terpenuhi oleh pelayanan

keperawatan meliputi aspek fisik, mental dan sosial. Bila diuraikan berarti kepuasan terhadap lingkungan, suhu, udara, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, *privacy* dan tarif (Yangga Dzikrin Nur, 2016). Kepuasan pasien merupakan salah satu dari *output* kinerja pelayanan keperawatan. Bila kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat baik maka pasien merasa puas (Astuti & Eny, 2014). Parasuraman (2001:26) mengemukakan konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah layanan "RATER" (*responsiveness, assurance, tangible, empathy dan reliability*) (Nursalam, 2016). Inti konsep layanan RATER membentuk sikap dan perilaku untuk memberikan bentuk pelayanan yang kuat dan mendasar agar mendapat penilaian sesuai dengan kualitas layanan yang diterima. Aplikasi layanan dengan menggunakan konsep "RATER" yang dikemukakan oleh Parasuraman (2001:32) sebagai berikut (Nursalam, 2016):

a. Daya Tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap dalam pelayanan asuhan keperawatan berupa pemberian berbagai penjelasan dengan bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk yang dilakukan tentang berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahui oleh pasien dan keluarga (Nursalam, 2016). Perawat sebagai pemberi pelayanan kepada pasien dan keluarga harus selalu menyikapi berbagai keluhan dengan respek positif dari daya tanggap pemberi pelayanan.

b. Jaminan (*Assurance*)

Jaminan (*assurance*) merupakan kepastian dari pemberi pelayanan, sehingga orang yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa semua pelayanan selesai dengan kecepatan, kemudahan, kelancaran dan kualitas yang diberikan (Nursalam, 2016). Jaminan pelayanan ini ditentukan oleh *performance* atau kinerja pelayanan.

Perawat dituntut dalam memberikan pelayanan andal secara mandiri dan profesional, memiliki perilaku kepribadian yang baik kepada pasien dan keluarga. Perawat harus mampu memberikan pelayanan dengan cepat, tepat, mudah, lancar, berkualitas, menunjukkan komitmen yang tinggi, berperilaku yang baik dalam memberikan asuhan keperawatan.

c. Bukti Fisik (*Tangible*)

Kualitas layanan berupa kondisi fisik merupakan bentuk kualitas layanan nyata yang memberikan adanya apresiasi dan membentuk imej positif bagi setiap individu yang dilayaninya (Nursalam, 2016). Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien mempunyai kemampuan secara fisik dalam menggunakan alat dan perlengkapan pelayanan, menginovasi dan mengadopsi teknologi dan menunjukkan suatu *performance* tampilan yang cakap dan berwibawa dan memiliki integritas yang tinggi.

d. Empati (*Empathy*)

Empati dalam pelayanan merupakan suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian untuk mengembangkan dan melakukan pelayanan

sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari pihak yang diberi pelayanan. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan mampu memahami pasien dengan penuh perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan adanya keterlibatan dalam berbagai masalah keperawatan yang dihadapi pasien.

e. Keandalan (*Reliability*)

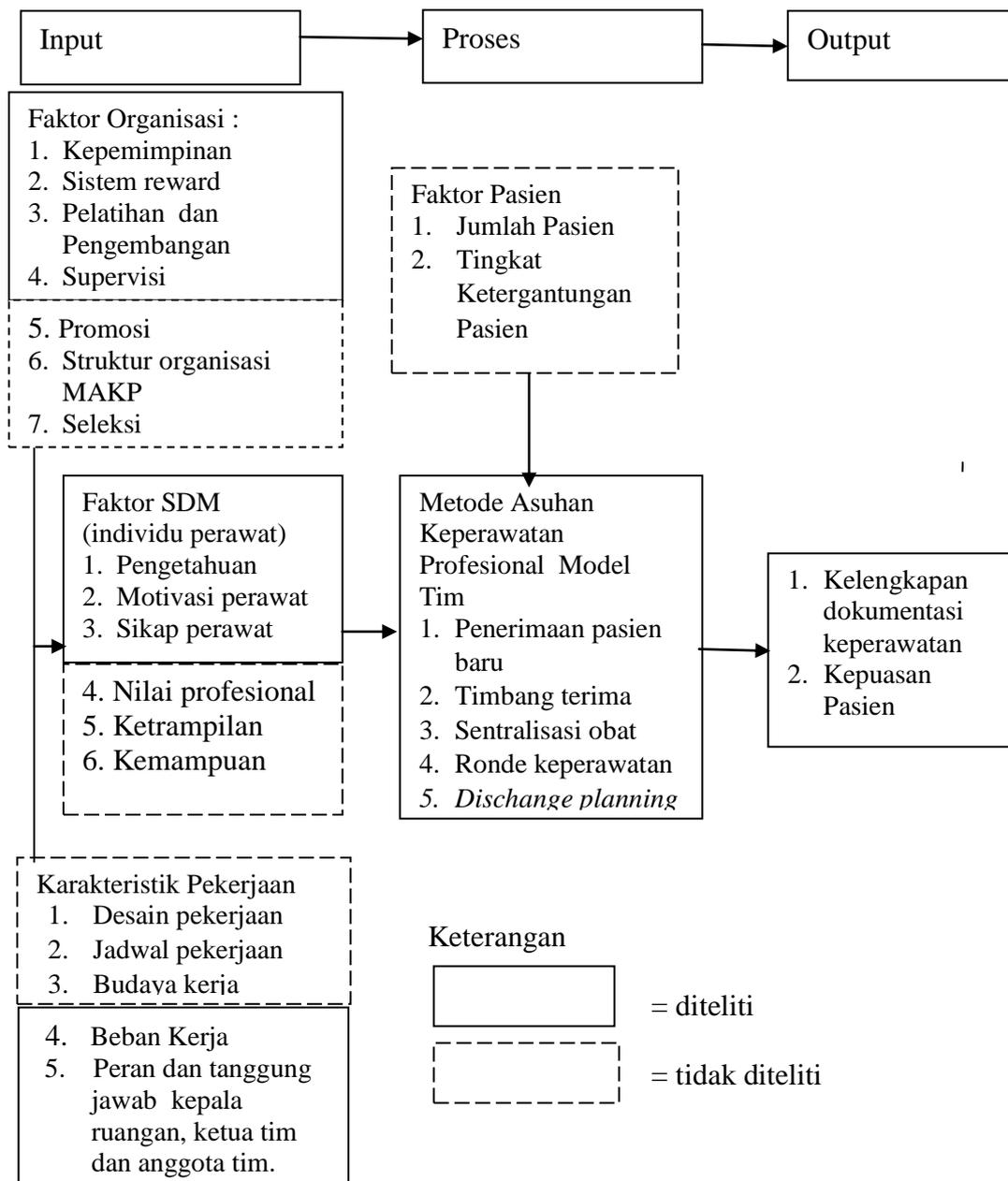
Keandalan artinya pemberi pelayanan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada penerima pelayanan. Penilaian keandalan ini dilihat dari pemberi pelayanan dalam memberikan pelayanan secara cepat, tepat, mudah dan lancar (Nursalam, 2016). Perawat harus memiliki kemampuan yang andal, mengetahui prosedur kerja, mekanisme kerja, mampu memperbaiki kekurangan yang tidak sesuai prosedur kerja dan mampu memberikan pengarahan kepada pasien benar.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**

Berdasarkan teori yang dijelaskan pada bab sebelumnya maka pada bab ini menguraikan kerangka konseptual.



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Optimalisasi Penerapan MAKP Model Tim Dalam Meningkatkan Kinerja di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat

### 3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual

Berdasarkan gambar 3.1 tentang kerangka konseptual menggambarkan variabel yang mempengaruhi kinerja berdasarkan teori Kopelmen 1986 kinerja dipengaruhi beberapa faktor antara lain faktor organisasi, faktor SDM perawat dan karakteristik pekerjaan. Faktor tersebut juga mempengaruhi perilaku perawat dalam pelaksanaan MAKP dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Rumah Sakit Muhammadiyah Babat menggunakan MAKP model tim dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, yang dalam pelaksanaannya dipengaruhi faktor organisasi dan faktor individu perawat dan karakteristik pekerjaan.

Faktor organisasi yang mempengaruhi pelaksanaan MAKP tim diantaranya kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi. Sedangkan faktor SDM perawat terdiri atas, pengetahuan perawat, motivasi perawat dan sikap perawat. Faktor karakteristik pekerjaan yang mempengaruhi pelaksanaan MAKP model tim adalah peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim, dan anggota tim dan beban kerja perawat. Menurut Kopelmen (1986) faktor organisasi yakni kepemimpinan dan sistem reward mempengaruhi kinerja individu atau organisasi melalui motivasi. Peneliti memberikan asumsi apabila kepemimpinan dan sistem reward dalam organisasi baik akan meningkatkan motivasi perawat sehingga pelaksanaan MAKP model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat dilaksanakan secara optimal sehingga menghasilkan kepuasan pasien dan asuhan keperawatan terdokumentasi dengan baik, akurat, akuntabel dan lengkap.

Kopelmen juga berpendapat pendidikan dan pengembangan berpengaruh terhadap kinerja individu dan organisasi melalui pengetahuan. Peneliti akan melakukan penelitian terhadap pengetahuan perawat tentang pemahaman pelaksanaan MAKP model tim. Pada proses pelaksanaan asuhan keperawatan model tim di RS Muhammadiyah Babat yang merupakan kinerja perawat peneliti akan melakukan penelitian tentang pelaksanaan asuhan keperawatan model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat yang diaplikasikan dalam proses penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning*. Tahap *out put* peneliti melihat hasil kinerja perawat berupa kelengkapan dokumentasi keperawatan dan kepuasan pasien.

Pemahaman perawat terhadap pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional (MAKP) model tim yang baik didukung motivasi dari perawat dan kepemimpinan kepala ruangan dan ketua tim, adanya sistem reward, pelatihan dan pengembangan yang secara terus menerus dan selalu ada supervisi dari manajemen keperawatan, penerapan MAKP di RS Muhammadiyah Babat akan dilaksanakan secara optimal sesuai dengan standar dan akan menghasilkan kinerja yang baik sehingga akan memberikan kepuasan yang tinggi kepada pasien.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Jenis dan Rancang Bangun Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian diskriptif observasional yang akan meneliti fenomena atau kejadian yang telah ada dan diduga ada hubungan sebab akibat. Rancang bangun penelitian menggunakan *cross sectional* dengan variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (Setiadi, 2013).

Penelitian *cross sectional* merupakan penelitian yang menguji hubungan sebab (*cause*) dengan akibat (*effect*) yang dihasilkan. Penelitian ini akan menguji faktor yang menyebabkan pelaksanaan MAKP model tim yang belum sesuai dengan standar terdiri dari faktor organisasi, faktor SDM perawat dan faktor karakteristik pekerjaan sedang efeknya hasil kinerja perawat.

#### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Penelitian ini dilakukan mulai dengan penyusunan proposal bulan Oktober dan rencana penelitian bulan Februari sampai dengan Maret 2019.

#### 4.3 Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini seluruh perawat ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat berjumlah 25 perawat. Sedangkan populasi pasien semua

pasien yang menjalani rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Sampel penelitian ini :

##### 1. Perawat

Perawat yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat rawat inap RS Muhammadiyah Babat yang memenuhi kriteria inklusi sebesar 22 perawat. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Pendidikan minimal DIII keperawatan
- b. Bersedia diteliti
- c. Bekerja lebih dari 1 tahun

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2016). Kriteria eksklusi pada penelitian ini perawat dengan masa kerja kurang satu tahun, perawat yang sedang mengambil cuti lebih dari 2 bulan.

##### 2. Pasien

Sampel pasien didapat dari pasien yang rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.. Besar sampel pasien diambil dari jumlah pasien rawat inap di ruang rawat inap di RS Muhammadiyah Babat dilakukan mulai tanggal 25 Februari sampai dengan 15 Maret sebanyak 104 pasien.

##### 3. Status Rekam Medis Pasien

Jumlah sampel yang digunakan sebagai studi dokumentasi adalah jumlah rekam medis diambil secara sampling setelah pasien pulang mulai tanggal 25 Februari dengan 15 Maret sebanyak 22 rekam medis.

### 4.3.3 Tehnik *Sampling*

#### 1. Tehnik pengambilan sampel perawat

Sampel perawat diambil dengan menggunakan tehnik *Non Probability sampling* atau pemilihan non random dengan cara *purposive sampling* (sampel purposif). Sampel dipilih secara cermat dan memiliki ciri yang spesifik yang diambil dari populasi yang dianggap representatif dan biasa disebut *judgement sampling* (S & J, 2011).

#### 2. Tehnik Pengambilan Sampel Pasien

Sampel pasien diambil dengan menggunakan rumus menurut Notoatmojo (2002) sebagai berikut

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

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan

Jadi besarnya sampel pasien bila dihitung dengan rumus tersebut diatas adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{142}{1 + 142(0,05^2)} = 104 \text{ pasien}$$

#### 3. Tehnik Pengambilan Sampel Dokumentasi Rekam Medis Pasien

Sampel rekam medis pasien pasien yang sudah pulang pada saat penelitian diambil dengan secara acak atau *simple random sampling*.

Rumus yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel berdasarkan

rumus Krejcie dan Morgan “*Educational and Psychological Measurement*” 1970.

$$S = \frac{X^2 N \cdot p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + X^2 \cdot p (1 - p)}$$

$$N = 25$$

$$S = \frac{(3,841^2) 25 \cdot 0,50 (1 - 0,50)}{0,05^2 (25 - 1) + 3,841^2 \cdot 0,50 (1 - 0,50)}$$

$$S = 22$$

S = besar sampel yang diinginkan

N = besar populasi

p = taksiran proporsi (0,50)

d = degree of reliability (0,50)

$X^2$  = nilai tabel *chi-square* untuk satu *degree of freedom*, *confludence level*

$$0,95=3,84$$

#### 4.3.4 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara, responden perawat mengisi kuesioner secara mandiri. Responden akan mengisi kuesioner tentang faktor organisasi yang terdiri dari kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi. Faktor sumber daya perawat terdiri dari pengetahuan, motivasi dan sikap perawat. Faktor karakteristik pekerjaan terdiri dari peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim pengambilan data dengan tehnik observasi menggunakan ceklist. Sedang beban kerja peneliti melakukan observasi kegiatan perawat dengan tehnik *work sampling*.

Identifikasi data tentang pelaksanaan MAKP model tim yang meliputi proses penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan dan *discharge planning* dilakukan melalui cara observasi dengan panduan ceklist.

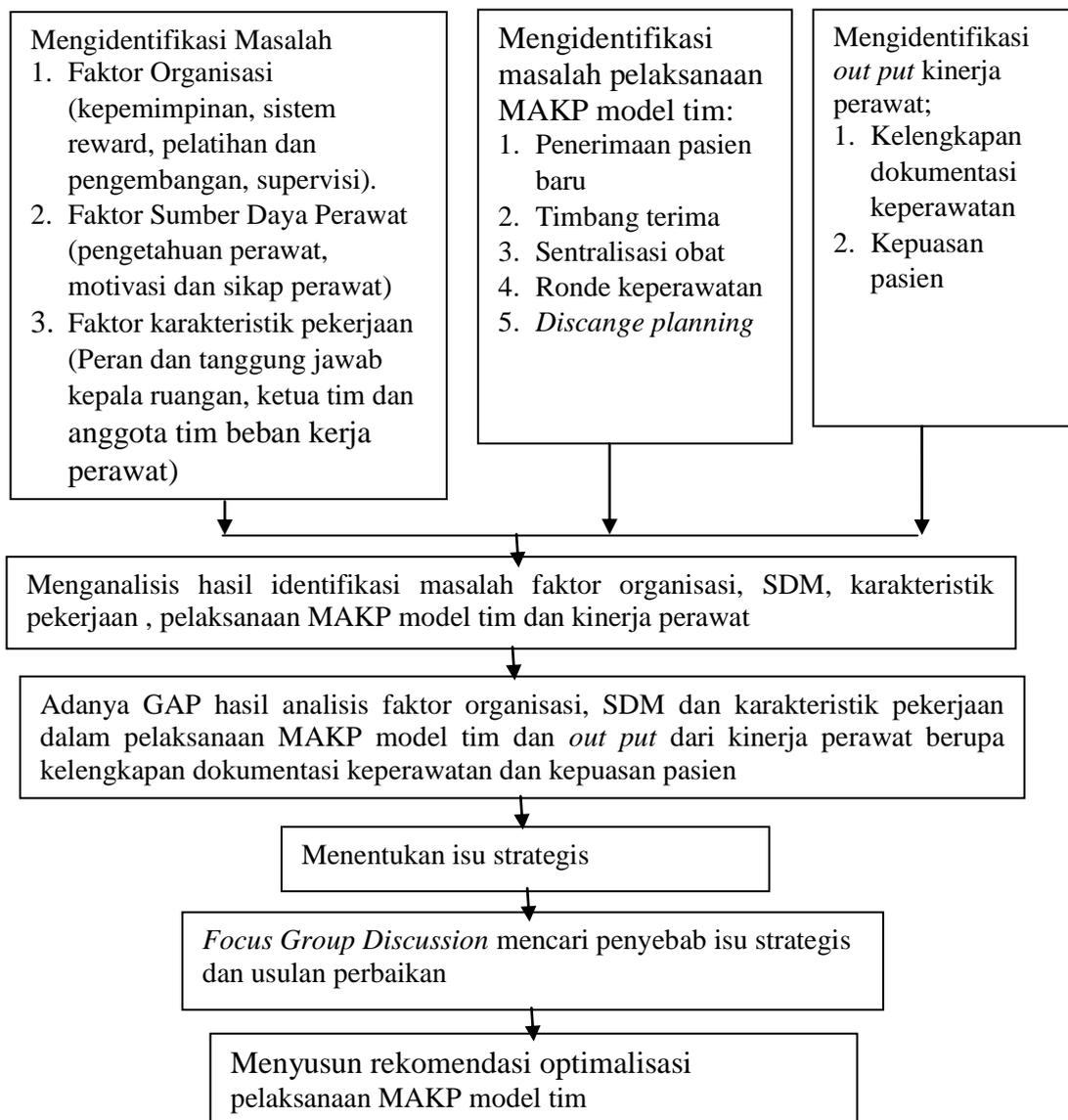
Kelengkapan pengisian dokumen asuhan keperawatan di rekam medis menggunakan data sekunder yang berasal studi dokumen pada status rekam medis pasien yang sudah pulang.

Adapun langkah proses pengumpulan data sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan penelitian mengajukan permohonan ijin akan melakukan penelitian di RS Muhammadiyah Babat kepada Direktur.
2. Mendapatkan ijin untuk pengambilan data dan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.
3. Memberikan penjelasan kepada perawat sebagai responden penelitian.
4. Perawat yang memenuhi persyaratan inklusi setuju sebagai responden dan bertanda tangan dilembar persetujuan sebagai responden.
5. Peneliti menyebarkan kuesioner kepada responden dan akan diambil 3 hari setelah responden diterima.
6. Peneliti mengambil hasil kuesioner yang telah diisi oleh responden.
7. Peneliti juga melakukan observasi dan wawancara kepada perawat tentang kegiatan perawat baik kegiatan produktif yang langsung maupun tidak langsung dan kegitanan non produktif yang dilakukan perawat selama bekerja dalam satu shift untuk menghitung beban kerja perawat.
8. Peneliti mengobservasi yang dilakukan oleh kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dalam melakukan peran dan tanggung jawabnya dalam pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim. Selain itu peneliti juga mengobservasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat meliputi, penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning*.

9. Peneliti melakukan studi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Rekam medis yang dinilai adalah rekam medis pasien yang telah pulang dan diambil secara acak.
10. Peneliti selanjutnya melakukan telaah sesuai kondisi riel yang ada di RS Muhammadiyah Babat.

#### 4.4 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Optimalisasi Penerapan Asuhan Keperawatan Model Tim dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat

Dari gambar 4.1 dapat dijelaskan bahwa penelitian ini terbagi menjadi beberapa langkah pelaksanaan. Langkah pertama mengidentifikasi, selanjutnya menganalisis hasil identifikasi untuk menentukan isu strategis. Adanya isu strategis dilakukan *focus group discussion* untuk mencari penyebab dan usulan perbaikannya, yang akan digunakan peneliti menyusun rekomendasi terkait optimalisasi pelaksanaan asuhan keperawatan model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

#### 1. Tahap Identifikasi

Pada tahap ini peneliti mengidentifikasi faktor yang mendasari pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat.

- a. Mengidentifikasi faktor organisasi yang terdiri kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi.
- b. Mengidentifikasi faktor sumber daya perawat terdiri dari pengetahuan, motivasi dan sikap perawat.
- c. Mengidentifikasi faktor karakteristik pekerjaan tentang tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja perawat.
- d. Mengidentifikasi pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.
- e. Mengidentifikasi hasil kinerja perawat dalam pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim berupa kelengkapan dokumentasi keperawatan dan kepuasan pasien.

Hasil identifikasi digambarkan dalam bentuk distribusi frekuensi dari masing-masing variabel.

## 2. Tahap Analisis

- a. Menganalisis hubungan faktor organisasi yang terdiri kepemimpinan, system reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi dengan pelaksanaan MAKP model tim.
- b. Menganalisis hubungan faktor sumber daya perawat terdiri dari pengetahuan, motivasi dan sikap perawat dengan pelaksanaan MAKP model tim.
- c. Menganalisis hubungan faktor karakteristik pekerjaan tentang peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tin dan beban kerja perawat dengan pelaksanaan MAKP model tim.
- d. Menganalisis pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim di RS Muhammadiyah Babat terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan dan kepuasan pasien.
- e. Merumuskan isu strategis untuk pengembangan pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim.
- f. Melakukan FGD dengan manajemen keperawatan untuk menentukan penyebab isu strategis dan mendapatkan usulan perbaikan yang digunakan sebagai rekomendasi.
- g. Menyusun rekomendasi untuk optimalisasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim dalam peningkatan kinerja di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

## **4.5 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional**

### **4.5.1 Identifikasi Variabel**

Identifikasi variabel dalam penelitian ini terbagi menjadi 2 variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen.

#### **1. Variabel Independen**

Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor yang mempengaruhi MAKP model tim yang terdiri dari faktor organisasi (kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi), faktor sumber daya perawat (pengetahuan, motivasi dan sikap perawat) dan faktor karakteristik pekerjaan yaitu peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja.

#### **2. Variabel Dependen**

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tentang pelaksanaan MAKP model tim yang diaplikasikan dalam penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *dischnage planning* dan hasil kinerja perawat berupa kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dan kepuasan pasien.

### **4.5.2 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah suatu pengertian operasional suatu data yang digunakan dalam analisis penelitian untuk mengurangi salah pengertian atas data tersebut. Definisi operasional penelitian ini tentang pembatasan tentang parameter yang akan diukur, parameter yang akan dicapai, alat ukur yang digunakan, skala data dan kriteria yang didapat. Definisi operasional dalam penelitian ini dijelaskan setiap variabelnya yaitu variabel independen dan variabel dependen sebagaimana tabel 4.1

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel, Parameter, Alat Ukur, Skala Data dan kategori.

No	Variabel	Definisi Operasional dan Parameter	Alat Ukur	Skala data	Kategori
	<b>Independen</b>				
1	Kepemimpinan	Kemampuan kepala ruangan dan keua tim mempengaruhi aktivitas tim dalam penerapan asuhan keperawatan kepada pasien untuk mencapai tujuan dalam pengelolaan MAKP model tim. 1. Adanya perencanaan 2. Pengarahan 3. Koordinasi antara kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim	Kuesioner Dengan skala likert 1-4 1=Tidak pernah 2=Kadang-kadang 3=Sering 4=Selalu	ordinal	Kategori penilaian Kode 1: Kurang (skor 6 -12) Kode 2: Cukup (skor 13 -18) Kode 3: Baik (skor 19 -24)
2	Sistem reward	RS memberikan apresiasi kepada suatu prestasi tertentu pada perawat dalam bentuk materi atau pujian, untuk meningkatkan kinerja dalam pemberian asuhan. keperawatan model tim 1. Gaji, insentif dan bonus yang diterima 2. Perhatian pada prestasi pegawai 3. Kesempatan untuk mengembangkan diri	Kuesioner Dengan skala likert 1-4 1=Tidak setuju 2=Kurang setuju 3=Setuju 4=Sangat setuju	ordinal	Kategori penilaian Kode 1: Kurang (skor 5 - 10) Kode 2: Cukup (skor 11 -15) Kode 3: Baik (skor 16 -20)
3	Pelatihan & pengembangan	Serangkaian aktifitas yang dirancang oleh rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan dan kemampuan karyawan. 1. Adanya peningkatan pengetahuan. 2. Adanya peningkatan keahlian dan ketrampilan.. 3. Adanya peningkatan kemampuan perawat dalam pelaksanaan MAKP model tim	Kuesioner Dengan skala likert 1-4 1=Tidak setuju 2=Kurang setuju 3=Setuju 4=Sangat setuju	ordinal	Kategori penilaian Kode 1: Kurang (skor 7 - 14) Kode 2: Cukup (skor 15 -21) Kode 3: Baik (skor 22 -28)

Dilanjutkan ke halaman 95

Lanjutan Tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional dan Parameter	Alat Ukur	Skala data	Kategori
	<b>Independen</b>				
4	Supervisi	<p>Pengamatan atau pengawasan langsung terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh kepala ruangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adanya Supervisi langsung terhadap kegiatan oleh pimpinan keperawatan.</li> <li>Supervisi tidak langsung oleh pimpinan keperawatan</li> </ol>	<p>Kuesioner Dengan skala likert 1-4</p> <p>1=Tidak pernah 2=Kadang-kadang 3=Sering 4=Tidak pernah</p>	ordinal	<p>Kategori penilaian</p> <p>Kode 1: Kurang (skor 6 - 12)</p> <p>Kode 2: Cukup (skor 13 - 18)</p> <p>Kode 3: Baik (skor 19 - 24)</p>
5	Pengetahuan	<p>Pemahaman perawat tentang pelaksanaan Asuhan keperawatan professional model tim.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perawat mengetahui pengertian, peran dan tanggung jawab masing-masing dalam tim.</li> <li>Perawat mampu melakukan tahapan pelaksanaan asuhan keperawatan model tim.</li> </ol>	<p>Kuesioner Dengan jawaban</p> <p>1=Ya 0=tidak</p>	ordinal	<p>Kategori penilaian</p> <p>Kode 1: Kurang (skor 0 - 3)</p> <p>Kode 2 : Cukup (skor 4 - 7)</p> <p>Kode 3 : Baik (skor 8 - 10)</p>
6	Motivasi	<p>Perasaan atau pikiran yang mendorong perawat melakukan pekerjaan asuhan keperawatan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adanya semangat dari perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang lebih baik.</li> <li>Adanya rasa tanggung jawab dalam bekerja.</li> </ol>	<p>Kuesioner Dengan skala likert 1-4</p> <p>1=Tidak setuju 2=Kurang setuju 3=Setuju 4=Sangat setuju</p>	ordinal	<p>Kategori penilaian</p> <p>Kode 1: Kurang (skor 8 - 16)</p> <p>Kode 2: Cukup (skor 17 - 24)</p> <p>Kode 3: Baik (skor 25 - 32)</p>

Dilanjutkan ke halaman 96

Lanjutan Tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional dan Parameter	Alat Ukur	Skala data	Kategori
	<b>Independen</b>				
7	Sikap	Perasaan pikiran, kecenderungan untuk melaksanakan asuhan keperawatan profesional model tim. 1. Perawat lebih senang melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan asuhan keperawatan model tim. 2. Adanya komunikasi yang baik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional sehingga asuhan keperawatan kepada pasien lebih efektif dan berkesinambungan.	Kuesioner Dengan skala likert 1-4 1=Tidak setuju 2=Kurang setuju 3=Setuju 4=Sangat setuju	ordinal	Kategori penilaian Kode 1: kurang (skor 6-12) Kode 2: Cukup (skor 13-18) Kode 3: Baik (skor 19-24)
8	Peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim	1. Peran dan tanggung jawab masing – masing tim yang terdiri dari kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dalam pemberian asuhan keperawatan professional pada sekelompok klien. 1. Peran dan tanggung jawab kepala ruangan a. Perencanaan b. Pengorganisasian c. Pengarahan d. Pengawasan 2. Peran dan tanggung jawab ketua tim a. Perencanaan asuhan keperawatan b. Pengarahan c. Supervisi d. Evaluasi 3. Peran dan tanggung jawab anggota tim a. Melaksanakan asuhan keperawatan b. Bekerjasama dengan tim c. Memberikan laporan	Observasi Dilakukan :22 Tidak = 0 Ya = 1	Ordinal 1	Kategori penilaian Kode 1: Kurang bila $\leq 50\%$ Kode 2 : Cukup bila 51% -74 % Kode 3 : Baik bila $\geq 75\%$

Dilanjutkan ke halaman 97

Lanjutan Tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional dan Parameter	Alat Ukur	Skala data	Kategori
	<b>Independen</b>				
9	Beban kerja	Kegiatan pelayanan asuhan keperawatan yang dibebankan pada perawat saat bertugas. 1. Beban kegiatan langsung 2. Beban kegiatan tak langsung 3. Beban kegiatan non produktif	<i>Work sampling</i>	ordinal	Kategori Kode 3: Rendah < 70% Kode 2 : Sedang bila 70% -80 % Kode 1: Tinggi bila > 80%
	<b>Defenden</b>				
10	Penerapan MAKP Model Tim terdiri dari	Pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh sekelompok perawat profesional dan melibatkan perawat teknikal bertanggungjawab dan berkoordinasi selama dinas shift. Penerapan asuhan keperawatan profesional model tim ini diaplikasikan menjadi 5 kegiatan seperti :			
	1. Penerimaan pasien baru	Kegiatan terstruktur yang dilakukan dalam menerima kedatangan pasien baru di ruang rawat inap. Kegiatan yang meliputi : a. Persiapan b. Proses pelaksanaan c. Evaluasi atau terminasi penerimaan pasien baru	Observasi sebanyak 22 kali Dilakukan Tidak = 0 Ya = 1	Ordinal	Penilaian Kode 1: Kurang ≤ 50% Kode 2 : Cukup bila 51% - 74% Kode 3 : Baik bila ≥ 75%
	2. Timbang terima	Timbang terima merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh tim yang sedang dinas menyampaikan keadaan pasien kepada tim pengganti sebagai penerima laporan yang dipimpin oleh kepala ruangan atau ketua tim.	Observasi sebanyak 22 kali Dilakukan Tidak = 0 Ya = 1	Ordinal	Kategori penilaian Kode 1: Kurang bila ≤ 50%

Dilanjutkan ke halaman 98

Lanjutan Tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional dan Parameter	Alat Ukur	Skala data	Kategori
	<b>Defenden</b>				
		a. Persiapan timbang terima b. Proses atau pelaksanaan timbang terima. c. Materi atau isi dalam timbang terima d. Evaluasi atau terminasi timbang terima			Kode 2 : Cukup bila 51-74 % Kode 3: Baik bila $\geq$ 75%
	3. Sentralisasi obat	Suatu kegiatan pengelolaan obat dimana semua obat baik obat injeksi maupun obat oral yang akan diberikan kepada pasien diserahkan kepada perawat. Adanya kegiatan: a. Persiapan sentralisasi obat. b. Proses pelaksanaannya c. Evaluasi atau terminasi	Observasi 22 kali Dilakukan : Tidak ;0 Ya : 1	Ordinal	Kode 1: Kurang bila $\leq$ 50% Kode 2 : Cukup bila 51-74 % Kode 3: Baik bila $\geq$ 75
	4. Ronde keperawatan	Suatu kegiatan untuk menggali secara mendalam masalah keperawatan pasien yang melibatkan seluruh tim dan perawat konselor serta pasien sebagai fokus kegiatan. Kegiatannya a. Persiapan atau pra ronde keperawatan b. Proses pelaksanaan ronde c. Evaluasi atau terminasi	Observasi 22 kali Dilakukan : Tidak ;0 Ya : 1	Ordinal	Kode 1 : Kurang bila $\leq$ 50% Kode 2 : Cukup bila 51-74 % Kode 3: Baik bila $\geq$ 75
	5. <i>Discharge planning</i>	<i>Discharge planning</i> merupakan suatu proses dinamis dan sistematis yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. <i>Discharge planning</i> dilakukan segera setelah pasien masuk dan akan keluar rumah sakit	Observasi sebanyak 22 kali Dilakukan : Tidak = 0 Ya = 1	Ordinal	Kategori penilaian Kode 1: Kurang bila $\leq$ 50% Kode 2 : Cukup bila 51 - 74% Kode 3 ; Baik bila $\geq$ 75%

Dilanjutkan ke halaman 99

Lanjutan Tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional dan Parameter	Alat Ukur	Skala data	Kategori
	<b>Defenden</b>				
		Kegiatan meliputi: a. Proses pelaksanaan <i>discharge planning</i> . b. Materi dalam <i>discharge planning</i> c. Evaluasi <i>discharge planning</i>			
11	Dokumentasi keperawatan	Bukti legal tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan merupakan tanggung jawab perawat yang harus dilengkapi di dalam rekam medis pasien mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi.. Dokumentasi asuhan keperawatan terisi lengkap dan akurat oleh perawat dan dapat dipertanggung jawabkan	Observasi Dilakukan : Tidak = 0 Ya = 1	Ordinal	Kategori penilaian Kode 1 : Kurang lengkap bila $\leq 50\%$ Kode 2 : Cukup lengkap bila 51-74% Kode 3 : lengkap bila $\geq 75\%$
12	Kepuasan pasien	Persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan dari hasil penerapan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode asuhan keperawatan model tim. Pasien dan keluarga terenuhi harapannya berdasarkan dimensi RATER ( <i>Reliability, Assurance, Tangibles Empathy, Responsiveness</i> )	Kuesioner Skala likert 1-4 dengan nilai 1=Tidak puas 2=Kurang puas 3=Puas 4= Sangat puas	Ordinal	Kategori penilaian Kode 1 : Tidak puas : $< 56\%$ Kode 2 ; Cukup puas :56-75 % Kode 3 ; Puas : 76-100%

## 4.6 Tehnik dan Prosedur Pengumpulan Data

### 4.6.1 Instrumen Penelitian

Intrumen penelitian yang digunakan adalah lembar kuesioner untuk pengumpulan data faktor organisasi (kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan, supervisi), faktor sumber daya manusia (pengetahuan, motivasi, sikap perawat). Instrumen yang digunakan untuk menilai beban kerja menggunakan lembar observasi dan wawancara kepada perawat. Pelaksanaan MAKP model tim yang diaplikasikan dalam kegiatan penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan dan *discharge planning* menggunakan instrumen penilaian lembar observasi.

Instrumen yang digunakan untuk menilai *output* kinerja perawat berupa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan cara melakukan studi dokumen rekam medis pasien yang sudah pulang. Sedangkan kepuasan pasien dinilai dengan menggunakan kuesioner kepada pasien atau keluarga pasien.

### 4.6.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada awal bulan Februari 2019 terhadap 15 perawat di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Hasil uji validitas pada *corrected item total correlation* menunjukkan  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel dengan sig 0,05. Untuk responden 15 maka  $r$  tabel = 0,514. Uji reliabilitas menggunakan *one shot measure* yang artinya hanya dilakukan satu kali pengukuran kemudian diuji. Uji reliabilitas menggunakan *Alpha Conbarch* yang membutuhkan satu kali pengukuran. Item dikatakan reliabel bila nilai hitung lebih dari atau sama dengan 0,6. Hasil uji validitas dan reliabilitas sebagai berikut.

## 1. Kuesioner Kepemimpinan

Tabel 4.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Kepemimpinan

No Item	R Tabel	R Hasil	Keterangan	Alpha Conbarch
Item 1	N=15 orang Sig 0,05 R tabel 0,514	0,735	Valid	0,938 Reliabel
Item 2		0,917	Valid	
Item 3		0,882	Valid	
Item 4		0,856	Valid	
Item 5		0,956	Valid	
Item 6		0,917	Valid	

Berdasarkan uji validitas kuesioner kepemimpinan dari 6 item semuanya valid. Uji reabilitas dengan menggunakan *Alpha Conbarch* nilai 0,938 yang berarti reliabel.

## 2. Kuesioner Sistem reward

Tabel 4.3 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Sistem Reward

No Item	R Tabel	R Hasil	Keterangan	Alpha Conbarch
Item 1	N=15 orang Sig 0,05 R tabel 0,514	0,845	Valid	0,853 Reliabel
Item 2		0,749	Valid	
Item 3		0,748	Valid	
Item 4		0,943	Valid	
Item 5		0,697	Valid	

Berdasarkan uji validitas kuesioner sistem reward dari 5 item semuanya valid. Uji reabilitas dengan menggunakan *Alpha Conbarch* nilai 0,853 yang berarti reliabel.

## 3. Kuesioner Pelatihan dan Pengembangan

Tabel 4.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Pelatihan &amp; Pengembangan

No Item	R Tabel	R Hasil	Keterangan	Alpha Conbarch
Item 1	N=15 orang Sig 0,05 R tabel 0,514	0,945	Valid	0,924 Reliabel
Item 2		0,534	Valid	
Item 3		0,886	Valid	
Item 4		0,834	Valid	
Item 5		0,925	Valid	
Item 6		0,955	Valid	
Item 7		0,767	Valid	

Berdasarkan uji validitas kuesioner pelatihan dan pengembangan dari 7 item semuanya valid. Uji reabilitas dengan menggunakan *Alpha Conbarch* nilai 0,924 yang berarti reliabel.

#### 4. Kuesioner Supervisi

Tabel 4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Supervisi

No Item	R Tabel	R Hasil	Keterangan	<i>Alpha Conbarch</i>
Item 1	N=15 orang Sig 0,05 R tabel 0,514	0,756	Valid	0,866
Item 2		0,756	Valid	Reliabel
Item 3		0,865	Valid	
Item 4		0,798	Valid	
Item 5		0,787	Valid	
Item 6		0,681	Valid	

Berdasarkan uji validitas kuesioner supervisi dari 6 item semuanya valid. Uji reabilitas dengan menggunakan *Alpha Conbarch* nilai 0,866 yang berarti reliabel.

#### 5. Kuesioner Pengetahuan

Tabel 4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan

No Item	R Tabel	R Hasil	Keterangan	<i>Alpha Conbarch</i>
Item 1	N=15 orang Sig 0,05 R tabel 0,514	0,955	Valid	0,957
Item 2		0,705	Valid	Reliabel
Item 3		0,919	Valid	
Item 4		0,955	Valid	
Item 5		0,919	Valid	
Item 6		0,955	Valid	
Item 7		0,785	Valid	
Item 8		0,955	Valid	
Item 9		0,664	Valid	
Item 10		0,798	Valid	

Berdasarkan uji validitas kuesioner pengetahuan dari 10 item semuanya valid. Uji reabilitas dengan menggunakan *Alpha Conbarch* nilai 0,957 yang berarti reliabel.

## 6. Kuesioner Motivasi

Tabel 4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Motivasi

No Item	R Tabel	R Hasil	Keterangan	<i>Alpha Conbarch</i>
Item 1		0,793	Valid	0,927
Item 2		0,793	Valid	Reliabel
Item 3		0,797	Valid	
Item 4		0,917	Valid	
Item 5		0,887	Valid	
Item 6		0,882	Valid	
Item 7		0,953	Valid	
Item 8		0,953	Valid	

Berdasarkan uji validitas kuesioner motivasi dari 8 item semuanya valid.

Uji reabilitas dengan menggunakan *Alpha Conbarch* nilai 0,927 yang berarti reliabel

## 7. Kuesioner Sikap

Tabel 4. 8 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Sikap Perawat

No Item	R Tabel	R Hasil	Keterangan	<i>Alpha Conbarch</i>
Item 1	N=15 orang Sig 0,05 R tabel 0,514	0,855	Valid	0,866
Item 2		0,914	Valid	Reliabel
Item 3		0,828	Valid	
Item 4		0,726	Valid	
Item 5		0,574	Valid	

Berdasarkan uji validitas kuesioner sikap perawat dari 5 item semuanya valid. Uji reabilitas dengan menggunakan *Alpha Conbarch* nilai 0,866 yang berarti reliabel

### 4.7 Pengolahan dan Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan dua tahap yang terdiri dari :

#### 4.7.1 Analisis Deskriptif

Teknik analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan faktor organisasi, faktor sumber daya manusia dalam bentuk statistik. Pada awal analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan data obyek yang diteliti berdasarkan hasil dari responden. Penyajian data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi.

Data yang diperoleh dari hasil kuesioner dikelompokkan dibuat skor dikode dan dikategorikan. Kode dan kategori untuk faktor organisasi dan faktor sumber daya manusia dari hasil kusioner sebagai berikut : kode 1 = kategori kurang, kode 2 = kategori cukup dan kode 3 = kategori baik. Secara terinci analisis pengelompokan data sebagai berikut :

##### 1. Faktor Organisasi

###### a. Kepemimpinan

$$\frac{\text{Nilai terbesar} - \text{nilai minimal}}{\Sigma \text{ Kategori}} = \frac{24 - 6}{3} = 6$$

Skor 6- 12 kategori kurang kode 1

Skor 13- 18 kategori cukup kode 2

Skor 19 – 24 kategori baik kode 3

###### b. Sistem reward

$$\frac{\text{Nilai terbesar} - \text{nilai minimal}}{\Sigma \text{ Kategori}} = \frac{20 - 5}{3} = 5$$

Skor 5 - 10 kategori kurang kode 1

Skor 11- 15 kategori cukup kode 2

Skor 16 – 20 kategori baik kode 3

## c. Pelatihan dan Pengembangan

$$\frac{\text{Nilai terbesar} - \text{nilai minimal}}{\Sigma \text{ Kategori}} = \frac{28 - 7}{3} = 7$$

Skor 7- 14 kategori kurang kode 1

Skor 15- 21 kategori cukup kode 2

Skor 22 – 28 kategori baik kode 3

## d. Supervisi

$$\frac{\text{Nilai terbesar} - \text{nilai minimal}}{\Sigma \text{ Kategori}} = \frac{24 - 6}{3} = 6$$

Skor 6- 12 kategori kurang kode 1

Skor 13- 18 kategori cukup kode 2

Skor 19 – 24 kategori baik kode 3

## 2. Faktor Sumber daya Manusia

## a. Pengetahuan

$$\frac{\text{Nilai terbesar} - \text{nilai minimal}}{\Sigma \text{ Kategori}} = \frac{10 - 0}{3} = 3$$

Skor 0- 3 kategori kurang kode 1

Skor 4- 7 kategori cukup kode 2

Skor 8 – 10 kategori baik kode 3

## b. Motivasi

$$\frac{\text{Nilai terbesar} - \text{nilai minimal}}{\Sigma \text{ Kategori}} = \frac{32 - 8}{3} = 8$$

Skor 8 - 16 kategori kurang kode 1

Skor 17- 24 kategori cukup kode 2

Skor 25 – 32 kategori baik kode 3

## c. Sikap

$$\frac{\text{Nilai terbesar} - \text{nilai minimal}}{\Sigma \text{ Kategori}} = \frac{24 - 6}{3} = 6$$

Skor 6- 12 kategori kurang kode 1

Skor 13- 18 kategori cukup kode 2

Skor 19 – 24 kategori baik kode 3

Analisis observasi dilakukan dengan cara mengobservasi aplikasi pelaksanaan MAKP model tim pada kegiatan kegiatan penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan dan *discharge planning*. Hasil dari observasi akan dihitung dengan rumus :

$$\frac{\text{Nilai yang diperoleh}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100\%$$

Hasilnya dikategorikan bila  $\leq 50\%$  dalam kategori kurang diberi kode 1 ‘ nilai 51-74% kategori cukup dengan kode 2, dan kategori baik bila nilainya  $\geq 75\%$  dengan kode 3 dan selanjutnya disajikan dalam tabel frekwensi.

Pada karakteristik pekerjaan peneliti untuk menghitung beban kerja perawat dengan cara mengobservasi menggunakan metode *work sampling* dan menghitung rerata waktu yang digunakan untuk melakukan kegiatan oleh perawat dikalikan dengan frekwensi kegitanan tersebut dilakukan dalam satu shift baik kegiatan produktif maupun non produktif. Hasil penghitungan dari kegiatan yang dilakukan perawat pada shift pagi, sore dan malam direrata menjadi beban kerja perawat.

Beban kerja perawat setiap shift dihitung sebagai berikut:

$$\frac{\text{Kegiatan produktif langsung + kegiatan produktif tak langsung}}{\text{Kegiatan produktif langsung + kegiatan produktif tak langsung + kegiatan non produktif}} \times 100\%$$

Untuk menentukan beban kerja perawat hasil hitungan beban kerja shift pagi ditambah beban kerja shift sore ditambah beban kerja shift malam dibagi 3. Bila kita rumuskan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Beban kerja shift pagi + beban kerja shift sore + beban kerja shift malam}}{3}$$

Hasil dari pembagian tersebut dikategorikan dan dikode dengan hasil bila beban kerja  $\leq 70\%$  kategori rendah kode 3, beban kerja 71% - 80% kategori kode 2 dan beban kerja  $> 80\%$  kategori tinggi dengan kode 1

#### 4.7.2 Analisis Korelasi

Analisis korelasi digunakan untuk mengetahui hubungan dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Faktor organisasi yang terdiri dari kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi dilakukan uji *chi-square* untuk mengetahui hubungan dengan pelaksanaan MAKP model tim. Selain itu faktor sumber daya manusia yang terdiri dari pengetahuan, motivasi dan sikap perawat dan faktor karakteristik pekerjaan (peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja) juga dilakukan uji *chi-square* untuk mengetahui hubungan dengan pelaksanaan MAKP model tim.

#### 4.7.3 Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD)

Hasil analisis diskriptif dan korelasi faktor organisasi, faktor SDM dan faktor karakteristik pekerjaan dengan pelaksanaan MAKP model tim digunakan

untuk menentukan isu strategis oleh peneliti. Standar pelaksanaan MAKP baik bila persentase baik lebih dari 80%. Untuk menentukan isu strategis peneliti menggunakan dasar bila hasil korelasi menunjukkan nilai  $p < 0,05$  dan standar baik lebih dari 80%. Isu strategis ini sebagai dasar dilakukan *Fokus Group Discussion* (FGD) . *Fokus Group Discussion* dilakukan dengan kabid keperawatan, kasi mutu keperawatan, komite keperawatan, kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim untuk mengkonfirmasi penyebab isu strategis dan mendapatkan usulan perbaikan yang digunakan sebagai bahan penyusunan rekomendasi peneliti.

#### **4.7.4 Penyusunan Rekomendasi**

Hasil *Fokus Group Discussion* (FGD) selanjutnya digunakan peneliti sebagai bahan penyusunan rekomendasi untuk optimalisasi pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Penyusunan rekomendasi ini akan dibuat oleh peneliti berdasarkan prioritas masalah dan dapat diaplikasikan oleh Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

## **BAB 5**

### **HASIL DAN ANALISIS DATA**

#### **5.1 Gambaran Umum RS Muhammadiyah Babat**

##### **5.1.1 Profil Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**

Rumah Sakit Muhammadiyah Babat merupakan salah satu amal usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan milik Pimpinan Cabang Muhammadiyah Babat. Rumah Sakit Muhammadiyah Babat terletak di jalan KHA. Dahlan No.14 Kelurahan Babat Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan, dan sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Kedungpring Kabupaten Lamongan, sebelah barat berbatasan dengan wilayah Kecamatan Baureno Kabupaten Bojonegoro, dan sebelah timur berbatasan dengan wilayah Kecamatan Pucuk Kabupaten Lamongan. Rumah Sakit Muhammadiyah Babat berlokasi di persimpangan antara Kabupaten Lamongan, Kabupaten Tuban dan Kabupaten Bojonegoro.

Rumah Sakit Muhammadiyah Babat bermula dari Balai Pengobatan yang diprakarsai oleh Pimpinan Ranting Muhammadiyah Babat Barat pada tahun 1968, bertempat di rumah bpk H. Abdur Rosyid (alm) di jalan Pendidikan Babat. Berselang kira-kira 2 tahun berikutnya, tepat pada tahun 1970 ibu-ibu Aisyiyah Cabang Babat mendirikan Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA) yang berada di jalan Raya 168 Babat.

Berhubung permintaan dan kepercayaan masyarakat semakin tinggi sehingga pelayanan tidak hanya sebatas anak dan bersalin saja, pada pertengahan tahun

1997 Alhamdulillah mendapatkan ijin sementara sebagai Rumah Sakit Ibu dan Anak Muhammadiyah Babat dengan direktur dr. H. Moh Thohir, HS.

Usaha tersebut juga dibarengi dengan perluasan lahan dan perbaikan fasilitas di segala bidang. Saat ini RS Muhammadiyah Babat memiliki total luas tanah 1.422 m<sup>2</sup>. Lahan yang sudah terpakai dengan luas bangunan 1.966,95 m<sup>2</sup> dan sisa lahan digunakan sebagai tempat parkir, taman, jemuran, serta IPAL.

Perkembangan RS Muhammadiyah Babat dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 5.1 Perkembangan Rumah Sakit Muhammadiyah Babat

No	Waktu	Perkembangan RS Muhammadiyah Babat
1.	Tahun 1968	Mulai Pimpinan Muhammadiyah Ranting Babat Barat mendirikan Balai Pengobatan, bertempat di rumah H. Abdur Rosyid, Jl. Pendidikan Babat.
2.	Tahun 1970	Pimpinan Cabang Aisyiyah Babat mendirikan Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA) dengan ijin sementara dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur no : 20/RS/BP/1970.
3.	Tahun 1981	Mendapat ijin membuka Pelayanan Kesehatan Swasta (Balai Kesehatan Islam) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Darah Tingkat II Lamongan no : 44.503/116/422.32/81
4.	Tahun 1982	Mendapat ijin Pendirian Balai Pengobatan no 445/1785/422.16/1982 dari Bupati Kepala daerah Tingkat II Lamongan
5.	Tahun 1983	Mendapat ijin mendirikan Balai Kesehatan Islam PKU Muhammadiyah Cabang Babat dari Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur no 445/4717/024/1983
6.	Tahun 1994	Mendapat ijin tetap Balai Pengobatan Islam Muhammadiyah Babat dengan penanggung jawab layanan kesehatan dr. Muhammad Thohir HS, MS dengan SK No :21/Kanwil/SK/YKW/1994
7.	Tahun 1998	Mendapat ijin Sementara Rumah Sakit Ibu dan Anak Muhammadiyah Babat dengan penanggung jawab layanan kesehatan dr. Agus Pramono dengan SK No : 188.4/11730/115.4/1998
8.	Tahun 2004	Mendapat ijin tetap RS. Muhammadiyah Babat dari Bupati Lamongan dengan penanggung jawab layanan kesehatan dr. Agus Pramono melalui SK No : 442/1183/Kep/413.412/2004

Dilanjutkan ke halaman 111

Lanjutan Tabel 5.1

No	Waktu	Perkembangan RS Muhammadiyah Babat
9.	Tahun 2007	Mendapat ijin tetap RS Muhammadiyah Babat dari Bupati Lamongan dengan penanggung jawab layanan kesehatan dr. H. Sukari, MS melalui SK No: 442/3525/Kep/413.412/2007
10.	Tahun 2010	Mendapat ijin tetap RS Muhammadiyah Babat dari Bupati Lamongan dengan penanggung jawab layanan kesehatan dr H. Sukari, MS melalui SK No : 442/3805/Kep/413.215/2010
11.	Tahun 2011	Lulus akreditasi tingkat dasar 5 pelayanan dengan Nomor KARS-SERT/189/XII/2011
12.	Tahun 2012	Pemanfaatan IGD Baru, Vip Utama 3 ruang dan ruang Administrasi & Keuangan.
13.	Tahun 2013	Memperoleh Sertifikat Penetapan Kelas RS sebagai Rumah Sakit Umum Kelas D
14.	Tahun 2015	Perpanjangan Ijin Operasional dari Badan Penanaman Modal dan Perijinan Pemkab Lamongan dengan direktur dr. Fara Nurdiana, M.Kes.
15.	Tahun 2016	Lulus Akreditasi Versi 2012 Program Khusus dengan Predikat Lulus Perdana Nomor KARS-SERT/198/X/2016
16.	Tahun 2018	Lulus Akreditasi Versi 2012 dengan Predikat Lulus Paripurna

### 5.1.2 Jenis Layanan Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

Rumah Sakit Muhammadiyah Babat memberikan jenis pelayanan berupa pelayanan rawat jalan yang terdiri dari poli umum, poli spesialis dengan empat spesialis dasar dan spesialis syaraf, spesialis mata, spesialis jantung dan pembuluh darah, spesialis THT, spesialis kulit dan kelamin, spesialis paru, spesialis radiologi, spesialis orthopedi. Pelayanan rawat inap yang terdiri dari ruang rawat inap umum dan ruang rawat inap kandungan yang semuanya terdapat 52 tempat tidur. Pelayanan lainnya adalah pelayanan penunjang seperti pelayanan Instalasi Gawat Darurat, kamar operasi, laboratorium, radiologi, kamar obat dan instalasi gisi .

### 5.1.3 Visi, Misi, Motto Rumah Sakit Muhammadiyah Babat

#### 1. Visi

Terwujudnya rumah sakit yang islami dan prima dalam pelayanan

#### 2. Misi

- a. Menciptakan nuansa islami di lingkungan Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang prima kepada pasien, keluarga dan masyarakat.
- c. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, sarana, sumber daya insani dengan didukung oleh sistem manajemen yang profesional.

#### 3. Motto

**IHSAN** artinya Ikhlas dalam bekerja, Santun dalam pelayanan

### 5.1.4 Gambaran Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat

Rumah Sakit Muhammadiyah mempunyai 52 tempat tidur yang terbagi dalam 2 *nurse station*. Kedua ruangan tersebut merupakan ruang rawat inap untuk pasien umum terdiri dari 44 tempat tidur dan ruang rawat inap untuk pasien bersalin dengan 8 tempat tidur. Ruang rawat inap umum yang lebih dikenal ruang rawat inap ini terdiri dari ruang VIP 5 tempat tidur, Klas 1 ada 9 tempat tidur, Klas 2 ada 11 tempat tidur dan klas 3 ada 17 tempat tidur.

Metode asuhan keperawatan yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan di ruang rawat inap menggunakan metode asuhan keperawatan profesional model tim. Metode asuhan keperawatan tersebut didukung oleh sumber daya yang ada di ruang rawat inap yang terdiri dari 1 kepala ruangan

dengan pendidikan DIII keperawatan dengan masa kerja 10 tahun, 2 ketua tim dengan pendidikan DIII keperawatan dan masing-masing ketua tim ada 11 anggota.

## 1. Misi, Motto Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat

### a. Misi Ruang Rawat Inap

- 1) Menyelenggarakan pelayanan keperawatan secara cepat, tepat, aman, nyaman dan islami tanpa membedakan suku, agama, bangsa dan sosial ekonomi.
- 2) Meningkatkan sumber daya insani perawat yang profesional dan islami.
- 3) Menambah sarana prasarana sesuai dengan standar kebutuhan pelayanan perawatan.

### b. Falsafah

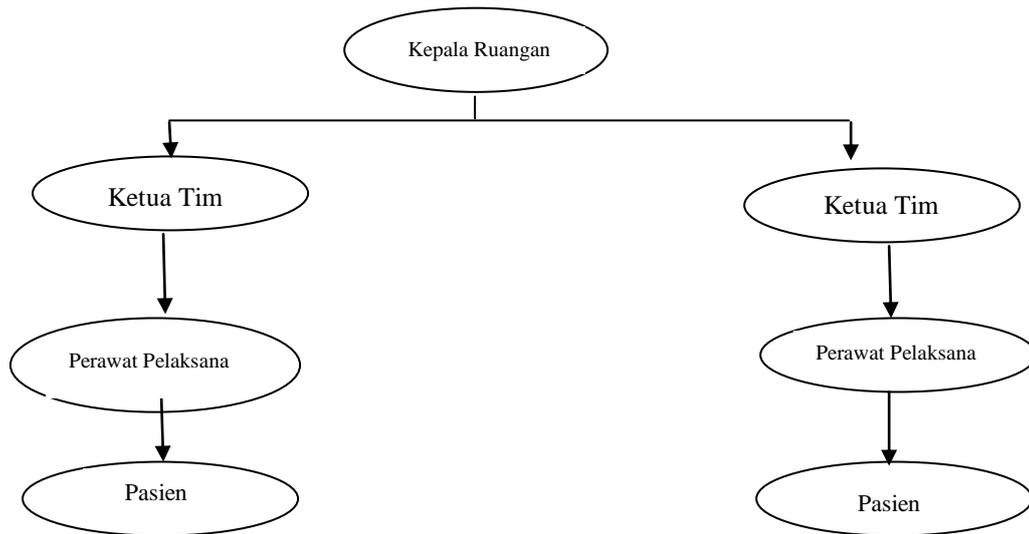
Pelayanan keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional yang ditujukan kepada individu sebagai manusia seutuhnya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dan menjadikan sebagai sarana ibadah.

### c. Tujuan

Memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan islami.

## 2. Struktur Organisasi Ruang Rawat Inap

Struktur organisasi pelayanan keperawatan terdiri dari kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim sebagai berikut :



Gambar 5.1 Struktur Organisasi Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

### 3. Kinerja RS Muhammadiyah Babat

Tabel 5.2 Statistik RS Muhammadiyah Babat Tahun 2017 dan Tahun 2018

Uraian	Tahun 2017	Tahun 2018
BOR	72,88%	81,53%
TOI	1,25 hari	0,81 hari
LOS	3,37 hari	3,59 hari
BTO	78,91 Ps/TT	82,83 Ps/TT
GDR	3,26	2,32
NDR	1,36	1,00
<b>TT</b>	<b>54 TT</b>	<b>54 TT</b>

Data Laporan Tahunan RS Muhammadiyah Babat tahun 2018

## 5.2 Identifikasi Karakteristik Responden Penelitian

Penelitian di lakukan di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat pada tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019. Hasil penelitian sebagaimana di bawah ini.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Perawat Berdasarkan Demografi , Pendidikan dan Lama Kerja

No	Karakteristik	Frekuensi			
		Tim 1		Tim 2	
		n	%	n	%
<b>1</b>	<b>Jenis Kelamin</b>				
	Laki	5	45,5	5	45,5
	Perempuan	6	54,5	6	54,5
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
<b>2</b>	<b>Pendidikan</b>				
	SPK	0	0,0	0	0,0
	DIII Keperawatan	6	54,5	6	54,5
	S1 Keperawatan Ners	5	45,5	5	45,5
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
<b>3</b>	<b>Lama Kerja</b>				
	≤ 5 tahun	5	45,5	5	45,5
	6 – 10 tahun	4	36,4	4	36,4
	≥ 10 tahun	2	18,2	2	18,2
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan profesional di ruang rawat inap terbagi menjadi 2 tim. Pembagian karakteristik perawat antara Tim 1 dan Tim 2 di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat dilihat dari jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan jumlahnya sama dengan jumlah lebih banyak perempuan. Pembagian tingkat pendidikan perawat antara Tim 1 dan Tim dua tingkat pendidikan DIII keperawatan dan S1 keperawatan ners sama jumlahnya.

Tingkat pendidikan kedua tim sebagian besar DIII keperawatan yaitu 54,5% dari masing – masing tim. Perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat sebagian besar mempunyai masa kerja kurang dari sama dengan 5 tahun yaitu 45,5% dari 22 perawat dan terbagi dalam dua tim yang sama jumlahnya. Pembagian tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat dibuat sama agar dalam melaksanakan asuhan keperawatan profesional model tim antar kedua tim tidak terjadi perbedaan.

### 5.3 Identifikasi Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Sistem Reward, Pelatihan dan Pengembangan dan Supervisi)

Faktor organisasi terdiri dari sub variabel kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Faktor Organisasi Di Ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat

No	Faktor Organisasi	Jumlah	Presentase (%)
<b>1</b>	<b>Kepemimpinan</b>		
	a. Kurang	4	18,2
	b. Cukup	13	59,1
	c. Baik	5	22,7
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>2</b>	<b>Sistem Reward</b>		
	a. Kurang	4	18,2
	b. Cukup	17	77,3
	c. Baik	1	4,5
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>3</b>	<b>Pelatihan dan Pengembangan</b>		
	a. Kurang	7	31,8
	b. Cukup	13	59,1
	c. Baik	2	9,1
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>4</b>	<b>Supervisi</b>		
	a. Kurang	9	40,9
	b. Cukup	8	36,4
	c. Baik	5	22,7
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Hasil penelitian faktor organisasi dari sub variabel yang menilai kepemimpinan kepala ruangan baik 22,75%, cukup 59,1% dan yang menilai kurang 18,2%. Sistem reward di ruang rawat inap yang menyatakan baik 4,5%, cukup 77,3% dan kurang 18,2%. Program pelatihan dan pengembangan sebagian besar menilai cukup yaitu 59,1%. Supervisi terhadap asuhan keperawatan masih kurang yaitu 40,9%.

Dari data tersebut menunjukkan faktor organisasi yang terdiri dari subvariabel kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi sebagian besar dalam kategori cukup dan cenderung kurang.

#### 5.4 Identifikasi Faktor Sumber Daya Perawat (Pengetahuan, Motivasi dan Sikap Perawat)

Faktor sumber daya perawat terdiri dari subvariabel pengetahuan, motivasi dan sikap perawat terhadap pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Faktor Sumber Daya Perawat di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

No	Faktor Sumber Daya Perawat	Jumlah	Presentase (%)
<b>1</b>	<b>Pengetahuan</b>		
	a. Kurang	3	13,6
	b. Cukup	14	63,6
	c. Baik	5	22,7
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>2</b>	<b>Motivasi</b>		
	a. Kurang	4	18,2
	b. Cukup	13	59,1
	c. Baik	5	22,7
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>3</b>	<b>Sikap</b>		
	a. Kurang	5	22,7
	b. Cukup	14	63,6
	c. Baik	3	13,6
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa pengetahuan perawat tentang MAKP model tim baik 22,7% , cukup 63,6% dan yang mempunyai pengetahuan kurang 13,6%. Motivasi perawat untuk melaksanakan MAKP model tim sebagian besar dalam kategori cukup 59,1%. Perawat beranggapan model asuhan keperawatan apapun yang digunakan sama saja dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Sikap perawat untuk melaksanakan MAKP model tim sebagian besar masih dalam kategori cukup yaitu 63,6%, kategori baik 13,6%, dan sikap perawat dalam kategori kurang 22,7 %. Perawat masih acuh terhadap

metode asuhan keperawatan profesional yang digunakan. Perawat lebih suka bekerja secara rutinitas.

### 5.5 Identifikasi Karakteristik Pekerjaan ( Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota tim dan Beban Kerja).

Karakteristik pekerjaan dalam penelitian ini terdiri dari sub variabel peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja perawat yang mempengaruhi pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim.

Tabel 5.6 Hasil Observasi Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota Tim Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019

Peran dan Tanggung Jawab	Hasil Observasi						Jumlah	
	Kurang		Kurang		Baik			
	n	n	n	%	n	%		
Kepala Ruangan	10	10	10	45,5	2	9,1	<b>22</b>	<b>100,0</b>
Ketua Tim	10	10	4	18,2	8	36,4	<b>22</b>	<b>100,0</b>
Anggota tim	11	11	0	0,0	11	50,0	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Dari tabel 5.6 diatas bahwa peran dan tanggung jawab kepala ruangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional dalam kategori baik hanya 9,1%. Hal ini dapat diinterpretasikan bahwa peran dan tanggung jawab kepala ruangan dalam kategori kurang. Ketua tim dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya dalam asuhan keperawatan sebagian besar dalam kategori kurang 45,5%. Peran dan tanggung jawab anggota tim dalam pelaksanaan asuhan keperawatan model tim antara yang baik dan kurang sama yaitu 50%. Dari data tersebut diatas kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim peran dan tanggung jawab belum

dijalankan secara optimal. Selain peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim yang mempengaruhi pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim dari faktor karakteristik pekerjaan adalah beban kerja.

Beban kerja perawat dinilai dengan menggunakan metode *work sampling* dengan cara mengobservasi dan melakukan wawancara kepada perawat tentang kegiatan perawat dan rerata waktu yang digunakan oleh perawat untuk melakukan kegiatan dalam asuhan keperawatan dalam satu shift. Rerata waktu yang digunakan dikalikan frekuensi kegiatan akan menghasilkan waktu yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat meliputi kegiatan produktif terdiri dari keperawatan langsung dan keperawatan tidak langsung yang digunakan memenuhi kebutuhan pasien. Selain itu menghitung kegiatan non produktif perawat yang tidak ada hubungan dengan asuhan keperawatan yang dilakukan saat jam dinas.

Beban kerja dihitung dari rerata waktu yang digunakan untuk melakukan kegiatan produktif langsung ditambah kegiatan produktif tidak langsung dibagi waktu yang digunakan untuk kegiatan produktif langsung ditambah kegiatan produktif tidak langsung ditambah kegiatan non produktif dikalikan 100%. Dari penghitungan beban kerja perawat di ruang rawat inap dengan metode *work sampling* didapatkan hasil seperti tabel 5.7

Tabel 5.7 Beban Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019

No	Beban Kerja	Jumlah	Persentase
1	Rendah	0	0%
2	Sedang	6	27,3
3	Tinggi	16	72,7
	<b>Jumlah</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa beban kerja perawat sebagian besar dalam kategori tinggi yaitu 72,7% . Perawat dengan beban kerja sedang sebanyak 27,3%. Dan dalam kategori rendah 0%. Beban kerja perawat yang tinggi merupakan salah satu faktor penyebab pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim tidak dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada. Beban perawat ini tergantung dari banyaknya pasien yang dirawat dan tingkat ketergantungan dari pasien itu sendiri.

#### 5.6 Identifikasi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019 **Sebanyak 22 kali Observasi.**

Observasi yang dilakukan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan model tim meliputi penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning*. Hasil observasi standar prosedur pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim sebagaimana berikut:

##### 5.6.1 Identifikasi Penerimaan Pasien Baru Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.

Identifikasi pelaksanaan penerimaan pasien baru dimulai saat ruangan asal pasien memesan ruangan sampai pasien dimasukkan pada ruangan dan dilakukan

asuhan keperawatan pada awal pasien masuk. Observasi dilakukan mulai tahap persiapan, proses dan terminasi. Hasil observasi sebagai berikut:

Tabel 5.8 Hasil Observasi Penerimaan Pasien Baru Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.

Penerimaan Pasien Baru		Hasil Observasi					
Tahap		Tim 1		Tim 2		Tim 1 & Tim 2	
		n	%	n	%	n	%
<b>Persiapan</b>	Kurang	2	18,2	2	18,2	4	18,2
	Cukup	4	36,4	6	54,5	10	45,5
	Baik	5	45,5	3	27,3	8	36,4
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Proses</b>	Kurang	6	54,5	5	45,5	11	50,0
	Cukup	3	27,3	4	36,4	7	31,8
	Baik	2	18,2	2	18,2	4	18,2
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Terminasi</b>	Kurang	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Cukup	9	81,2	8	72,7	17	77,3
	Baik	2	18,2	3	27,3	5	22,7
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.8 perbandingan antara Tim 1 dan Tim 2 pada kegiatan penerimaan pasien baru tahap persiapan Tim 1 sebagian besar sudah baik, dan pada Tim 2 sebagian besar cukup baik. Pada tahap proses kedua Tim sebagian besar kurang. Pada tahap terminasi kedua Tim sebagian besar dalam kategori cukup. Dari data tersebut kegiatan penerimaan pasien baru mulai dari persiapan sampai dengan terminasi untuk kedua tim sama. Pelaksanaan penerimaan pasien baru kedua Tim tahap persiapan sebagian besar cukup yaitu 45,5%, tahap pelaksanaan sebagian kurang yaitu 50,0% dan tahap terminasi sebagian besar cukup.

### 5.6.2 Hasil Observasi Pelaksanaan Timbang Terima Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah.

Timbang terima merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memulai dan mengakhiri shift jaga. Timbang terima dilakukan oleh shift jaga pagi ke shift jaga sore, shift jaga sore ke shift jaga malam dan shift jaga malam ke shift jaga pagi. Kegiatan timbang terima dilakukan di *nurse station* dan di samping bed pasien untuk validasi data dan melihat kondisi pasien secara langsung. Hasil observasi timbang terima pada kedua Tim sebagai berikut :

Tabel 5.9 Hasil Observasi Pelaksanaan Timbang Terima Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019

Timbang Terima		Hasil Observasi					
Tahap		Tim 1		Tim 2		Tim 1 & Tim 2	
		n	%	n	%	n	%
<b>Persiapan</b>	Kurang	6	54,5	9	81,2	15	68,2
	Cukup	5	45,5	2	18,2	7	31,8
	Baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Isi</b>	Kurang	2	18,2	1	9,1	3	13,6
	Cukup	3	27,3	4	36,4	7	31,8
	Baik	6	54,5	6	54,5	12	54,5
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Proses</b>	Kurang	3	27,3	2	18,2	5	22,7
	Cukup	6	54,5	7	63,6	13	59,1
	Baik	2	18,2	2	18,2	4	18,2
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Terminasi</b>	Kurang	11	100,0	11	100,0	22	100,0
	Cukup	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.9 pelaksanaan timbang terima pada tahap persiapan lebih baik Tim 1 dibandingkan tim 2 karena nilai kurang tim 1 lebih kecil dari pada tim 2, bila kedua tim digabung maka tahap persiapan sebgayaan besar mempunyai nilai

kurang sebesar 68,2%. Isi timbang terima yang disampaikan untuk kedua Tim mempunyai nilai yang sama, sebagian besar mempunyai nilai baik sebesar 54,5%. Tahap proses timbang terima untuk kedua tim sebagian besar dalam kategori baik. Tetapi pada tahap terminasi untuk kedua Tim dalam kategori kurang. Pelaksanaan timbang terima dari kedua tim pada dasarnya tidak ada perbedaan.

### 5.6.3 Hasil Observasi Pelaksanaan Sentralisasi Obat Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah.

Kegiatan sentralisasi obat di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat dilakukan oleh perawat. Belum ada farmasi klinis di ruang rawat inap. Hasil observasi terhadap pelaksanaan sentralisasi obat sebagai berikut:

Tabel 5.10 Hasil Observasi Pelaksanaan Sentralisasi Obat Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah Babat tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019

Sentralisasi Obat		Hasil Observasi					
Tahap		Tim 1		Tim 2		Tim 1 & Tim 2	
		n	%	n	%	n	%
<b>Persiapan</b>	Kurang	1	9,1	1	9,1	2	9,1
	Cukup	3	27,3	3	27,3	6	27,3
	Baik	7	63,6	7	63,6	14	63,6
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Proses</b>	Kurang	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Cukup	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Baik	11	100,0	11	100,0	22	100,0
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Terminasi</b>	Kurang	5	45,5	3	27,3	8	36,4
	Cukup	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Baik	6	54,5	8	72,3	14	63,6
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa pelaksanaan sentralisasi obat tahap persiapan perbandingan antara Tim 1 dengan Tim 2 lebih baik Tim 1 karena di Tim 1 tidak ada kategori kurang. Tahap proses atau pelaksanaan kedua Tim dalam kategori

baik. Tahap terminasi perbandingan Tim 1 dengan Tim 2 lebih baik Tim 2. Dari data tersebut pelaksanaan sentralisasi obat tidak ada bedanya antara Tim 1 dan Tim 2. Penggabungan kedua Tim menunjukkan bahwa pelaksanaan sentralisasi obat tahap persiapan sudah baik sebesar 63,6%. Proses sentralisasi obat 100% baik. Tahap terminasi sentralisasi obat sebagian besar baik sebesar 63,6%.

#### **5.6.4 Hasil Observasi Pelaksanaan Ronde Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah Babat.**

Kegiatan ronde keperawatan dilakukan untuk membahas kasus keperawatan pasien yang lebih mendalam dan melibatkan pasien serta perawat konselor ataupun tim kesehatan lain. Hasil observasi kegiatan ronde keperawatan sebagaimana tabel 5.11.

Tabel 5.11 Hasil Observasi Pelaksanaan Ronde Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.

Ronde Keperawatan	Hasil Observasi						Jumlah	
	Kurang		Cukup		Baik			
Tahap	n	%	n	%	n	%		
Persiapan	0	0,0	0	0,0	22	100,0	<b>22</b>	<b>100,0</b>
Proses	0	0,0	0	0,0	22	100,0	<b>22</b>	<b>100,0</b>
Terminasi	0	0,0	0	0,0	22	100,0	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Pada tabel 5.11 bahwa ronde keperawatan dalam asuhan keperawatan model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat mulai persiapan, proses pelaksanaan dan evaluasinya 100% dalam kategori kurang. Kegiatan ronde keperawatan selama observasi baik Tim 1 maupun Tim 2 belum pernah melakukan ronde keperawatan. Wawancara dengan kepala ruangan tentang ronde keperawatan, beliau mengatakan ronde keperawatan selama ini belum pernah

dilakukan, karena belum ada perawat konselor selain itu untuk mengumpulkan tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam asuhan pasien sangat sulit.

#### 5.6.5 Hasil Observasi Pelaksanaan *Discharge Planning* Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di RS Muhammadiyah Babat.

*Discharge planning* merupakan kegiatan untuk persiapan pasien pulang.. Kegiatan *discharge planning* dilakukan pada saat pasien masuk dan pada pasien yang akan keluar rumah sakit. Hasil observasi pelaksanaan *discharge planning* sebagai berikut :

Tabel 5.12 Hasil Observasi Pelaksanaan *Discharge Planning* Dalam Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019.

<i>Discharge planning</i>		Hasil Observasi					
Tahap		Tim 1		Tim 2		Tim 1 & Tim 2	
		n	%	n	%	n	%
<b>Proses</b>	Kurang	4	36,4	3	27,3	7	31,8
	Cukup	4	36,4	5	45,5	9	40,9
	Baik	3	27,3	3	27,3	6	27,3
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Isi</b>	Kurang	9	81,8	9	72,7	18	81,8
	Cukup	0	0	1	9,1	1	4,5
	Baik	2	18,2	1	9,1	3	13,6
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Terminasi</b>	Kurang	6	54,5	6	54,5	12	54,5
	Cukup	4	36,4	4	36,4	8	36,4
	Baik	1	9,1	1	9,1	2	9,1
	<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.12 .menunjukkan bahwa kegiatan *discharge planning* perbandingan antara Tim 1 dengan Tim 2 tahap proses pelaksanaan mulai dari persiapannya sama – sama sebagian besar masih kurang 45,5%. Isi *discharge planning* untuk kedua tim sudah baik, sedang pada tahap terminasi kedua tim

sebagian besar kurang 54,5%. Pada umumnya tidak ada perbedaan pelaksanaan *discharge planning* antara Tim 1 dan Tim 2. Penggabungan kedua Tim menunjukkan bahwa kegiatan *discharge planning* pada proses pelaksanaan mulai dari persiapannya sebagian besar cukup baik 40,9%. Materi *discharge planning* sudah baik sebesar 81,8%. Pada tahap terminasi masih dalam kategori kurang 54,5%.

Pelaksanaan asuhan keperawatan model tim yang pada dasarnya terdiri dari elemen kepemimpinan, manajemen, komunikasi efektif dan pendelegasian yang telah diaplikasikan pada kegiatan penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning* dapat disimpulkan bahwa metode asuhan keperawatan model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat sebagaimana tabel 5.13 dibawah ini.

Tabel 5.13 Hasil Observasi Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat tanggal 25 Februari - 15 Maret 2019

MAKP Model Tim	Hasil Observasi					
	Tim 1		Tim 2		Tim 1 & Tim 2	
	n	%	n	%	n	%
Kurang	1	9,1	1	9,1	2	9,1
Cukup	9	81,8	9	81,8	18	81,8
Baik	1	9,1	1	9,1	2	9,1
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.13 bahwa proses pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap baik dari Tim 1 maupun Tim 2 tidak ada perbedaan. Pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model Tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat yang diaplikasikan dalam kegiatan

penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning* dengan hasil observasi kategori baik 9,1 %, cukup 81,8%, dan kategori kurang sebesar 9,1%.

### 5.7 Output Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim (Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan dan Kepuasan Pasien).

#### 5.7.1 Hasil Studi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

Kelengkapan dokumentasi merupakan *output* kinerja perawat dalam melakukan kegiatan memberikan asuhan keperawatan profesional model tim. Studi dokumentasi dilakukan untuk mengetahui kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis yang sudah pulang. Rekam medis diambil secara acak sebanyak 22 rekam medis dan dikaji kelengkapannya mulai pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan, tindakan keperawatan, dan evaluasi . Hasil studi dokumentasi sebagaimana tabel 5.14.

Tabel 5.14 Hasil Studi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan	Hasil Studi Dokumentasi					
	Tim 1		Tim 2		Tim 1 & Tim 2	
	n	%	n	%	n	%
Lengkap	3	27,3	2	18,2	5	22,7
Cukup lengkap	8	72,7	6	54,5	14	63,6
Kurang lengkap	0	0	3	27,3	3	13,6
Jumlah	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.14 menunjukkan hasil kelengkapan studi rekam medis pada pasien yang telah pulang pada Tim 1 sebagian besar cukup dan tidak ada yang dalam

kategori kurang. Hasil studi dokumentasi pada Tim 2 sebagian besar dalam kategori cukup lengkap dan masih ada yang kurang lengkap 27,3%. Bila dibandingkan pengisian kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan antara Tim 1 dan Tim 2 lebih baik Tim 1. Penggabungan pengisian kelengkapan dokumentasi menunjukkan hasil kelengkapan studi rekam medis pada pasien yang telah pulang dalam kategori lengkap 22,7%, kurang lengkap 63,6% dan tidak lengkap 13,6%.

### 5.7.2 Kepuasan Pasien Rawat Inap Menerima Asuhan Keperawatan Model Tim.

Kepuasan pasien merupakan hasil penilaian dari *out put* kinerja perawat selain kelengkapan dokumentasi keperawatan. Pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode asuhan keperawatan model tim akan dinilai dengan kepuasan pasien. Kepuasan pasien ini diperoleh dengan memberikan kuesioner pada pasien ataupun keluarganya untuk memberikan penilaian terhadap kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Hasil kepuasan pasien dapat dilihat dalam tabel di pada table 5.15.

Tabel 5.15 Distribusi Frekwensi Karakteristik Pasien Rawat Inap Di RS Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019

No	Karakteristik	Tim 1		Tim 2	
		n	%	n	%
1	<b>Jenis Kelamin</b>				
	Laki	26	50,0	24	46,2
	Perempuan	26	50,0	28	53,8
	<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
2	<b>Umur</b>				
	< 15 tahun	6	11,5	4	7,7
	16 – 35 tahun	15	28,8	11	21,2
	36 – 55 tahun	22	42,3	24	46,2
	>56 tahun	9	17,3	13	25,0

No	Karakteristik	Tim 1		Tim 2	
		n	%	n	%
	<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>3</b>	<b>Pendidikan</b>				
	SD	8	15,4	8	15,4
	SMP	7	13,5	9	17,3
	SMA/SMU	27	51,9	27	51,9
	Tamat PT/sederajat	10	19,2	8	15,4
	<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>4</b>	<b>Pekerjaan</b>				
	Pelajar/Mahasiswa	11	21,2	7	13,5
	PNS	6	11,5	3	5,8
	Swasta	35	67,3	42	80,8
	<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>5</b>	<b>Lama dirawat</b>				
	< 3 hari	40	76,9	30	57,7
	4 – 6 hari	10	19,2	11	21,2
	> 6 hari	2	3,8	11	21,2
	<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>6</b>	<b>Cara Pembayaran</b>				
	Sendiri/Umum	24	46,2	21	40,4
	BPJS/Asuransi lain	28	53,8	31	59,6
	<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa karakteristik responden kepuasan dilihat dari jenis kelamin untuk pasien Tim 1 antara perempuan dan laki – laki jumlahnya sama, sedang untuk pasien Tim 2 lebih banyak perempuan. Sebagian besar pasien Tim 1 maupun Tim 2 berumur 36 – 56 tahun. Tingkat pendidikan pasien baik Tim 1 maupun Tim 2 sebagian besar berpendidikan lulusan SMA/SMU yaitu 51,9%. Pekerjaan responden sebagian besar sebagai swasta. Pasien Tim 1 yang pekerjaannya PNS sebesar 11,5% sedang pasien Tim 2 yang PNS 5,8%. Lama dirawat pasien sebagai responden baik Tim 1 maupun Tim 2 sebagian besar pasien dirawat kurang atau sama dengan dari 3 hari. Status pembayaran sebagian besar pasien sistem pembayarannya dengan cara asuransi BPJS kesehatan/asuransi lainnya. Pasien Tim 1 yang cara pembayarannya dengan asuransi BPJS kesehatan/

asuransi lainnya sebesar 53,8%. Sedangkan pasien Tim 2 yang cara pembayarannya dengan asuransi BPJS kesehatan/ asuransi lainnya sebesar 59,6%

Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat Tanggal 25 Februari – 15 Maret 2019

Kepuasan Pasien	Tim 1		Tim 2		Tim 1 & Tim 2	
	n	%	n	%	n	%
<b>1. Reability</b>						
Puas	28	53,8	25	48,1	53	51,0
Cukup Puas	24	46,2	25	48,1	49	47,1
Kurang Puas	0	0,0	2	3,8	2	1,9
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>
<b>2. Assurance</b>						
Puas	30	57,7	30	57,7	60	57,7
Cukup Puas	19	36,5	21	40,4	40	38,5
Kurang Puas	3	5,8	1	1,9	4	3,8
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>
<b>3. Tangible</b>						
Puas	13	25,0	32	61,6	45	43,3
Cukup Puas	26	50,0	15	28,8	41	39,4
Kurang Puas	13	25,0	5	9,6	18	17,3
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>
<b>4. Empati</b>						
Puas	25	48,1	24	46,2	49	47,1
Cukup Puas	22	42,3	27	51,9	49	47,1
Kurang Puas	5	9,6	1	1,9	6	5,8
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>
<b>5. Responsivnes</b>						
Puas	17	32,7	23	44,2	40	38,5
Cukup Puas	19	36,5	14	26,9	33	31,7
Kurang Puas	16	30,8	15	28,8	31	29,8
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>
<b>6. Kepuasan</b>						
Puas	25	48,1	34	65,4	59	56,7
Cukup Puas	27	51,9	18	34,6	45	43,3
Kurang Puas	0	0	0	0,0	0	0,0
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.16 menggambarkan kepuasan pasien dalam menerima pelayanan asuhan keperawatan model tim. Kepuasan pasien diukur dengan menggunakan dimensi RATER. Hasil kuesioner didapatkan hasil dari dimensi *reability*

perbandingan antara Tim 1 dan Tim 2 lebih baik Tim 1. Pasien Tim 1 yang merasa puas 53,8% sedang Tim 2 yang merasa puas 48,1%. Kepuasan pasien pada dimensi *assurance* antara Tim 1 dan Tim 2 lebih baik Tim 2, dimana untuk pasien Tim 1 yang merasa kurang puas 5,8% sedang pada Tim 2 yang merasa tidak puas sebesar 1,9%.

Pada dimensi *tangible* perbandingan antara Tim 1 dan Tim 2 lebih baik Tim 2. Pasien Tim 1 yang merasa puas sebesar 25% sedangkan untuk Tim 2 yang merasa puas sebesar 61,6%. Kepuasan pasien pada dimensi *empati* perbandingan antara Tim 1 dan Tim 2 lebih baik Tim 2. Pasien Tim 1 yang merasa kurang puas 5,8% sedang Tim 2 yang merasa kurang puas 1,9%. Dimensi *responsivness* perbandingan antara Tim 1 dan Tim 2 lebih baik Tim 2. Pasien Tim 1 yang merasa kurang puas 30,8% sedang Tim 2 yang merasa kurang puas 28,8%.

Perbandingan kepuasan pasien antara Tim 1 dan Tim 2 secara umum lebih baik Tim 2. Pada Tim 1 didapatkan hasil kepuasan pasien yang merasa puas sebesar 48,1% dan cukup puas sebesar (51,9%). Sedangkan Tim 2 didapatkan hasil kepuasan pasien yang merasa puas sebesar 65,4% dan cukup puas sebesar tiga puluh enam koma enam persen (36,6%). Gambaran kepuasan pasien yang lebih baik Tim 2 ini menunjukkan bahwa model asuhan yang digunakan tidak mempengaruhi kepuasan pasien, karena perbandingan pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim antara Tim 1 dan Tim 2 sama.

#### **5.8 Hubungan Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Sistem reward, Pelatihan dan Pengembangan dan Supervisi) Dengan MAKP Model Tim.**

Analisis hubungan penelitian menggunakan crosstab dengan uji *chi-square* antara variabel independen dan dependen. Variabel independen terdiri dari faktor

organisasi, faktor sumber daya manusia dan faktor karakteristik pekerjaan. Variabel dependen dalam analisis ini tentang pelaksanaan MAKP model tim. Pelaksanaan MAKP model tim antara Tim 1 dan Tim 2 hampir sama, maka untuk melakukan *cosstab* dilaksanakan dengan MAKP secara utuh. Hasil analisis ini digunakan sebagai dasar untuk menentukan isu strategis. Penentuan isu strategis ini bila nilai  $p < 0,05$ . Hasil analisis sebagaimana berikut.;

### 5.8.1 Hubungan Kepemimpinan Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.

Kepemimpinan merupakan variabel independen dari faktor organisasi. Kepemimpinan dalam penelitian merupakan kepemimpinan seseorang baik kepala ruangan maupun ketua tim dalam menjalankan fungsi manajerial pada pelaksanaan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim. Hasil analisis *crosstab* kepemimpinan dengan pelaksanaan MAKP model tim sebagaimana tabel 5.17:

Tabel 5.17 Tabel Silang Kepemimpinan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Kepemimpinan	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang		Cukup		Baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kurang</b>	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	100,0
<b>Cukup</b>	0	0,0	12	92,3	1	7,7	13	100,0
<b>Baik</b>	0	0,0	5	100,0	0	0,0	5	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square* = 0,014 , *Contingency Coefficient* = 0,603

Tabel 5.17 menunjukkan kepemimpinan yang kurang baik maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim kurang baik. Kepemimpinan yang baik maka kecenderunagn pelaksanaan MAKP model tim cukup baik. Semakin baik kepemimpinan maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim juga baik. Dengan demikian ada hubungan antara kepemimpinan dan pelaksanaan

MAKP model tim dengan ditunjukkan nilai  $p < 0,05$  dan *contingency coefficient* 0,603.

### 5.8.2 Hubungan Sistem Reward Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

Tabel 5.18 Tabel Silang Sistem Reward Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Sistem Reward	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang		Cukup		Baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kurang</b>	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	100,0
<b>Cukup</b>	2	11,8	14	82,4	1	5,9	17	100,0
<b>Baik</b>	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square* = 0,024 *Contingency Coefficient* 0,581

Tabel 5.18 menunjukkan sistem reward yang kurang baik maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim cukup baik. Semakin baik sistem reward yang ada di ruangan maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim juga baik. Dengan demikian ada hubungan antara sistem reward dan pelaksanaan MAKP model tim dengan ditunjukkan nilai  $p = 0,024 < 0,05$  dan *contingency coefficient* 0,581

### 5.8.3 Hubungan Pelatihan dan Pengembangan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

Tabel 5.19 Tabel Silang Pelatihan & Pengembangan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Pelatihan & Pengembangan	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang		Cukup		Baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kurang</b>	2	28,6	3	42,9	2	28,6	7	100,0
<b>Cukup</b>	0	0,0	13	100,0	0	0,0	13	100,0
<b>Baik</b>	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square* = 0,033 , *Contingency Coefficient* = 0,568

Tabel 5.19 menunjukkan pelatihan dan pengembangan yang kurang baik maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim kurang baik. Semakin baik pelatihan dan pengembangan maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim juga baik. Dengan demikian ada hubungan antara pelatihan dan pengembangan dan pelaksanaan MAKP model tim dengan ditunjukkan nilai  $p = 0,033 < 0,05$  dan *contingency coefficient* 0,568.

#### 5.8.4 Hubungan Supervisi Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

Tabel 5.20 Tabel Silang Supervisi Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Supervisi	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang		Cukup		Baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kurang</b>	1	11,1	6	66,7	2	22,2	9	100,0
<b>Cukup</b>	1	12,5	7	87,5	0	0,0	8	100,0
<b>Baik</b>	0	0,0	5	100,0	0	0,0	5	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square* = 0,410, *Contingency Coefficient* = 0,391

Tabel 5.20 menunjukkan supervisi yang kurang kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim cukup baik dan baik. Semakin baik supervisi kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim masih cukup baik atau belum menunjukkan pelaksanaan asuhan keperawatan model tim yang baik. Dengan demikian tidak ada hubungan antara supervisi dengan pelaksanaan MAKP model tim dengan ditunjukkan nilai  $p = 0,410 < 0,05$  dan *contingency coefficient* 0,391.

### 5.9 Hubungan Faktor Sumber Daya Perawat Dengan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.

Faktor sumber daya perawat merupakan variabel independen yang terdiri dari sub variabel pengetahuan, motivasi dan sikap perawat. Hasil analisis dari faktor sumber daya perawat dengan pelaksanaan MAKP model tim sebagaimana berikut:

### 5.9.1 Hubungan Pengetahuan Dengan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.

Pengetahuan perawat merupakan hal yang terpenting untuk meningkatkan kinerja perawat khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Tabel 5. 21 Tabel Silang Pengetahuan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

Pengetahuan	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang		Cukup		Baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kurang</b>	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0
<b>Cukup</b>	0	0,0	12	85,7	2	14,3	14	100,0
<b>Baik</b>	0	0,0	5	100,0	0	0,0	5	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square = 0,005, contingency Coefficient= 0,635*

Pengetahuan perawat tentang metode asuhan keperawatan yang kurang maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim kurang baik. Pengetahuan yang cukup maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim akan bertambah baik. Dengan demikian ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan MAKP model tim yang ditunjukkan dengan nilai  $p = 0,005 < 0,05$  dan *contingency coefficient* 0,635

### 5.9.2 Hubungan Motivasi Perawat Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.

Tabel 5.22 Tabel Silang Motivasi Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Motivasi	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang		Cukup		Baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kurang</b>	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
<b>Cukup</b>	2	15,4	11	84,6	0	0,0	13	100,0
<b>Baik</b>	0	0,0	5	100,0	0	0,0	5	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square = 0,026 , Contingency Coefficient = 0,579*

Motivasi perawat tentang metode asuhan keperawatan yang kurang maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim cukup baik. Motivasi yang cukup maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tin akan cukup baik. Dengan demikian ada hubungan antara motivasi dengan pelaksanaan MAKP model tim dengan ditunjukkan nilai  $p = 0,026 < 0,05$  dan *contingenvy coefficient* 0,579.

### 5.9.3 Hubungan Sikap Perawat Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

Tabel 5.23 Tabel Silang Sikap Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Sikap	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		n	%
	n	%	n	%	n	%		
<b>Kurang</b>	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	100,0
<b>Cukup</b>	1	7,1	12	85,7	1	7,1	14	100,0
<b>Baik</b>	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square* = 0,661 *Contigency Coefficient* = 0,341

Sikap perawat terhadap pelaksanaan metode asuhan keperawatan yang kurang maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim cukup baik. Sikap perawat yang baik kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim belum menunjukkan ke arah yang lebih baik. Dengan demikian tidak ada hubungan antara sikap dengan pelaksanaan MAKP model tim dengan ditunjukkan nilai  $p = 0,661 > 0,05$  dan *contingency coefficient* = 0,341

### 5.10 Hubungan Faktor Karakteristik Pekerjaan Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat .

Faktor karakteristik pekerjaan dengan sub variabel peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja perawat akan dianalisis dengan pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap RS muhammadiyah Babat. Hasil analisis sebagaimana berikut.

5.10.1 Hubungan **Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota Tim** Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

Tabel 5.24 Tabel Silang Peran dan Tanggung jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota Tim Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Peran dan Tanggung jawab		MAKP Model Tim						Total	
		Kurang		Cukup		Baik			
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kepala ruangan</b>	Kurang	1	10,0	9	90,0	0	0,0	10	100,0
	Cukup	1	10,0	9	90,0	0	0,0	10	100,0
	Baik	0	0,0	0	0,0	2	100	2	100,0
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Ketua Tim</b>	Kurang	1	10,0	9	90,0	0	0,0	10	100,0
	Cukup	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100,0
	Baik	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Anggota Tim</b>	Kurang	1	9,1	9	81,8	1	9,1	11	100,0
	Cukup	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Baik	1	9,1	9	81,8	1	9,1	11	100,0
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.24 menunjukkan peran dan tanggung jawab kepala ruangan yang kurang baik maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim kurang baik. Bila peran dan tanggung jawab kepala ruangan baik maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim baik. Dengan demikian terdapat hubungan yang signifikan antara peran dan dan tanggung jawab kepala ruangan dengan pelaksanaan MAKP model tim. Hal ini di dukung dengan nilai  $p = 0,000 < 0,05$ , sign 0,519.

Peran dan tanggung jawab ketua tim yang kurang maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim cukup baik. Sedangkan peran dan tanggung jawab ketua tim yang baik kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim ada yang kurang baik dan sebagian besar masih cukup baik. Dengan demikian tidak ada hubungan antara peran dan tanggung jawab ketua tim dengan pelaksanaan MAKP

model tim. Hal ini ditunjukkan dengan hasil uji *chi-square* dengan nilai  $p=0,333$   $sign = 0,117$ .

Peran dan tanggung jawab anggota tim yang kurang maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim cukup baik dan masih ada yang baik. Sedangkan peran dan tanggung jawab anggota tim yang baik kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim ada yang kurang baik. Dengan demikian tidak ada hubungan antara peran dan tanggung jawab anggota tim dengan pelaksanaan MAKP model tim. Hal ini ditunjukkan dengan hasil uji *chi-square* dengan nilai  $p= 1,00 > 0,05$   $sign = 0,00$ .

Data diatas menunjukkan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim sangat tergantung pada peran dan tanggung jawab kepala ruangan dalam menjalankan fungsi manajer. Kepala ruangan dituntut secara profesional untuk mengendalikan jalannya pelaksanaan asuhan keperawatan kepada pasien.

### 5.10.2 Hubungan Beban Kerja Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat.

Tabel 5.25 Tabel Silang Beban Kerja Dengan Pelaksanaan MAKP Model Tim di Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

Beban Kerja	MAKP Model Tim						Total	
	Kurang baik		Cukup baik		Baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sedang	0	0,0	4	66,7	2	33,3	6	100,0
Tinggi	2	12,5	14	87,5	0	0,0	16	100,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>	<b>2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

*Chi-Square = 0,043* , *Contingency Coefficient = 0,472*

Tabel 5.25 mempunyai kecenderungan apabila beban kerja tinggi maka pelaksanaan MAKP model tim kurang baik. Semakin rendah beban kerja perawat

maka pelaksanaan MAKP model tim akan cenderung cukup baik. Dengan demikian ada hubungan antara beban kerja dengan pelaksanaan MAKP model tim dan ditunjukkan bahwa nilai  $p = 0,043 < 0,05$  dengan *contingency coefficient* 0,472.

### **5.11 Penyusunan Rekomendasi Upaya Optimalisasi Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim**

Penyusunan rekomendasi berdasarkan isu strategis yang muncul dari hasil penelitian. Sebelum menyusun rekomendasi peneliti menentukan isu strategis dan melakukan FGD untuk mengetahui penyebab isu strategis dan usulan perbaikan.

#### **5.11.1 Isu Strategis**

Isu strategis merupakan masalah yang timbul terkait dengan temuan hasil penelitian yang harus dicari penyebab dan solusinya. Data yang di dapat peneliti dilakukan analisis uji statistik sebagai dasar dalam menentukan isu strategis. Dasar penentuan isu strategis apabila variabel dengan nilai signifikan  $< 0,05$ . Dari isu strategis dilakukan *fokus group discussion* untuk klarifikasi faktor penyebab dan mencari solusi pemecahannya. *Fokus grup discussion* dilakukan tanggal 29 April 2019 di Ruang Komite Medis Rumah Sakit Muhammadiyah Babat pukul 12.00 sampai pukul 13.00 WIB. *Fokus Group Discussion* dihadiri kbid keperawatan, kasi mutu asuhan keperawatan, komite keperawatan, kepala ruang rawat inap, ketua tim dan 4 anggota tim. Moderator dari FGD dipandu oleh bapak MPKU Pimpinan Cabang Muhammadiyah Babat yang mempunyai latar belakang S2 keperawatan. Isu strategis yang muncul berdasarkan hasil penelitian dan penyebab sebagai berikut :

### 5.11.2 Penyebab Isu Strategis

Tabel 5.26 Penyebab Isu Strategis Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan MAKP Model Tim Berdasarkan Hasil Penelitian dan *Fokus Group Discussion* pada Tanggal 29 April 2019 di Ruang Rawat Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Penyebab
1	<b>Faktor Organisasi</b>			<b>Hasil Fokus Group Discussion</b>
	Kepemimpinan	Kepemimpinan kepala ruangan dalam kategori baik 22,7%, kategori cukup 59,1% dan kategori kurang 18,2%. Analisis korelasi nilai $p = 0,014 < 0,05$	Kepemimpinan kepala ruangan dalam menjalankan tugasnya belum berjalan dengan baik.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala ruangan belum mendapatkan pelatihan manajemen keperawatan.</li> <li>2. Pengangkatan pejabat struktural berdasarkan pertimbangan senioritas.</li> </ol>
	Sistem reward	Sistem reward di ruang rawat inap dalam kategori baik 4,5%, kategori cukup 77,3% dan kategori kurang dan 18,2%. Nilai signifikan $p = 0,024$	Sebagian besar perawat ruang rawat inap merasakan sistem reward masih kurang baik dalam hal pembagiannya.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum adanya regulasi yang jelas dari manajemen rumah sakit tentang pembagian reward .</li> <li>2. Belum ada reward non finansial kepada perawat pelaksana.</li> <li>3. Pembagian insentif tindakan keperawatan tidak berdasarkan sistem remunerasi, tetapi disamaratakan</li> </ol>
	Pelatihan dan Pengembangan	Pelatihan dan pengembangan dalam kategori baik ada 9,1% dan cukup 51,9 % , kategori kurang 31,8% Nilai signifikan $p = 0,033$	Peningkatan pelatihan dan pengembangan terhadap perawat kurang diperhatikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum adanya perencanaan dari tim diklat keperawatan untuk peningkatan pengetahuan perawat.</li> <li>2. Peningkatan pengembangan dan pelatihan masih bersifat pasif menunggu dari pihak luar.</li> <li>3. Kurangnya minat dari perawat itu sendiri untuk mengembangkan diri.</li> <li>4. Kebanyakan perawat telah merasa puas dengan kondisinya sekarang.</li> </ol>

Dilanjutkan ke halaman 141

Lanjutan Tabel 5.26

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Penyebab
2	<b>Faktor Sumber Daya Perawat</b>			<b>Hasil Fokus Group Discussion</b>
	Pengetahuan	Pengetahuan dengan kategori baik 22,7%, kategori cukup 63,6% dan nilai kurang ada 13,6% dan Nilai signifikan $p=0,005$	Tingkat pengetahuan perawat tentang MAKP model tim masih cenderung kurang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya sosialisasi dan pelatihan tentang MAKP dalam pemberian asuhan keperawatan</li> <li>2. Kurangnya niat dari perawat untuk mengembangkan asuhan keperawatan secara profesional</li> </ol>
	Motivasi	Motivasi dengan kategori baik 22,7%, kategori cukup = 59,1% dan dalam kategori kurang 18,2% Nilai signifikan $p=0,026$	Motivasi perawat untuk melaksanakan Asuhan Perawat Profesional Model tim masih kurang.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anggapan perawat bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan dengan menggunakan Metode asuhan keperawatan profesional model tim sama saja tidak ada pengaruh terhadap pasien ataupun dirinya</li> <li>2. Perawat terbiasa melakukan asuhan keperawatan secara rutinitas</li> </ol>
3	<b>Faktor Karakteristik pekerjaan</b>	Peran dan tanggung jawab kepala ruangan dalam kategori cukup 45,5% dan kategori kurang 45,5%, ketua tim sebagian besar kategori kurang 45,5% dan anggota tim kategori kurang 50% dan kategori cukup 50%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum adanya pembagian tugas yang jelas antara kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim.</li> <li>2. Pengorganisaian manajemen pelayanan asuhan keperawatan belum dilaksanakan dengan baik oleh kepala ruangan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tugas kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim belum dipahami oleh masing-masing perawat.</li> <li>2. Anggapan perawat bahwa semua perawat yang sedang dinas mempunyai peran dan tanggung jawab yang sama.</li> </ol>

Dilanjutkan ke halaman 142

Lanjutan Tabel 5.26

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Penyebab
<b>3</b>	<b>Faktor karakteristik Pekerjaan</b>			<b>Hasil Fokus Group Discussion</b>
	Beban Kerja	Beban kerja perawat dengan kategori tinggi 72,7% dan kategori sedang ada 27,3%. Nilai signifikan $p= 0,043$	Perawat merasakan beban kerjanya terlalu tinggi sehingga tidak memikirkan asuhan keperawatan secara profesional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat belum mampu memprioritaskan tindakan keperawatan yang dilakukan.</li> <li>2. Perawat banyak melakukan pekerjaan yang bukan menjadi tanggung jawabnya.</li> </ol>
<b>4</b>	<b>MAKP Model Tim.</b> Pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap belum dapat dilaksanakan secara optimal	Penerimaan pasien baru pada tahap persiapan sebagian besar kategori cukup 45,5%, proses penerimaan pasien baru sebagian besar kategori kurang 50% dan tahap evaluasi sebagian besar kategori cukup 77,3%	Penerimaan pasien baru diruang rawat inap belum sesuai standar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan pasien baru dilakukan oleh perawat yang mengetahuinya.</li> <li>2. Kurangnya komunikasi antar anggota tim saat penerimaan pasien baru</li> <li>3. Kurangnya koordinasi antar ruang dari ruang asal pasien dan ruang rawat inap.</li> </ol>
		Timbang terima tahap persiapan sebagian besar kategori kurang 68,2%, proses timbang terima sebagian besar baik 59,1%, materi timbang terima sebagian besar baik 54,5% dan tahap evaluasi masih dalam kategori kurang 100,0%	Proses timbang terima dalam pelaksanaan MAKP model tim tidak sesuai dengan standar. Timbang terima dari shift sore ke shift malam tidak dilakukan di samping bed pasien.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anggapan perawat bahwa timbang terima merupakan pekerjaan rutinitas yang tidak perlu dikembangkan</li> <li>2. Belum ada supervisi pada setiap shift jaga.</li> </ol>

Dilanjutkan ke halaman 143

Lanjutan Tabel 5.26

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Penyebab
4	MAKP model Tim.			<b>Hasil Fokus Group Discussion</b>
		Ronde keperawatan mulai dengan tahap persiapan sampai evaluasi 100,0% dalam kategori kurang.	Selama observasi tidak pernah dilakukan ronde keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala ruangan sebagai pemimpin dalam ruangan tersebut belum memahami tentang ronde keperawatan.</li> <li>2. Belum mempunyai perawat sebagai konselor.</li> <li>3. Belum adanya koordinasi antar tim dan tim kesehatan lain tentang ronde keperawatan.</li> </ol>
		<i>Discharge planning</i> kategori tahap proses pelaksanaan dalam kategori sebagian besar kategori cukup 40,9%, isi dari <i>discharge planning</i> sebagian besar kategori baik 81,8% dan tahap evaluasi sebagian besar kategori kurang 54,5%	<i>Discharge planning</i> sering dilakukan pada pasien yang akan pulang saja. Materi <i>discharge planning</i> belum mencakup kebutuhan pasien.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada saat memberikan penjelasan <i>discharge planning</i> perawat terburu-buru karena ada pasien lain yang meminta bantuan sehingga isi <i>discharge planning</i> tidak dijelaskan secara mendetail.</li> <li>2. Belum ada supervisi dari kepala ruangan terkait dengan <i>discharge planning</i></li> </ol>

Isu strategis sebagaimana tabel 5.26 dapat disimpulkan sebagaimana berikut :

1. Faktor organisasi dari kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dalam pengelolaan MAKP model tim belum tertata dengan baik.
2. Faktor Sumber Daya Perawat kurangnya pengetahuan dan motivasi perawat terhadap pemberian asuhan keperawatan profesional dengan menggunakan metode asuhan keperawatan model tim.
3. Faktor Karakteristik Pekerjaan, peran dan tanggung jawab kepala ruangan belum sesuai dengan standar dan beban kerja perawat tinggi sehingga pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional tidak dapat dilakukan dengan optimal..
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode asuhan keperawatan profesional model tim belum dilakukan secara optimal sesuai dengan standar yang ada.

Isu strategis sebagaimana tersebut diatas dilakukan *focus group discussion* pada tanggal 29 April 2019 untuk mencari usulan perbaikan. Usulan perbaikan hasil *fokus group discussion* dan telaah peneliti dengan prioritas kegiatan yang dapat diimplementasikan dijadikan rekomendasi. Isu strategis dan usulan perbaikan dapat dilihat pada tabel 5.27 dibawah ini.

### 5.11.3 Usulan Perbaikan Isu Strategis

Tabel 5.27 Usulan Perbaikan dari Isu Strategis yang Ditemukan Berdasarkan Telaah Peneliti dan Fokus Group Discussion pada Tanggal 29 April 2019

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Usulan Perbaikan	
				Telaah peneliti	Hasil FGD
1	<b>Faktor Organisasi</b>				
	Kepemimpinan	Kepemimpinan kepala ruangan dalam kategori baik 22,7%, kategori cukup 59,1% dan kategori kurang 18,2%. Analisis korelasi nilai $p = 0,014 < 0,05$	Kepemimpinan kepala ruangan dalam menjalankan tugasnya belum berjalan dengan baik.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendorong kepala ruangan untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.</li> <li>2. Mengikutkan pelatihan manajemen bangsal untuk kepala ruangan</li> </ol>	Mengusulkan kepada pihak manajemen rumah sakit dalam pengangkatan pejabat struktural tidak hanya berdasarkan masa kerja tetapi melalui test kemampuan
	Sistem reward	Sistem reward di ruang rawat inap dalam kategori baik 4,5%, kategori cukup 77,3% dan kategori kurang dan 18,2%. Nilai signifikan $p = 0,024$	Sebagian besar perawat ruang rawat inap merasakan sistem reward masih kurang baik dalam hal pembagiannya.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala ruangan membuat regulasi internal untuk pembagian reward yang diusulkan kepada pihak manajemen rumah sakit.</li> <li>2. Peningkatan pemahaman kepala ruangan bahwa reward yang diberikan kepada perawat pelaksana bukan hanya finansial tetapi pujian atas kinerja perawat .</li> </ol>	Kepala ruangan membuat panduan pembagian insentif tindakan keperawatan secara internal ruangan yang diusulkan ke direktur berdasarkan performance kinerja dan berdasarkan kompetensi perawat yang ada di ruang rawat inap.

Dilanjutkan ke halaman 146

Lanjutan Tabel 2.27

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Usulan Perbaikan	
1	<b>Faktor Organisasi</b>			<b>Telaah peneliti</b>	<b>Hasil FGD</b>
	Pelatihan dan Pengembangan	Pelatihan dan pengembangan dalam kategori baik ada 9,1% dan cukup 51,9 % dan kategori kurang 31,8% Nilai signifikan p = 0,033	Peningkatan pelatihan dan pengembangan terhadap perawat kurang diperhatikan..	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian diklat keperawatan harus membuat program pelatihan baik inhouse maupun exhouse training terstruktur yang relevan dengan kebutuhan di rumah sakit.</li> <li>2. Mengaktifkan group WA PPNI komisariat RS Muhammadiyah Babat sebagai diskusi atau sharing ilmu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keaktifan perawat menghadiri atau mengikuti seminar digunakan sebagai salah satu indikator penilaian kinerja perawat.</li> <li>2. Tim diklat keperawatan aktif mencari seminar/pelatihan yang menjadi kebutuhan perawat dan diinformasikan melalui papan pengumuman ataupun group WA PPNI komisariat RS Muhammadiyah Babat</li> </ol>
2	<b>Faktor Sumber Daya Perawat</b>				
	Pengetahuan	Pengetahuan dengan kategori baik 22,7%, kategori cukup 63,6%. kategori kurang 13,6% Nilai signifikan p= 0,005	Tingkat pengetahuan perawat tentang MAKP model tim masih cenderung kurang	Pada saat rapat ruangan perlu dilakukan diskusi tentang asuhan keperawatan profesional .	Diadakan pelatihan secara inhouse training yang diikuti oleh semua perawat dengan materi asuhan keperawatan profesional.

Dilanjutkan ke halaman 147

Lanjutan Tabel 5.27

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Usulan Perbaikan	
				Telaah peneliti	Hasil FGD
2	<b>Faktor Sumber Daya Perawat</b>				
	Motivasi	Motivasi dengan kategori baik 22,7% dan dalam kategori cukup ada 59,1% dan dalam kategori kurang 18,2%. Nilai signifikan p=0,0375	Motivasi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan profesional model tim masih rendah.	Meningkatkan pemahaman kepada perawat bahwa untuk memberikan asuhan keperawatan perlu menggunakan metode asuhan keperawatan profesional agar dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien dapat berkesinambungan.	Perlu adanya peningkatan pemahaman kepada perawat bahwa sebagai perawat harus selalu mengembangkan diri demi kemajuan asuhan keperawatan dan menghilangkan paradigma bahwa asuhan keperawatan yang diberikan saat ini merupakan yang terbaik
3	Faktor Karakteristik Pekerjaan	Peran dan tanggung jawab kepala ruangan dalam kategori cukup 45,5% dan kategori kurang 45,5%, ketua tim sebagian besar kategori kurang 45,5% dan anggota tim kategori kurang 50% dan kategori cukup 50%	1. Belum adanya pembagian tugas yang jelas antara kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim. 2. Pengorganisaian manajemen pelayanan asuhan keperawatan belum dilaksanakan dengan baik oleh kepala ruangan	Meningkatkan kerjasama dalam tim untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan tugas dan wewenang masing-masing dalam tim tersebut.	Perlu dilakukan demonstrasi atau simulasi bagaimana kerja masing-masing anggotaDa dalam tim

Dilanjutkan ke halaman 148

Lanjutan Tabel 5.27

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Usulan Perbaikan	
3	<b>Faktor Karakteristik Pekerjaan</b>			<b>Telaah peneliti</b>	<b>Hasil FGD</b>
		Beban kerja perawat dengan kategori tinggi 27,3% dan kategori sedang ada 72,7%. Nilai signifikan p= 0,0400	Perawat merasakan beban kerjanya terlalu tinggi sehingga tidak memikirkan asuhan keperawatan secara profesional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penghitungan tenaga perawat sesuai dengan standar yang digunakan</li> <li>2. Pengaturan jadwal dinas staf keperawatan untuk jam – jam sibuk .</li> <li>3. Pembatasan perawat untuk melakukan kegiatan diluar kepentingan asuhan keperawatan</li> </ol>	Mengusulkan kepada RS untuk penambahan tenaga perawat di ruang rawat inap
4	<b>MAKP Model Tim</b>				
	Pelaksanaan MAKP model Tim belum dilaksanakan secara optimal	Penerimaan pasien baru pada tahap persiapan sebagian besar kategori cukup 45,5%, proses penerimaan pasien baru sebagian besar kategori kurang 50% dan tahap evaluasi sebagian besar kategori cukup 77,3%	Kurangnya komunikasi antar anggota tim saat penerimaan pasien baru	Komunikasi antara kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim perlu ditingkatkan	Peningkatan koordinasi antar ruangan bila akan memasukkan pasien baru.

Dilanjutkan ke halaman 149

Lanjutan Tabel 5.27

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Usulan Perbaikan	
				Telaah peneliti	Hasil FGD
4	MAKP Model Tim	Timbang terima tahap persiapan sebagian besar kategori kurang 68,2%, proses timbang terima sebagian besar baik 59,1%, materi timbang terima sebagian besar baik 59,1% dan tahap evaluasi masih dalam kategori kurang 100,0%	Proses timbang terima dalam pelaksanaan MAKP model tim tidak sesuai dengan standar. Timbang terima dari shift sore ke shift malam tidak dilakukan di samping bed pasien	Penekanan pada perawat bahwa timbang terima di samping bed pasien saat diperlukan untuk mengetahui kondisi pasien secara langsung dan untuk mendekatkan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien meskipun tidak ada supervisi.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlu ada format timbang terima sehingga sebagai bukti kegiatan timbang terima.</li> <li>2. Perlu dijadwalkan supervisi secara terstruktur untuk memantau asuhan keperawatan pada pasien</li> </ol>
		Ronde keperawatan mulai dengan tahap persiapan sampai evaluasi 100,0% dalam kategori kurang.	Selama observasi tidak pernah dilakukan ronde keperawatan	Perlu dilakukan peningkatan pengetahuan kepada kepala ruangan terkait asuhan keperawatan model tim melalui seminar maupun pelatihan	Kerjasama antar tim kesehatan perlu ditingkatkan untuk membahas kasus perawatan pasien agar masalah pasien dapat terselesaikan dengan baik.

Dilanjutkan ke halaman 150

Lanjutan Tabel 5.27

No	Masalah	Data	Isu Strategis	Usulan Perbaikan	
				Telaah peneliti	Hasil FGD
4	MAKP Model Tim	<p><i>Discharge planning</i> kategori tahap proses pelaksanaan dalam kategori sebagian besar kategori cukup 40,9%, isi dari <i>discharge planning</i> sebagian besar kategori baik 81,8% dan tahap evaluasi sebagian besar kategori kurang 54,5%.</p>	<p><i>Discharge planning</i> sering dilakukan pada pasien yang akan pulang saja. Materi <i>discharge planning</i> belum mencakup kebutuhan pasien.</p>	<p>Kepala ruangan perlu melakukan supervisi terkait <i>discharge planning</i> yang dilakukan oleh ketua tim maupun anggota tim</p>	<p>Penjelasan saat <i>dischnge planning</i> pasien yang diperbolehkan pulang harus berpedoman dengan format yang ada dan bila perlu pasien diberi brosur untuk diet di rumah</p>

### 5.11.2 Rekomendasi

Berdasarkan tabel 5.27 maka dapat dibuat rekomendasi untuk mengoptimalkan pelaksanaan MAKP model tim dalam meningkatkan kinerja perawat di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat sebagai berikut :

1. Dari faktor organisasi
  - a. Perlu adanya regulasi pengangkatan pejabat struktural.
  - b. Pola ketenagaan kualifikasi kepala ruangan pendidikan S1 keperawatan masa kerja > 4 tahun atau DIII keperawatan dengan masa kerja > dari 10 tahun dan sudah mendapatkan pelatihan manajemen keperawatan.
  - c. Mengadakan pelatihan manajemen kepemimpinan untuk pejabat struktural yang baru.
  - d. Kepala ruangan sebaiknya membuat regulasi pembagian uang insentif yang diajukan ke Direktur Rumah Sakit.
  - e. Bagian diklat keperawatan membuat program pelatihan dan pengembangan yang terstruktur dan pelatihan MAKP dimasukkan dalam program tersebut.
2. Faktor Sumber Daya Manusia
  - a. Peningkatan pengetahuan perawat tentang metode asuhan keperawatan profesional dengan cara mengirim perawat untuk mengikuti seminar atau workshop tentang asuhan keperawatan, sosialisasi kepada perawat lain dan melakukan *inhouse training* dan pendampingan tentang pelaksanaan MAKP model tim.
  - b. Bagian manajemen keperawatan memberikan motivasi kepada staf untuk selalu berubah mengikuti perkembangan ilmu dan tehnolgi yang ada sekarang ini sehingga tidak merasa puas dengan pelayanan keperawatan yang telah diberikan saat ini.

3. Faktor karakteristik pekerjaan
  - a. Peningkatan peran dan tanggung jawab kepala ruangan sebagai manajer asuhan keperawatan.
  - b. Kepala ruangan harus dapat menghitung kebutuhan tenaga keperawatan yang disesuaikan dengan tingkat ketergantungan pasien, serta harus mampu melakukan pembagian tugas kepada seluruh perawat sehingga perawat tidak merasa terbebani dengan pekerjaannya.
  - c. Mengusulkan tenaga perawat secara bertahap kepada direktur apabila dalam perhitungan tenaga ada kekurangan dengan disesuaikan anggaran Rumah Sakit.
4. Optimalisasi pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap agar sesuai dengan standar yang ada perlu adanya kerjasama yang baik dalam tim, komunikasi yang efektif dalam tim dan diperlukan format yang baku dalam pelaksanaan dalam proses Asuhan keperawatan model tim.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan membahas hasil penelitian yang dihubungkan dengan sumber pustaka dan opini penulis. Pembahasan dibagi menjadi sub bab sesuai dengan tujuan khusus penelitian.

#### **6.1 Faktor Organisasi pada Pelaksanaan MAKP Model Tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**

Faktor organisasi yang dibahas dalam penelitian ini merupakan organisasi dalam pengelolaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Faktor organisasi terdiri dari subvariabel diantaranya, kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi.

Kepemimpinan dari faktor organisasi sebagian besar dalam kategori cukup dan sebagian kecil dalam kategori baik. Kepemimpinan yang dimaksud disini merupakan kepemimpinan kepala ruangan dalam mengelola asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kemampuan kepemimpinan kepala ruangan dalam pengelolaan metode asuhan keperawatan model tim di ruang rawat inap belum berjalan dengan baik. Kepemimpinan yang kurang baik ini dikarenakan pendidikan kepala ruangan di ruang rawat inap masih vokasional dan belum mendapatkan pelatihan manajemen keperawatan.

Kepala ruangan belum menjalankan fungsi manajerial dalam pengelolaan asuhan keperawatan profesional di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah

Babat. Kepala ruangan belum membagi tugas kepada perawat pelaksana sesuai tingkat ketergantungan pasien. Selain itu kepala ruangan tidak pernah memberikan pengarahan kepada stafnya dan melakukan supervisi dalam asuhan keperawatan model tim.

Banyak faktor yang mnempengaruhi kepemimpinan pada pengelolaan asuhan keperawatan profesional model tim. Faktor tersebut antara lain tingkat pendidikan yang dimiliki, pengetahuan tentang perkembangan asuhan keperawatan dan pelatihan serta pendidikan berkelanjutan yang diikuti.

Kegiatan untuk menjalankan kepemimpinan yang efektif diperlukan suatu perencanaan dan pengorganisasian, membuat penugasan dan memberi pengarahan, dengan metode asuhan yang digunakan, memberi bimbingan pada staf dalam melaksanakan tugas yang diberikan, kerjasama dan partisipasi dalam tim, mengkoordinasikan kegiatan serta observasi atau supervisi (Thara, 1981).

Kompleksitas pengelolaan pelayanan keperawatan diperlukan kepemimpinan yang efektif melalui pengawasan (*supervisory ability*), mempunyai ketegasan (*desisiveness*) dalam membuat keputusan dalam memecahkan masalah (Maria, 2017). Seorang pemimpin harus memahami tanggung jawab, mau berkomunikasi dengan stafnya dan melibatkan anggotanya dalam tim. Hal ini didukung oleh penelitian Lorraine bahwa kepemimpinan dapat efektif bila seorang pemimpin melakukan komunikasi berkelanjutan, memperkuat hubungan profesional, menciptakan dan mempertahankan tim, dan mendukung keterlibatan staf (Lorraine, et al., 2016).

Kepemimpinan yang baik sangat diperlukan dalam pelayanan asuhan keperawatan profesional model tim. Kepala ruangan sebagai orang pertama yang

bertanggung jawab pada asuhan keperawatan hendaknya mempunyai pemahaman tentang konsep manajemen pelayanan, mampu mengkomunikasikan kebijakan yang di buat oleh rumah sakit kepada staf dan mampu meyakinkan orang lain (Andre, 1996). Dengan kepemimpinan yang baik maka pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat akan dilaksanakan secara optimal sesuai dengan standar yang ada sehingga pasien merasa puas.

Faktor organisasi selain kepemimpinan yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim adalah sistem reward. Sistem reward yang dimaksud merupakan sistem pembagian uang insentif tindakan asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Penilaian tenaga perawat terhadap sistem reward yang diterapkan di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat sebagian besar perawat menilai cukup. Hal tersebut menunjukkan bahwa sistem reward di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat masih perlu perbaikan untuk meningkatkan kinerja perawat.

Reward yang di berikan dari RS Muhammadiyah Babat yang merupakan kompensasi langsung berupa gaji, bonus, insentif tindakan bagi karyawan yang di klinis. Sedangkan reward tidak langsung berupa berbagai jaminan sosial, karyawan diikutkan sebagai peserta BPJS kesehatan, BPJS ketenagakerjaan dan dana pensiun Muhammadiyah. Sistem pembagian reward untuk insentif diberikan langsung kepada unit penghasil termasuk ruang rawat inap.

Pembagian insentif di ruang rawat inap masih menggunakan azas pemerataan tidak menggunakan model remunerasi berdasarkan jenjang karir

perawat dan *performance* kinerja perawat. Kepala ruangan belum membuat regulasi yang mengatur pembagian reward sebagaimana sistim yang berkembang saat ini. Kepala ruangan juga tidak membuat suatu kebijakan yang berkaitan dengan pemberian reward non materi misalnya publikasi keberhasilan staf, penyertaan dalam berbagai pelatihan atau pengembangn pendidikan atau pujian bagi staf yang berhasil mencapai prestasi tinggi atau punya komitmen dalam tugas.

Reward merupakan sebuah bentuk apresiasi kepada suatu prestasi tertentu yang diberikan baik oleh perorangan ataupun lembaga bisa dalam bentuk materi maupun non materi. Reward dapat dibedakan menjadi 2 yaitu reward instrinsik dan ekstrinsik (Kenna & Nic, 2000). Reward instrinsik merupakan nilai positif atau rasa puas karyawan terhadap dirinya sendiri karena telah menyelesaikan tugas yang cukup menantang seperti pemberian dalam pengambilan keputusan tanggung jawab yang lebih besar dalam pekerjaannya. Reward ekstrinsik merupakan kompensasi langsung atas pekerjaan yang telah dilakukan seperti gaji, upah lembur, instensif, tunjangan atau bonus, dan kompensasi tidak langsung seperti jaminan sosial, asuransi, pensiun, cuti kerja dan liburan.

Pengelolaan sistem reward yang baik diperlukan dalam organisasi untuk menarik dan mempertahankan sumber daya manusia dalam mencapai sasarannya. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan bahwa program penghargaan penting bagi organisasi karena merupakan upaya untuk mempertahankan sumber daya manusia sebagai komponen utama dalam organisasi. Selain itu penghargaan atau reward merupakan salah satu aspek yang berarti bagi pegawai karena penghargaan yang

diberikan mencerminkan prestasi kerja mereka dalam organisasi (Ambar & Rosidah, 2003).

Sistem reward diberikan oleh organisasi kepada karyawan mempunyai tujuan untuk memperkuat motivasi memacu diri agar mencapai prestasi memberikan identitas performance bagi seseorang yang mempunyai kemampuan lebih (Nursalam, 2016). Sistem reward ini membentuk pribadi perawat untuk lebih *care* dalam memnberikan asuhan keperawatan kepada pasien sehingga kinerja perawat lebih baik dan pasien akan merasa puas menerima pelayanan.

Bagian dari faktor organisasi lainnya yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tin ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat merupakan pelatihan dan pengembangan. Penilain perawat terhadap pelatihan dan pengembangan di tuang rawat inap sebagian besar menilai cukup. Hal tersebut menunjukkan bahwa pelatihan dan pengembangan tenaga keperawatan di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat belum berjalan dengan baik.

Perawat yang bekerja di ruang rawat inap sebageaian besar mempunyai *mindset* pendidikan yang dimiliki sudah cukup. Sebageaian besar tidak mempunyai inisiatif sendiri untuk mengembangkan diri dan mengupdate ilmu keperawatan sesuai dengan perkembangan keperawatan saat ini. Selain itu diklat keperawatan tidak mempunyai program yang terstruktur untuk meningkatkan kemampuan perawat melalui pelatihan dan seminar secara *inhouse training* .

Pelatihan dan pengembangan merupakan hal yang sangat penting dalam meningkat kemampuan dan keahlian untuk menyesuaikan perkembangan

pelayanan asuhan keperawatan dan tuntutan pasien. Pelatihan dan pengembangan merupakan serangkaian aktifitas yang dirancang oleh organisasi untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan dan kemampuan pegawai (Simamura, 2009). Pelatihan dan pengembangan dilakukan sebagai upaya meningkatkan kinerja para pekerja dalam hal ini perawat yang dianggap belum mampu dalam mengemban pekerjaannya (Pandji, 2000).

Manajemen perlu untuk membuat suatu perencanaan terhadap pelatihan dan pengembangan staf secara periodik sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Pelatihan dan pengembangan sangat dipengaruhi beberapa faktor antara lain dukungan manajemen puncak, komitmen para karyawan dan kemajuan teknologi, kompleksitas organisasi (Monday & R, 2008).

Perawat yang mendapatkan pelatihan dan pengembangan secara kontinyu akan meningkatkan kemampuannya dalam pelayanan keperawatan dirumah sakit. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Shaine bahwa perawat yang dididik akan meningkatkan pengalaman sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Shane, et al., 2016).

Penilaian supervisi yang merupakan bagian dari faktor organisasi sebaian besar perawat menilai masih kurang. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kegiatan supervisi dalam pelayanan keperawatan asuhan keperawatan profesional model tim belum dilakukan sesuai dengan standar supervisi.

Pelaksanaan supervisi di ruang rawat inap yang seharusnya dilakukan oleh kepala ruangan untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan standart yang ditetapkan. Kepala ruangan tidak pernah melakukan

supervisi terhadap asuhan keperawatan yang dikerjakan oleh staf . Kepala ruangan juga mempunyai pemahaman bahwa semua perawat yang bekerja di ruang pelayanan mempunyai kedudukan yang sama. Kepala ruangan menganggap supervisi merupakan tanggung jawab manajemen rumah sakit, dan beliau mengagap supervisi tidak penting dalam asuhan keperawatan.

Supervisi adalah suatu pengamatan atau pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan yang bersifat rutin (Swenberg, 2000). Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber yang dibutuhkan perawat untuk pencapaian tugas yang telah direncanakan (Kuntoro & Agus, 2010). Pengawasan profesional (supervisi) dilakukan untuk mendemonstrasikan perencanaan layanan dan memandu kebijakan dan praktik (Susan, et al., 2018).

Supervisi merupakan bagian yang penting dalam manajemen keperawatan, apabila supervisi dilakukan dengan baik maka akan meningkatkan efektifitas dan efisiensi kerja (Tri & Yulisetyoningrum, 2017). Peningkatan efisiensi kerja erat hubungannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan oleh bawahan, sehingga menurunkan *resource* yang digunakan (Nursalam 2007). Kepala ruangan merupakan low manajer harus mampu mejadi supervisor yang baik terhadap kinerja perawat pelaksana.

Supervisi yang terprogram dan secara kontinyu akan menjadikan pelayanan asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat berjalan secara optimal sesuai standar yang ada sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Mua tahun 2011 yang mengemukakan

bahwa tidak optimalnya supervisi klinik kepala ruangan yang tidak optimal maka pelayanan keperawatan tidak berkualitas (Harwatiwi, et al., 2017).

## **6.2 Faktor Sumber Daya Perawat pada Pelaksanaan MAKP Model Tim di RS Muhammadiyah Babat.**

Sumber daya manusia merupakan faktor terpenting terhadap baik buruknya pelayanan di rumah sakit termasuk pelayanan keperawatan. Faktor Sumber Daya perawat pada penelitian ini terdiri dari pengetahuan, motivasi dan sikap perawat..

Pengetahuan pada pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya merupakan syarat utama bagi seseorang untuk menjalankan profesi, dalam hal ini merupakan pengetahuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan model perkembangan pelayanan kepada pasien. Sebagian besar tenaga keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat mempunyai pengetahuan yang cukup terhadap asuhan keperawatan profesional model tim. Pengetahuan yang cukup akan menyebabkan timbulnya keraguan dalam bekerja, kurang responsip terhadap perkembangan pelayanan dan kurang percaya diri dalam memberikan pelayanan.

Kondisi yang ada di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat belum semua sumber daya tenaga keperawatan memahami berbagai model asuhan keperawatan disebabkan dengan berbagai hal diantaranya latar belakang tenaga perawat. Hasil penelitian dari karakteristik perawat, sebagian besar (54%) perawat dengan pendidikan vokasi. Sebagian besar perawat menjawab benar pada pertanyaan “Metode asuhan keperawatan profesional model tim terdiri dari perawat primer,

ketua tim dan anggota tim”. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan perawat terutama tentang asuhan keperawatan perlu ditingkatkan.

Pengetahuan dapat diartikan sebagai *actionable information* atau informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak, mengambil keputusan dan untuk menempuh arah atau strategi tertentu (Nursalam, 2013). Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (M, 2014).

Untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu dan berkualitas diperlukan pengetahuan yang baik mulai dari mengetahui, memahami, menganalisis sampai mengaplikasikan asuhan keperawatan profesional model tim pada pasien. Pengetahuan memegang peran penting dalam meningkatkan kualitas sumberdaya dalam suatu organisasi. Pendidikan mempunyai peran penting dalam meningkatkan pengetahuan. Hasil penelitian Ramasamy menunjukkan adanya hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan dimana ibu yang mempunyai tingkat pendidikan rendah tingkat pengetahuan tentang *antecare* rendah sedangkan ibu yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi maka pengetahuan tentang *antecare* tinggi (Ramasmy, 2013). Penelitian lain yang mendukung pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, hasil penelitian (Aisyah, 2009) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pengetahuan yang dimiliki.

Pengetahuan perawat tentang metode asuhan keperawatan dengan berbagai model asuhan akan meningkat apabila perawat tersebut diikuti dalam

pengembangan pengetahuan melalui pelatihan atau pendidikan berkelanjutan . Ada hubungan yang erat antara pengetahuan dan pelatihan. Perawat yang mendapatkan pelatihan ICU mengetahui keseluruhan perubahan pada monitor EKG daripada perawat yang tidak mendapatkan pelatihan (DO, et al., 2012).

Peningkatan pengetahuan bagi tenaga perawat diperlukan dalam mencapai kinerja yang tinggi termasuk dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan menggunakan metode asuhan keperawatan model tim. Hal ini didukung oleh penelitian dari Nisak bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dan positif antara pengetahuan dan kinerja (Nisak, 2015). Belajar atau pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan . Dengan pengetahuan akan menghasilkan kinerja yang tinggi (Alexis, et al., 2018).

Selain pengetahuan motivasi merupakan faktor psikologi memberikan kontribusi pada komitmen individu. Motivasi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat sebagian besar cukup. Perawat mempunyai anggapan bahwa apapun metode asuhan keperawatan yang digunakan sama saja. Perawat lebih suka melakukan perawatan secara rutinitas. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa motivasi dari tenaga perawat ruang rawat inap Rumah sakit Muhammadiyah Babat sebagian besar perlu untuk ditingkatkan guna mencapai kinerja yang tinggi.

Motivasi merupakan unsur psikologis seseorang yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Motivasi juga diartikan perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan

kekuasaan terutama dalam berperilaku (Nursalam, 2016). Motivasi diperlukan untuk meningkatkan prestasi kerja. Perlu dilakukan terobosan untuk meningkatkan motivasi bagi perawat agar asuhan keperawatan profesional model tim dapat dilaksanakan dengan optimal sehingga pasien merasa puas.

Perawat yang mempunyai motivasi tinggi akan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang ada sehingga pelayanan keperawatan akan lebih baik. Sesuai dengan siklus motivasi yang digambarkan oleh (Robbins S, 2002) bahwa motivasi timbul akan memicu perilaku yang dituju sesuai tujuan dan akhirnya berhenti setelah tujuan tercapai.

Faktor lain dalam sumber daya perawat adalah sikap perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim. Sikap profesional perawat ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim sebagian besar cukup. Hal tersebut menggambarkan sebagian besar tenaga keperawatan ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat masih perlu ditingkatkan. Sikap profesi yang dimiliki oleh perawat tampak pada perilaku dalam bekerja. Perawat acuh terhadap model asuhan keperawatan yang dipilihnya. Perawat bekerja secara rutinitas, tidak mengembangkan diri sesuai dengan perkembangan asuhan keperawatan yang ada dan merasa sudah baik dalam memberikan asuhan keperawatan.

Sikap dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap bukan suatu tindakan atau aktivitas, melainkan predisposisi tindakan dan perilaku (Mubarak,2011). Sikap mental

pegawai yang positif terhadap situasi kerja memperkuat motivasi kerja pegawai untuk mencapai kinerja maksimal. Sehingga dapat disimpulkan kuat lemahnya motivasi kerja seorang pegawai menentukan tinggi rendahnya tingkat kerja pegawai (Armstrong, 2009). Perawat yang mempunyai sikap negatif terhadap pekerjaan mereka, tidak mungkin mereka akan memberikan perawatan ekstra kepada pasien bahkan perawat tidak menyadari kebutuhan nyata pasien, sehingga dapat mengurang kualitas asuhan keperawatan (Ling, 2017).

Sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang. Tiga komponen tersebut yaitu: komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affektive*) dan komponen konatif (*conative*) Ketiga komponen inilah dikatakan sebagai struktur pembentuk sikap. Komponen kognitif berisi persepsi, kepercayaan, dan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu. Maksudnya, komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar mengenai objek. Sikap dalam hal ini adalah kepercayaan tenaga perawat terhadap model asuhan keperawatan profesional. Komponen afektif merupakan perasaan individu terhadap objek sikap yang menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap.

Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Rumah sakit membutuhkan berbagai ketrampilan dan kualifikasi staf untuk melaksanakan visi dan misinya dalam memenuhi kebutuhan pasien. Tenaga yang profesional akan menentukan kualitas pelayanan yang diberikan (Potter & Terry, 2012). Selain itu dengan pelatihan membuat perasaan perawat merasa dihargai dan bermakna dalam melakukan pekerjaan mereka, sehingga

dapat meningkatkan kinerja pekerjaan dan kualitas perawatan dkepada pasien (Ling, 2017).

### **6.3 Karakteristik Pekerjaan Dalam Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim**

Karakteristik pekerjaan pada pembahasan ini adalah peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dan beban kerja. Hasil observasi didapatkan bahwa peran dan tanggung kepala ruangan dalam kategori kurang. Peran dan tanggung jawab ketua tim sebagian besar dalam kategori kurang. Sedangkan peran dan tanggung jawab anggota tim sudah baik . Pada pembagian peran dan tanggung jawab antara kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim pada saat dilakukan observasi belum ada pembagian tugas yang jelas dari ketiganya. Tidak ada bedanya antara kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dalam menjalankan peran dan tanggung jawab dalam asuhan keperawatan model tim. Kepala ruangan belum mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien sehingga jumlah tenaga perawat dibuat jadwal secara rutinitas.

Kepala ruangan masih lebih banyak melakukan kegiatan klinis dalam pemberian asuhan kepada pasien. Kepala ruangan belum melakukan perencanaan dalam tidak menjelaskan metode asuhan yang diberikan kepada pasien. Kepala ruangan juga belum melakukan supervisi dan pengarahan terhadap stafnya dalam memberikan asuhan keperawatan model tim agar pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan harapan pasien.

Pada pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat peran dan tugas ketua tim juga belum sesuai dengan yang ditetapkan dalam standar yang ada. Observasi yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa ketua tim dalam memimpin proses asuhan keperawatan belum memberikan bimbingan melalui *pre* dan *post conference* kepada anggotanya. Selain itu ketua tim juga hampir tidak pernah melakukan bimbingan kepada anggota tim dalam tindakan asuhan keperawatan dan melakukan evaluasi dalam proses asuhan keperawatan.

Peran dan tugas anggota tim dalam proses asuhan keperawatan model tim sudah cukup baik. Tetapi kadang-kadang anggota tim tidak melaporkan kondisi pasien kepada anggota tim. Perawat masih bersifat pasif atau kurang *care* terhadap pasien. Perawat datang ke pasien pada kegiatan rutinitas pada saat injeksi atau mengantar visite dokter. Perawat tidak pernah melakukan komunikasi intensif dengan pasien dan keluarga untuk menggali keluhan pasien, sehingga setiap pasien membutuhkan bantuan pasti memanggil perawat di *nurse station*.

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa peran dan tugas kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim masih kurang sesuai dengan standar yang ada. Pada proses asuhan keperawatan profesional model tim setiap orang diharapkan dapat berperan sesuai dengan peran dan tugas masing-masing. Setiap anggota mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga motivasi dan tanggung jawab kepada pasien (Sitorus, 2006).

Seorang kepala ruangan dalam metode asuhan keperawatan model tim seharusnya menjalankan fungsinya secara manajerial. Baik tidaknya asuhan

keperawatan profesional model tim tergantung pada kepemimpinan kepala ruangan dalam menjalankan fungsi manajerialnya (Nursalam, 2016). Seorang pemimpin yang cerdas secara emosional memiliki hubungan langsung dengan kepuasan staf, dengan demikian dapat menghasilkan kualitas kerja yang lebih baik (G, et al., 2017).

Ketua tim sebagai pengendali dalam proses asuhan keperawatan profesional model tim yang langsung berhubungan dengan pasien seharusnya berperan sebagai manajerial teknis. Kollaborasi dan komunikasi yang efektif antara ketua tim dan anggota tim dalam pengelolaan pasien harus ditingkatkan untuk mendapatkan hasil kerja asuhan yang baik. Hal ini didukung penelitian Ruebling 2014 bahwa membina sikap positif dan kerja antar profesional sangat penting karena hal ini dapat memengaruhi keterlibatan individu dalam pelatihan dan perilaku yang terkait dengan komunikasi dan kolaborasi dengan disiplin ilmu kesehatan lainnya (Mollie, et al., 2019).

Anggota tim merupakan perawat pelaksana yang langsung bersentuhan dengan pasien dalam asuhan keperawatan. Anggota tim dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya sebaiknya lebih mengedepankan memberikan pelayanan teknis kepada pasien. Dengan demikian waktu anggota tim dalam memberikan asuhan keperawatan lebih banyak dan kebutuhan pasien akan keperawatan terpenuhi dan pasien merasa puas.

Aspek lain yang perlu dianalisis dari karakteristik pekerjaan adalah beban kerja. Hasil penelitian menunjukkan beban kerja perawat ruang rawat inap sebagian besar dalam katagori tinggi. Pelayanan asuhan keperawatan secara

mandiri perawat kepada pasien jarang sekali dilakukan oleh perawat. Perawat banyak melakukan kegiatan produktif tidak langsung seperti dokumentasi keperawatan yang harus diisi, mengikuti visite dokter dan memasukkan kegiatan ke billing rumah sakit.

Hal ini yang menjadi alasan perawat ruang rawat inap tidak melaksanakan asuhan keperawatan profesional model tim sesuai dengan standar yang ada. Dalam penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa metode penempatan staf perawat, rasio pasien dan perawat belum tentu lebih baik untuk mengendalikan tingkat keparahan dan kasus pasien. Penghitungan beban kerja harian perawat dan tata kelola klinis oleh pimpinan keperawatan akan lebih optimal dan lebih menguntungkan untuk mencegah resiko kematian. (Lisbert, et al., 2017).

Beban kerja perawat adalah volume kerja perawat di sebuah unit rumah sakit. Sedangkan volume kerja perawat merupakan waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien per hari. Beban kerja penting diketahui sebagai dasar untuk mengetahui kapasitas kerja perawat agar terdapat keseimbangan antara tenaga perawat dengan beban kerja. Beban kerja perawat dihitung melalui aktivitas perawat dan ketergantungan pasien pada pelayanan keperawatan. Aktivitas perawat ada 2 (dua) kategori yaitu aktivitas langsung dan aktivitas tidak langsung dalam waktu tertentu. (Huber,2000).

Beban kerja yang dirasakan oleh karyawan kadang terjadi penilaian yang berbeda, dari aspek manajemen beban kerja dihitung sesuai dengan tugas dan tanggungjawab yang telah ditentukan oleh pihak manajemen akan tetapi karyawan mempunyai sudut pandang yang berbeda karena semua aktifitas yang dilakukan selama masuk kerja dianggap sebagai beban kerja. Perawat di ruang rawat inap

Rumah Sakit Muhammadiyah Babat merasakan beban kerja saat berdinamis tinggi, mereka melihat dari rasio pasien dan jumlah tenaga yang dinas.

#### **6.4 Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**

Asuhan keperawatan yang digunakan di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat menggunakan asuhan keperawatan profesional model tim. Hal ini dari berbagai kajian dengan mempertimbangkan faktor organisasi pelayanan di rumah sakit, sumber daya yang dimiliki dan sarana prasarana yang ada. Meskipun sudah memilih salah satu metode asuhan keperawatan profesional tetapi dalam pelaksanaannya belum berjalan sesuai dengan standar pelaksanaan asuhan keperawatan profesional. Perawat dalam menjalankan asuhan kepada pasien lebih cenderung pada pelaksanaan asuhan keperawatan secara rutinitas. Peneliti melakukan observasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan profesional dengan model tim ini selama 3 minggu mulai tanggal 25 Februari sampai dengan 15 Maret 2019.

Penelitian ini dilakukan pada 2 kelompok tim yaitu Tim 1 dan Tim 2 yang ada di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat untuk mengetahui pelaksanaan standar prosedur metode asuhan keperawatan profesional model tim. Observasi pada pelaksanaan standar prosedur operasional asuhan keperawatan model tim terhadap penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan dan *discharge planning*. Hasil observasi kedua tim menunjukkan hasil yang sama, oleh karenanya dalam pembahasan ini dibahas pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim dalam ruangan.

Hasil observasi didapatkan pada penerimaan pasien baru tahap persiapan sebagian besar dalam kategori cukup, tahap pelaksanaan sebagian besar dalam kategori kurang, dan pada tahap terminasi sebagian besar dalam kategori cukup. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa penerimaan pasien baru dari 3 tahap tersebut sebagian besar dalam kategori cukup 63,6% dan belum sesuai standar yang ada dan perlu diperbaiki.

Kegiatan yang tidak pernah dilakukan oleh kepala ruangan saat penerimaan pasien baru mengecek kelengkapan peralatan untuk penerimaan pasien baru. Kegiatan yang tidak pernah dilakukan oleh ketua tim ataupun anggota tim pada saat penerimaan pasien baru ketua tim dan perawat pelaksana atau anggota tim adalah menyambut kedatangan pasien baru di ruangan dan membantu menidurkan di tempat tidur pasien. Selain itu kegiatan yang tidak pernah dilakukan oleh ketua tim yaitu ketua tim menanyakan kembali hal-hal yang belum dimengerti oleh pasien atau keluarga terkait penjelasan yang telah diberikan.

Penerimaan pasien baru merupakan suatu prosedur yang dilakukan oleh perawat pada saat menerima pasien yang baru masuk ke ruang rawat inap. Penerimaan pasien baru merupakan tahap awal pengenalan perawat dengan pasien ataupun keluarga pasien (Nursalam, 2016). Penerimaan pasien baru memberikan gambaran pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien. Selain itu proses penerimaan pasien baru ini akan menjalin hubungan saling percaya antara perawat dan pasien atau keluarga sehingga akan mempermudah perawatan selanjutnya.

Hasil observasi proses timbang terima pada tahap persiapan sebagian besar dalam kategori kurang, tahap pelaksanaan sebagian besar dalam kategori baik. Isi

timbang terima sudah menyangkut SBAR dan sebagian besar dalam kategori baik. Tahap terminasi timbang terima sebagian besar dalam kategori kurang. Dari semua tahapan tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan timbang terima sebagian besar dalam kategori cukup 68,2%.

Kegiatan timbang terima yang tidak pernah dilakukan yaitu kelompok yang akan dinas menyiapkan catatan, isi timbang terima tidak pernah melaporkan masalah keperawatan yang muncul hanya data subyektif dan obyektif yang dilaporkan. Selain itu isi timbang terima tentang porsi diet makanan yang dihabiskan juga tidak pernah dilaporkan dan disaat melakukan timbang terima di samping bed pasien ketua tim yang dinas tidak pernah melakukan klarifikasi kepada pasien terkait data yang disampaikan di *nurse station*. Timbang terima dari shift sore dengan shift malam tidak pernah melakukan timbang terima di samping bed pasien.

Timbang terima merupakan suatu kegiatan untuk menyampaikan dan menerima laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima dilakukan saat pergantian shift yaitu shift pagi dengan shift sore, shift sore dengan shift malam dan shift malam dengan shift pagi (Nursalam, 2016). Isi dari timbang terima menjelaskan keadaan pasien dan asuhan keperawatan dan kollaborasi yang telah didapat pasien. Timbang terima dilakukan di *nurse station* dan disamping bed pasien.

Timbang terima merupakan suatu sarana untuk mencapai komunikasi antar perawat yang dilakukan secara profesional. Dengan adanya timbang terima, maka asuhan keperawatan kepada pasien dapat berkesimbangan sehingga dapat

meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Timbang terima juga dapat meningkatkan koordinasi dalam tim sehingga dapat meningkatkan sumber daya dalam pemberian asuhan keperawatan (Arlene, et al., 2019).

Hasil observasi pada kegiatan sentralisasi obat pada proses persiapan dalam kategori baik. Kerjasama dalam tim sudah baik dalam menyiapkan adanya sentralisasi obat, hanya kadang-kadang kepala ruangan tidak memberitahukan kepada ketua tim adanya sentralisasi obat. Pada tahap pelaksanaan sentralisasi obat dari hasil observasi sudah 100% sudah baik. Kerjasama antara ketua tim dan anggota tim berjalan baik. Tahap terminasi kegiatan sentralisasi obat dalam kategori baik 63,6%. Ada beberapa kegiatan yang belum dilakukan saat sentralisasi obat, seperti kepala ruangan belum melakukan pengecekan selama proses sentralisasi obat. Saat terminasi sentralisasi obat ketua tim belum pernah menanyakan kepada keluarga atau pasien tentang kepuasan terhadap kegiatan sentralisasi obat.

Sentralisasi obat di ruangan seharusnya dilakukan oleh petugas farmasi, tetapi di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat masih dilakukan oleh perawat ruangan. Kegiatan sentralisasi obat ini termasuk pekerjaan produktif yang tidak langsung dan harus dikerjakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Perlu ditingkatkan sistem supervisi dari kepala ruangan dalam hal sentralisasi obat agar pelaksanaan sentralisasi obat bertambah baik dan memberikan manfaat atau kepuasan kepada pasien dan keluarga.

Kegiatan ronde keperawatan dalam asuhan keperawatan model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat selama observasi dalam kategori kurang. Hasil wawancara dengan kepala ruangan, selama proses asuhan keperawatan model tim hanya sekali melakukan ronde keperawatan. Kegiatan ronde keperawatan belum dilakukan dikarenakan perawat belum mengetahui manfaat ronde keperawatan. Selain itu koordinasi antar tim dan tim kesehatan lain dalam memecahkan masalah keperawatan masih belum berjalan dengan baik. Kepala ruangan memandang ronde keperawatan merupakan kegiatan akademisi dan terlalu formal dalam kegiatan teknik di ruangan.

Ronde keperawatan merupakan suatu kegiatan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien melibatkan seluruh tim perawat dan perawat konselor serta pasien (Nursalam, 2016). Tujuan ronde keperawatan menyelesaikan masalah pasien melalui pendekatan berpikir kritis dan diskusi. Pemberian asuhan keperawatan dengan model tim apabila dilakukan dengan bersama-sama antar tim kesehatan akan menghasilkan asuhan keperawatan yang lebih baik. Untuk itu diperlukan ronde keperawatan yang terjadwal dalam memecahkan asuhan keperawatan pasien yang sulit. Dengan adanya ronde keperawatan berarti koordinasi antar tim dan tim kesehatan lain berjalan dengan baik sehingga asuhan keperawatan model tim sesuai dengan standar yang ada.

Kegiatan yang diobservasi lainnya adalah *discharge planning*. Hasil observasi *discharge planning* tahap proses mulai persiapan sebagian besar dalam kategori kurang 40,9%. Materi dari *discharge planning* sebagian besar sudah baik 81,8% dan tahap terminasi *discharge planning* sebagian besar dalam kategori kurang 54,5%. Kegiatan yang tidak pernah dilakukan oleh kepala ruangan terkait

*discharge planning* yaitu mengecek persiapan *discharge planning* yang dilakukan oleh ketua tim atau anggota tim dan memberikan reward kepada ketua tim setelah melakukan *discharge planning*. Kegiatan *discharge planning* yang tidak pernah dilakukan oleh ketua tim memberikan *reinforcemen* kepada pasien dan keluarga.

*Discharge planning* merupakan suatu proses interaksi ketika memberikan asuhan keperawatan profesional kepada pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien (Swenberg, 2000). *Discharge planning* harus dilaksanakan oleh perawat secara terstruktur dimulai dari pengkajian saat pasien masuk ke rumah sakit sampai pasien pulang (Perry & Potter, 2010).

*Discharge planning* dalam asuhan keperawatan profesional model tim akan berjalan dengan baik dan terstruktur apabila pembagian tugas masing – masing yang ada dalam kelompok tim menjalankan tugas sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya (Nursalam, 2016). *Discharge planning* dilakukan dengan harapan pasien lebih siap secara fisik maupun psikologis dalam menghadapi kepulangan.

Pelaksanaan asuhan keperawatan model tim bila dibandingkan antara Tim 1 dan Tim 2 hasilnya sama. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim tidak tergantung pada pembagian timnya. Pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim dengan komponen pelaksanaanya yang terdiri dari penerimaan pasien baru, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, dan *discharge planning* dapat berjalan dengan baik bila elemen kepemimpinan, komunikasi efektif, koordinasi dan delegasi dapat dilaksanakan dengan optimal. Pelaksanaan MAKP model tim yang

diterapkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat dari hasil penelitian masih perlu dilakukan pembenahan untuk perbaikan dari semua elemen yang terlibat dalam pengelolaannya.

Faktor Sumber Daya Perawat perlu untuk mendapatkan prioritas perbaikan dalam hal pengetahuan dan ketrampilan karena merupakan penyebab kelemahan utama dalam pelaksanaan kegiatan yang menyebabkan pelaksanaan MAKP tidak bisa berjalan secara optimal, selain itu dukungan manajemen berupa kebijakan, perbaikan pengorganisasian, sistem reward juga perlu disesuaikan dengan kebutuhan pengelolaan MAKP model TIM.

#### **6.5 Hubungan Faktor Organisasi Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.**

Hubungan faktor organisasi yang terdiri dari subvariabel kepemimpinan, sistem reward, pelatihan dan pengembangan dan supervisi. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara kepemimpinan dengan pelaksanaan MAKP model tim dengan nilai  $p = 0,0014$ . Kepemimpinan kepala ruangan yang kurang baik kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim kurang baik juga. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Neiser & raymond 2002) bahwa pelaksanaan metode asuhan keperawatan didasarkan oleh 2 konsep yaitu kepemimpinan dan komunikasi efektif.

Kepemimpinan dalam asuhan keperawatan di suatu ruangan merupakan tanggung jawab kepala ruangan. Kegiatan MAKP model tim pada dasarnya dipengaruhi oleh kepemimpinan yang bertanggung jawab terhadap pasien dalam merencanakan asuhan keperawatan melalui ketua tim.

Kepemimpinan merupakan suatu kemampuan untuk mempengaruhi sesuatu. Ketua tim merupakan perawat profesional (*Registered Nurse*) yang ditunjuk oleh kepala ruangan harus mempunyai jiwa kepemimpinan karena ketua tim bertanggung jawab terhadap sekelompok pasien dalam merencanakan asuhan keperawatan. Tugas ketua tim yang lain merencanakan penugasan kepada anggota tim. Metode asuhan keperawatan profesional ini dalam praktiknya ketua tim dapat memperoleh pengalaman dalam kepemimpinan yang demokratis dalam mengarahkan dan membina anggotanya.

Melihat hasil penelitian yang didukung dengan teori dan hasil penelitian yang lain yang membahas tentang kepemimpinan maka kepemimpinan kepala ruangan perlu ditingkatkan kemampuan manajerialnya melalui peningkatan pendidikan, pelatihan melakukan supervisi dan evaluasi terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

Faktor organisasi dari subvariabel sistem reward juga terdapat hubungan dengan pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Hasil analisis menunjukkan bahwa sistem reward terdapat hubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan model tim ditunjukkan bahwa nilai  $p = 0,0024 < 0,005$ . Sistem reward yang kurang baik maka kecenderungan perawat untuk melaksanakan MAK model tim kurang.

Sistem reward perlu untuk mendapatkan perhatian karena menyangkut kepentingan dari tenaga perawat untuk mendapatkan kepastian dan pengakuan profesinya. Sistem reward dalam organisasi mempengaruhi kinerja individu dan organisasi melalui motivasi (Richard, 1986). Di ruang rawat inap sistem reward

yang telah ada perlu ditinjau kembali untuk meningkatkan motivasi perawat sehingga pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan akan lebih baik dan meningkatkan kepuasan pasien.

Hasil analisis hubungan pelatihan dan pengembangan dengan MAKP model tim terdapat hubungan yang significant dengan ditunjukkan nilai  $p=0,033 < 0,05$ . Pelatihan dan pengembangan sangat diperlukan untuk meningkatkan kinerja asuhan keperawatan sehingga kebutuhan pasien terpenuhi. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Anwar, 2006) bahwa pelatihan dan pengembangan diperlukan untuk meningkatkan kemampuan karyawan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat. Kemampuan karyawan yang perlu dilakukan pelatihan dan pengembangan antara lain pelatihan keahlian (*skills training*), pelatihan ulang (*retraining*) dan pelatihan lintas fungsional (*cross functional training*).

Pelatihan dan pengembangan tenaga perawat dalam pelaksanaan MAKP belum mendapatkan dukungan dari pihak manajemen karena dianggap belum merupakan suatu kebutuhan untuk meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan. Keberhasilan pelatihan dan pengembangan merupakan tanggung jawab utama pada manajemen sedangkan para profesional melaksanakan keahlian teknis dan kemajuan teknologi sebagai pendukungnya. Struktur organisasi juga berpengaruh terhadap proses pelatihan dan pengembangan. Struktur organisasi yang lebih datar karena lebih sedikitnya level manajerial membuat tugas-tugas individu dan tim semakin diperluas dan diperkaya. Akibatnya para karyawan menghabiskan lebih banyak waktu untuk menjalankan pekerjaan dan tugas-tugas yang lebih kompleks daripada yang biasa dikerjakan sebelumnya

Supervisi merupakan bagian sub variabel faktor organisasi, hasil penelitian didapatkan nilai  $p = 0.410 > 0,05$  artinya tidak ada hubungan antara kegiatan supervisi dengan pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Secara teori supervisi memegang peranan penting dalam pelayanan keperawatan sebagai bahan feedback dan kontrol terhadap pelayanan yang diberikan.

Pada penelitian ini ternyata supervisi tidak ada hubungan, hal tersebut dapat dikarenakan oleh berbagai hal diantaranya belum ada penjadwalan supervisi, belum ada tenaga yang melakukan supervisi dan supervisi dianggap kegiatan yang tidak penting. Dengan demikian seorang kepala ruangan harus melakukan supervisi dengan baik dan terjadwal secara teratur. Penelitian lain yang berkaitan dengan supervisi menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna yang berdampak positif pada kinerja (Estelle, et al., 2011).

#### **6.6 Hubungan Faktor Sumber Daya Perawat (Pengetahuan, Motivasi, dan Sikap) Dengan Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim**

Dalam pembahasan ini akan dibahas tentang hubungan pengetahuan, motivasi dan sikap perawat terhadap pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap RS Muhammadiyah Babat.

Hasil analisis dalam penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dan pelaksanaan MAKP model tim dengan nilai  $p = 0,001 < 0,005$ . Pengetahuan perawat yang kurang mempunyai kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim kurang baik atau tidak sesuai dengan standar. Hal ini didukung

oleh penelitian (Puji Rahayu 2011) yang menyatakan bahwa pengetahuan mempunyai pengaruh terhadap pelaksanaan MAKP model tim primer di ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya.

Upaya untuk meningkatkan pengetahuan perawat terutama tentang pengetahuan asuhan keperawatan profesional. Dengan adanya peningkatan pengetahuan tentang asuhan keperawatan profesional perawat dalam memberikan asuhan tidak berdasarkan rutinitas. Diharapkan perawat mempunyai kreatifitas sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga kebutuhan pasien akan asuhan keperawatan terpenuhi.

Peningkatan pengetahuan perawat dilakukan dengan cara mengadakan seminar ataupun pelatihan yang dilakukan secara inhouse training maupun exhouse training. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh James K bahwa pelatihan akan meningkatkan ketrampilan, pengetahuan, dan kepercayaan antara penyedia pelayanan atau perawat dan penerima pelayanan (Kristin, et al., 2018). Faktor sumber daya perawat selain pengetahuan perlu dibahas dalam hal ini hubungan motivasi dengan pelaksanaan MAKP model tim.

Hasil analisis hubungan antara motivasi dengan pelaksanaan MAKP model tim, terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat yang ditunjukkan dengan nilai  $p=0.026$ . Motivasi perawat yang kurang ada kecenderungan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kurang baik.

Motivasi bekerja sangat ditekankan pada karyawan karena akan berdampak terhadap prestasi kerja pada suatu organisasi. lingkungan dan fasilitas yang mendukung akan menumbuhkan motivasi yang tinggi bagi pekerja untuk

melakukan pekerjaan yang terbaik bagi perusahaan. meningkatnya motivasi akan menghasilkan lebih banyak usaha dan prestasi kerja atau kinerja. hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Arisandi 2014 bahwa motivasi berhubungan dengan kinerja (Desi & Ketut, 2014).

Perlu dilakukan terobosan untuk meningkatkan motivasi bagi perawat agar asuhan keperawatan profesional model tim dapat dilaksanakan dengan optimal sehingga pasien merasa puas. Rumah Sakit Muhammadiyah Babat telah mempunyai modal untuk memberikan motivasi kepada karyawannya, selain gaji yang diberikan sebagai imbalan nilai ibadah dalam bekerja telah ditanamkan, sehingga karyawan mau bekerja secara ikhlas demi tercapainya tujuan perusahaan. Hal ini didukung oleh pernyataan Chuck yang mengemukakan “Motivation is the set of forces that initiates, directs, and makes people persist in their effort to accomplish a goal ” (Chuck, 2005).

Tidak terdapat hubungan antara sikap perawat dengan pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Perawat tidak mepedulikan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan, yang penting perawat menjalankan tugasnya untuk merawat pasien sesuai jam dinas.

#### **6.7 Hubungan Karakteristik Pekerjaan (Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Anggota Tim dan Beban Kerja) dengan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Model Tim di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.**

Hasil analisis peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang mempunyai hubungan

yang signifikan adalah peran dan tanggung jawab kepala ruangan dengan nilai  $p=0,000 < 0,05$ . Sedangkan peran ketua tim dan anggota tim tidak menunjukkan hasil yang signifikan.

Dari data tersebut bahwa semakin kurang kepemimpinan kepala ruangan maka kecenderungan pelaksanaan MAKP model tim juga kurang. Sehingga dapat disimpulkan bahwa baik tidaknya pelaksanaan MAKP model tim tergantung dari kepala ruangan menjalankan peran dan tanggung jawabnya. Hal ini didukung oleh teori bahwa elemen terpenting yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim adalah kepemimpinan dan komunikasi efektif (Nursalam, 2016). Selain peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim yang perlu dibahas dalam karakteristik pekerjaan adalah beban kerja

Hasil analisis terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan pelaksanaan asuhan keperawatan model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Hubungan ini ditunjukkan dengan hasil analisis bahwa nilai  $p=0,043 < 0,05$  dengan Contingency Coefficient  $=0,472$ . Beban kerja sebagaimana hasil penelitian menunjukkan pengaruh negatif terhadap kinerja artinya semakin tinggi beban kerja perawat, maka semakin rendah atau jelek kinerja dalam memberikan asuhan keperawatan.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian dari Paramita Dewi bahwa beban kerja berpengaruh negatif terhadap kinerja artinya semakin tinggi beban kerja semakin rendah kinerja yang dihasilkan (Kadek & Paramita, 2017). Terdapat hubungan antara beban kerja harian perawat dengan keselamatan dan

kematian pasien. (Lisbert, et al., 2018). Beban kerja yang tinggi akan meningkatkan resiko kejadian buruk dan mortalitas pasien. Untuk itu seorang pimpinan perawat harus mengatur sumberdaya yang ada secara optimal.

### **6.8 Output Kinerja Perawat Dalam Pelayanan Asuhan Keperawatan Dengan Menggunakan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.**

Pembahasan kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim meliputi kelengkapan dokumentasi keperawatan dan kepuasan pasien. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan kepuasan pasien menggambarkan output pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan. Kelengkapan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu tolok ukur keberhasilan asuhan keperawatan. Hasil studi dokumentasi yang dilakukan untuk mengetahui proses asuhan keperawatan profesional model tim di ruang rawat inap sebagian besar dalam kategori cukup lengkap. dalam kategori kurang lengkap. Ketidaklengkapan pendokumentasian ini disebabkan karena perawat masih sering beranggapan tidak pentingnya dalam dokumentasi. Selain itu pengisian dokumentasi banyak mentita waktu sehingga perawat tidak bisa melakukan asuhan keperawatan secara optimal kepada pasien.

Pada studi rekam medis pasien yang sudah pulang banyak ditemukan pada format CPPT tidak adanya tanda tangan pada kolom tanda tangan yang disediakan. Waktu pada format tindakan perawat sering tidak diisi. Selain itu pada lembar diagnosa keperawatan diisi hanya satu diagnosa mulai pasien masuk sampai pulang sehingga tidak menggambarkan kondisi pasien.

Dokumentasi merupakan bukti bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat bahwa pasien telah menerima asuhan keperawatan (Nursalam, 2011). Dalam metode asuhan keperawatan model tim sebagai pelaksana pendokumentasian paling banyak menjadi tanggung jawab anggota tim. Ketua tim dan kepala ruangan yang melakukan evaluasi terhadap kelengkapan dokumentasi. Untuk itu kerjasama dalam tim harus ditingkatkan dalam proses pendokumentasian asuhan keperawatan agar dokumentasi dapat lengkap.

Dengan pendokumentasian yang baik menunjukkan bukti bahwa pasien telah mendapatkan asuhan keperawatan secara efektif, terintegrasi antar anggota tim dan kesehatan lain dan berkesimbaungan. Dengan asuhan keperawatan yang berkesinambungan ini maka kualitas pelayanan akan lebih baik dan dirasakan oleh keluarga dan pasien.

Indikator lain sebagai tolok ukur baik buruknya suhan pelayanan keperawatan adalah kepuasan pasien. Kepuasan pasien dalam menerima asuhan keperawatan yang menggunakan model tim ini diukur berdasarkan lima karakteristik yaitu *reability* (keandalan), *assurance* (jaminan), *tangibles* (kenyataan), *empathy* (empati) dan *responsiveness* (tanggung jawab). Hasil penelitian seperti ditunjukkan pada tabel 5.12 dari karakteristik *reability* sebagian besar dalam kategori cukup puas 51,2%. Perawat dalam memberikan informasi terkait fasilitas dan penggunaannya dan memberi tahu hal yang dilarang dalam perawatan jelas. Tetapi ketepatan waktu saat dibutuhkan masih kurang tepat.

Hasil dari karakteristik *assurance* (jaminan) sebagian besar pasien merasa puas (59,5%). Pada waktu timbangan terima ketua tim selalu menyapa pasien

dengan salam dan senyum. Pasien merasakan jaminan dirinya dalam asuhan keperawatan aman karena perawat dalam tim memberikan informasi tentang keadaannya. Sebagian besar perawat pada aspek *tangible* cukup puas (76,2%) . Perawat selalu menjaga penampilannya dan kelihatan rapi . Kebersihan ruangan selalu terjaga. Pada saat anggota tim akan melakukan tindakan kepada pasien alat-alat yang digunakan telah siap.

Sebagian besar pasien cukup puas 50,0% mendapatkan empati dari perawat. Perawat mudah ditemui bila pasien membutuhkan. Perawat pelaksana atau anggota tim belum meluangkan waktu untuk membicarakan kondisi pasien. Perawat pelaksana hanya sekali mengukur tanda-tanda vital saat dinas bila kondisi pasien membutuhkan pasti memanggil perawat.

Pada karakteristik *responsivnes* (tanggung jawab) didapatkan hasil sebagian besar cukup puas 52,4% dan kurang puas 47,6%. Pasien merasakan perawat belum menyediakan waktu khusus untuk membantu pasien dalam memberikan asuhan keperawatan secara mandiri. Perawat masih kurang tanggap terhadap kondisi pasien, pasien sering meminta bantuan dengan memanggil perawat bila ada kesulitan.

Kepuasan pasien merupakan rasa lega atau senang karena harapan tentang sesuatu kebutuhan pasien tersebut terpenuhi oleh pelayanan keperawatan meliputi aspek fisik, mental dan sosial (Yangga, 2016). Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan.

Pengukuran kepuasan pelanggan merupakan bagian penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, lebih efisien dan lebih efektif. Apabila

pelanggan merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak efektif dan tidak efisien. Hal ini terutama sangat penting bagi pelayanan public termasuk pelayanan rumah sakit. Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan factor yang penting dalam mengembangkan suatu system penyediaan pelayanan yang tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap populasi sasaran.

Perawat ruang rawat inap harus meningkatkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan cara meningkatkan kerjasama dalam tim dan melaksanakan asuhan keperawatan model tim sesuai standar, agar kepuasan pasien terpenuhi. Selain itu perawat harus terbuka dalam menginformasikan setiap asuhan yang diberikan kepada pasien. Kepuasan pasien dapat tercapai bila adanya keterbukaan komunikasi dari pemberi pelayanan baik dokter maupun perawat terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (Mazurenko, et al., 2019).

Rumah Sakit Muhammadiyah Babat mempunyai visi “terwujudnya rumah sakit yang islami dan prima dalam pelayanan”. Berdasarkan visi tersebut maka perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus menerapkan budaya islami dengan selalu memberikan salam, ramah, santun dan peduli kepada pasien serta menjadikan bekerja sebagai bagian dari ibadah. Apabila budaya islami tersebut dapat tertanam pada jiwa perawat maka perawat dalam memberikan asuhan keperawatan akan lebih baik dan kepuasan pasien terpenuhi. Hal ini sesuai dengan model Woodruff and Gardial yang mengistilahkan model caring islami

terhadap kepuasan pasien. Caring islami merupakan perilaku profesional perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan kemampuan intelektual yang diberikan kepada pasien dan keluarga dengan penuh perhatian, pedul, ramah. empati, santun, komunikasi terapeutik untuk memberikan yang terbaik berdasarkan Al-qur'an dan As-sunnah.

## BAB 7

### PENUTUP

Bab ini berisi tentang kesimpulan dan saran .dan rekomendasi dari hasil penelitian yang dilakukan .

#### 7.1 Kesimpulan

##### 7.1.1 Faktor organisasi

1. Kepemimpinan kepala ruangan dalam pelaksanaan MAKP model tim belum mampu menjalankan fungsi manajerial dengan baik sehingga pelaksanaan MAKP model tim yang dilaksanakan belum sesuai dengan standar.
2. *Reward system* di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah belum berdasarkan remunerasi maupun kompetensi dan performence kinerja perawat tetapi dalam pembagian uang insentif tindakan masih disamaratakan.
3. Pelatihan dan pengembangan untuk perawat belum dilaksanakan secara terstruktur dan terprogram serta masih bersifat pasif sehingga pemahaman dan pengetahuan asuhan keperawatan model tim tidak merata.
4. Supervisi terhadap pelaksanaan MAKP model tim belum dilakukan oleh kepala ruangan atau petugas yang ditunjuk sehingga tidak ada pengarahan dan kontrol terhadap asuhan keperawatan profesional model tim di RS Muhammadiyah Babat.

Komponen faktor organisasi yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan MAKP model tim yakni kepemimpinan, sistim reward , pelatihan dan

pengembangan menjadi isu strategis dan menjadi rekomendasi untuk perbaikan pengelolaan guna meningkatkan kualitas pelayanan.

### **7.1.2 Faktor Sumber Daya Manusia Perawat**

1. Pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan profesional model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat masih kurang sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim belum dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada.
2. Motivasi perawat dalam asuhan keperawatan profesional model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat masih kurang sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim belum dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada
3. Sikap perawat masih acuh dalam pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat sebagian besar berada pada katagori cukup sehingga aplikasi pelaksanaan asuhan keperawatan model tim belum dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada.

Faktor SDM yang mempengaruhi pelaksanaan MAKP model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat adalah komponen pengetahuan dan motivasi dan menjadi isu strategis yang dirokemendasikan untuk upaya perbaikan melalui pelatihan maupun pendidikan berkelanjutan.

### **7.1.3 Karakteristik Pekerjaan ( Peran dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan, Ketua Tim, Anggota Tim dan Beban Kerja Perawat)**

Peran dan tanggung jawab kepala ruangan sangat mempengaruhi pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim. Kepala ruangan dalam

melaksanakan fungsi manajer keperawatan masih kurang sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat kurang optimal.

Beban kerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat tinggi. Kegiatan produktif mandiri perawat belum dilaksanakan secara intensif. Perawat lebih suka melakukan tindakan invasif (kolaborasi) dari pada tindakan mandiri perawat. Tindakan produktif perawat yang banyak menyita waktu perawat yaitu mengantar visite dokter dan pendokumentasian keperawatan. Beban kerja perawat berhubungan negatif dengan pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat, semakin tinggi beban kerja semakin kurang baik pelaksanaan asuhan keperawatan model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

#### **7.1.4 Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim**

Aplikasi pelaksanaan MAKP model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat mulai dari, penerimaan tim, timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, *discharge planning* belum optimal. Kelima kegiatan tersebut dalam pelaksanaannya belum sesuai dengan standar prosedur yang ada. Pada pelaksanaan ronde keperawatan belum pernah dilakukan karena belum mempunyai perawat sebagai konselor dan kesulitan mengumpulkan tim kesehatan lain untuk membahas kasus perawatan pasien.

Rekomendasi untuk optimalisasi pelaksanaan MAKP model tim di RS Muhammadiyah Babat dalam peningkatan kinerja perawat perlu membangun

motivasi perawat melalui faktor organisasi yakni kepemimpinan dan sistem reward. Selain itu diperlukan peningkatan pengetahuan melalui pelatihan dan pengembangan sehingga out put kinerja perawat berupa kelengkapan dokumentasi dan kepuasan pasien terpenuhi.

#### **7.1.5 Output Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Model Tim**

*Output* pelaksanaan dari metode asuhan keperawatan model tim dari aspek dokumentasi bahwa kelengkapan dokumentasi keperawatan masih banyak yang belum lengkap. Hal ini disebabkan perawat kurang memperhatikan pentingnya dokumentasi keperawatan. Sedangkan *output* pelaksanaan asuhan keperawatan model tim dari aspek kepuasan pasien sebagian besar pasien merasa puas terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan.

## **7.2 Saran**

Saran untuk perbaikan pengelolaan asuhan keperawatan professional model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat yang dapat peneliti sampaikan sebagai berikut :

### **7.2.1 Untuk Perawat**

Perawat harus mempunyai motivasi yang tinggi dan meningkatkan pengetahuan untuk mengembangkan diri sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan agar dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien lebih profesional sehingga kepuasan pasien terpenuhi.

### **7.2.2 Untuk Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**

1. Perbaikan faktor organisasi dari aspek kepemimpinan perlu adanya standar minimal pendidikan, skill dan pengetahuan yang cukup bagi kepala ruangan dan ketua tim.

2. Manajemen perlu membuat sistem remunerasi dalam pemberian reward finansial .
3. Perlu adanya perencanaan pengembangan pengetahuan staf melalui pendidikan dan pelatihan dalam pengelolaan asuhan keperawatan model tim.
4. Peningkatan pengetahuan dan pengembangan staf melalui pendidikan berkelanjutan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

### **7.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya hasil penelitian ini dapat dijadikan rujukan untuk penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional model tim yang dalam penelitian ini belum dibahas yakni hubungan pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim dengan kepuasan pasien.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Aisyah, 2009. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Ibu Rumah Tangga. *Unsyiah.ac.id*, pp. 1-4.
- Alexis, S. D. B., Roberta, S. & Josef, T., 2018. The Effectiveness of Virtual Simulation in Improving Student Nurses' Knowl-edge-and Performance During Patient Deterioration : A Pre and Post Test. *Nurse Education Today S0260-6917 (17)n30323-4DOI:doi:10.1016/j.nedt.2017.12.02*, pp. 1-20.
- Ambar, S. T. & Rosidah, 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu Yogyakarta.
- Andre, C. M., 1996. *Penerapan Psikologi Dalam Perawatan*. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika.
- Anon., n.d. s.l.:s.n.
- Anwar, M. P., 2006. *Perencanaan dan pengembangan Sumber Daya Manusia*. Bandung: PT Refika Aditama .
- Arlene, M. M., Kathryn, S. D., Michaeli, S. E. & Matthew, V., 2019. Care Coordination to target Complexity and Reduce Disparities in Primary care. *Public Health Nursing <https://doi.org/10.1111/phn.12606>*.
- Armstrong, 2009. *A Hand Book of Human Resource Management. alih Bahasa Manajemen Sumber Daya Manusia*. 2nd ed. Jakarta: PT.Elek Media Komputindo.
- A, S., 2003. *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Astuti & Eny, K., 2014. Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap Atas Pelayanan Rumah Sakit Umum Kabupaten Sragen. *GEMA*, Volume XXIV/48, pp. 1356-1371.
- Chuck, W., 2005. *Management*. 3rd ed. Texas: Texas Christian University.
- Curtis, E. & Connell, O., 2011. *Essential Leadership Skills for Motivating and Developing Staff. Nursing Management*. S.l.s.n: s.n.
- D.A, G., 1999. *Nursing Management : A System Approach*. 4rd ed. Philadelphia: WB.Saunders Company.
- Desi, A. N. P. & Ketut, M. N., 2014. Pengaruh Motivasi Terhadap Kinerja Petugas Pemantau Jentik. *Community Health Program Study IKM Fak. Kedokteran*, II(1).

- DL, H., 2010. *Leadership & Nursing Care Management*. 4th ed. Missouri: Saunders Elsevier.
- DO, F. et al., 2012. Intensive Care Nurse Knowledge and Practice on Endotracheal Suctioning of the Intubated Patient: A Cross-sectional Observational Study. *Plos One* 13(8):e0201723. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201723>, 20(5), pp. 997-1007.
- E, C. & O, C., 2011. *Essential Leadership Skill For Motivating and Developing Staff. Nursing Management*. S.l. s n: s.n.
- Elsye, H. D. D. :. S. S. :. R. M., 2017. Evaluasi Pelaksanaan Supervisi Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Penembahan Senopati Bantul. *Medicaeticolegal dan Manajemen Rumah sakit.*, Volume VI.
- Estelle, M. L., Tutik, H. S. & Efy, A., 2011. Hubungan Supervisi Klinik Terhadap Kepuasan Kerja dan Kinerja perawat. *Keperawatan Indonesia (JKI) Faculty Of Nursing UI*, XIV(3).
- G, c. G. et al., 2017. Impact Of Managers' Coaching Conventions on Staff knowledge Use and Performance in long term Care Settings. *Wordviews on Evidence-Based Nursing Sigma Theta Tau International*, pp. 1-10.
- Harwatiwi, D., Sri, S. & Elsy, R., 2017. Evaluasi Pelaksanaan Supervisi Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul. *Medicaeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, VI(1).
- Hurber, D., 2010. *Leadership & Nursing Care Management*. 4th ed. Missouri: Sauders Elsevier.
- Ilyas, Y., 2012. *Kinerja teori, penilaian & penelitian edisi revisi*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- J, S. S. D. A., 2011. *Metodologi Riset Bisnis Dan Kesehatan*. Banjarmasin: PT Grafika Wangi Kalimantan.
- J, H. & GL, W., 2006. *Nursing Research Methods and Critical Appraisal for Evidence Base*. Philadelphia: Elseiver.
- Kadek, F. & Paramita, D., 2017. Pengaruh Beban Kerja dan Kompensasi Terhadap Kinerja. *Journal Managemen*, VI(6).
- Kenna, E. M. & Nic, B., 2000. *The Essence of Human Resource Management Practice A Concise Analysis*. 2nd ed. London: FT.
- Kopelman, R. E., 1986. *Managing Productivity Organizations ; A Practical People-Oriented Perspective*. New York: Mc Graw-Hill.

- Kuntoro & Agus, 2010. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ling, T., 2017. Relationship Between Meaningful Work and Job Performance In Nurse. *Wiley International Journal of Nursing Practice* Doi: 101111/ijn.12620 RESEARCH PAPER, pp. 1-6.
- Lisbert, F., Marina, K. & Jan, S., 2017. Nursing workload, patient safety incidents and Mortality : an Observational Study From Finland. *Journal Of Clinical Pathology* <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>, VIII(4), pp. 1-10.
- Lismindar, 2000. *Proses Keperawatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Lorraine, K. et al., 2016. A Clinical Nurse Leader (CNL) Practice Development Model to Support Integration of the CNL Role Into Microsystem Care Delivery. *Journal of Professional Nursing* xxx.
- Maria, B. H., 2017. *Manajemen Keperawatan Konsep dan Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Marquis, D. & Huston, B., 2012. *Leadership roles and management Functions in Nursing. Theory and Application*. California: Lippincott Williams and Wilkins.
- Mazurenko, et al., 2019. Examination of the Relationship Between Management and Clinician Perception of Patient Safety Climate and Patient Satisfaction. *Health Care Management Review* doi: 10.1097/HMR.000000000000156, LXIV(1), pp. 79-89.
- Mazurenko, et al., 2019. Examination of the Relationship Between Mangement and Clinician Perseption of Patient Safety Climate and Patient Satisfaction. *Health Care Management Review*, LXIV(1), pp. 79-89.
- Mollie, A. E., Alexandra, D. & Woltenberg, 2019. Evaluating Undergraduate Nursing Students Attitudes Toward Health Care Teams in the Context of an Interprofessional-Focused Nursing Course. *Journal of Profesional Nursing*, XXXV(1), pp. 37-43.
- Monday & R, W., 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. 10 ed. Jakarta: Erlangga.
- Nisak, F., 2015. Pengaruh Pengetahuan dan Ketrampilan Terhadap Kinerja Staf SMKN Kota Pekalongan. *Lib.Unes.ac.id*.
- Notoadmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursalam, 2016. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional*. 5 ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Pandji, A., 2000. *Manajemen Bisnis*. Jakarta: PT Asdi Mahasatya.
- Perry, A. G. & Potter, 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, proses dan praktik*. Volume 1 Edisi7 ed. Jakarta: EGC.
- Potter & Terry, 2012. *Fundamental Keperawatan Volome 1*. 7 ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Ramasmy, 2013. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan Antenatal Care pada Wanita Usia Subur. *jurnal.usu.id/ejurnal/fk*, 1(1).
- RI, undang-. undang., 2014. *Undang-Undang Keperawatan Nomor 38*. Jakarta: Depkes.
- RI, Depkes., 1995. *Pedoman Instrumen Penilaian Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Depkes.
- RI, T. D. K., 1994. *Pedoman Proses Keperawatan di Rumah Sakit Persatuan Perawat Nasional Indonesia*. Jakarta: s.n.
- Robbin, S., 1996. *Perilaku Organisasi, Edisi 7*. Jakarta: PT Preshalindo.
- Robbins, S., 2002. *Organizational Behavior, Edisi 10*. San Diego State University: Prentice Hall International Inc.
- Rusminingsih, N., 2012. *Hubungan Penerapan Metode Pemberian Asuhan Keperawatan Dengan Kepuasan Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RS Umum Tangerang*, Jakarta: Edu Ui.
- Sadiman, A., 2006. *Interaksi Belajar Mengajar*. Jakarta: Grafindo.
- Simamura, 2009. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. 3 ed. Yogyakarta: STIE YKPN.
- Sitorus, R., 2006. *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Sumijatun, 2017. *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional, Edisi Revisi*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Supriyanto, S. & J, D. A., 2011. *Metodologi Riset Dan Bisnis Kesehatan*. 1 ed. Banjarmasin: PT Grafika Wangi Kalimantan.
- Supriyanto, S. & Ratna, 2007. *Manajemen Mutu*. Surabaya: Health Advocacy.
- Susan, P. C., Pim, K., Karen, B. & Piona, H., 2018. Evaluation of a Peer Group Model of Supervision for the Allied Health Workforce inQueenisland :A

descriptive overview. *IJAHSP The Internat Journal Of Allied Health Sciences of Practice*, Volume 2.

Suwarto, M., 2011. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Universitas Admajaya.

Swenberg, R., 2000. *Pengantar Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis alih bahasa Suharyati*. Jakarta: EGC.

Thara, K., 1981. *The Management of Patient Care*. Philadelphia: WB.Saunders Company.

Tri, S. & Yulisetnyoningrum, 2017. Analisis Hubungan Penerapan Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim Dengan Kepuasan Pasien. <http://journal.ummgl.ac.id/index.php/urecol/article>.

Yangga Dzikrin Nur, S. H., 2016. Pengukuran Kinerja Rawat Inap Berdasarkan Perspektif Balanced Scorecard. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 4 Nomor 1 Januari-Juni 2016*, Volume 4 Nomor 1, pp. 67-76.

## Lampiran 1



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
**DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

**“ETHICAL APPROVAL”**  
 No : 1258-KEPK

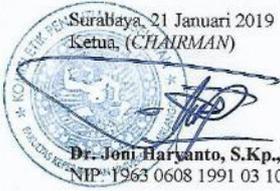
Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**“UPAYA OPTIMALISASI PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL(MAKP) MODEL TIM DALAM MENINGKATKAN KINERJA PERAWAT”**

<u>Peneliti utama</u>	: Muryani
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah
<i>Setting of research</i>	: Babat

**Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.**  
**And approved the above-mentioned protocol with Expedited.**



Surabaya, 21 Januari 2019  
 Ketua, (CHAIRMAN)  
**Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.**  
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

*\*Masa berlaku 1 tahun*  
*1 year validity period*

## Lampiran 2


**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618  
 Website : <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail : [info@fkm.unair.ac.id](mailto:info@fkm.unair.ac.id)

---

**Nomor** : 336/UN3.1.10/PPd/2019 14 Januari 2019  
**Lampiran** : satu eksemplar  
**Hal** : Permohonan izin penelitian

**Yth. Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Babat**  
**Di Babat**

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian penyusunan tesis bagi mahasiswa Program Magister Program Studi Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun akademik 2018/2019, maka dengan ini kami mohon izin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini :

**Nama** : Muryani  
**NIM** : 101714453035  
**Judul Tesis** : Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Proteksional (MAKP) Model Tim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat DI Ruang Rawat Inap RS Muhammadiyah Babat

**Pembimbing** : 1. Dr. Satya Haksama, drg., M.Kes  
 2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

**Lokasi** : Di Babat

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan.  
 Atas perhatian dan bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.

  
 Wakil Dekan I,  
 Dr. Sari Martini, dr., M.Kes  
 NIP. 196609271997022001

**Tembusan Yth :**  
 - Dekan FKM UNAIR  
 - KPS Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Program Magister FKM UNAIR  
 - Yang bersangkutan

## Lampiran 3



**Rumah Sakit**  
Muhammadiyah Babat  
TERAKREDITASI PARIPURNA  
Ikhtis dalam Bekerja, Santun dalam Pelayanan  
Jl. QHA, Dirlan No. 14 Babat 62271 Telp. 0322 - 451125 / 454907  
Fax. 0322 - 454662 e-Mail : rsmbe@gmail.com



---

Nomer : 37a/IV.6.AU/A/2019 Babat, 10 Jumadil Awal 1440 H  
Lamp : - 16 Januari 2019 M  
Hal : Jawaban Permohonan Melakukan Penelitian

Kepada Yth :  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Airlangga  
Surabaya

Assalamu'alaikum Wr Wb.

Menindak lanjuti surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dengan nomor 336/UN3.1.10/PPd/2019, tentang permohonan Ijin Penelitian, maka bersama ini kami Pimpinan Rumah Sakit Muhammadiyah Babat memberitahukan bahwa, Kami dapat menerima dan tidak keberatan atas permohonan tersebut untuk :

Nama : Muryani  
NIM : 101714453035  
Judul Tesis : Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Proteksional (MAKP) Model Tim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat Di Ruang Rawat Inap RS. Muhammadiyah Babat.

Demikian surat jawaban kesediaan ini kami buat atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr Wb.

RS. Muhammadiyah Babat  
Direktur




Nurhidayah M.Kes.  
NPM : 1602.926

Tembusan :

1. Kabag/Kabid/SPI
2. Kasubag/ Ka. Instalasi

**Lampiran 4****LEMBAR PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muryani S. Kep.Ns

NIM : 10174453035

Mahasiswa : Program Magister Program Studi Administrasi dan  
Kebijakan Kesehatan Minat Studi Administrasi Rumah  
Sakit Universitas Airlangga Surabaya

Saat ini sedang melakukan penelitian tentang Upaya Optimalisasi Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan (MAKP) Model Tim dalam Peningkatan Kinerja di Ruang Rawat Inap Rumah Perawat Sakit Muhammadiyah Babat. Penelitian ini bertujuan Menyusun rekomendasi optimalisasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional ( MAKP ) model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

Beberapa hal yang perlu saya informasikan terkait dengan keikutsertaan saudara/saudari sebagai responden dalam uji kuesioner dan observasi kegiatan saudara/saudari dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

1. Penelitian ini melibatkan saudara/saudari sebagai responden penelitian dalam mengisi kuesioner dan akan mengobservasi saudara/saudari dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan metode asuhan keperawatan model tim. Keikutsertaan saudara/saudari dalam penelitian ini bukan suatu paksaan tetapi atas dasar sukarela. Bila saudara/i menyetujui terlibat dalam penelitian ini saudara/i harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Saudara/saudari

berhak menghentikan atau melanjutkan keikutsertaan dalam penelitian ini karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti.

2. Penelitian ini akan dilakukan selama kurun waktu 3 (tiga) minggu. Penelitian ini tidak ada intervensi tindakan medis. Penelitian ini membutuhkan waktu dan tenaga saudara/i untuk mengisi kuesioner yang telah peneliti sediakan. Pengisian kuesioner dilakukan sesuai petunjuk yang diberikan oleh peneliti dengan memperhatikan waktu luang dan kesibukan saudara/i. Penelitian ini juga melibatkan saudara/i untuk menjawab pertanyaan dari peneliti saat observasi kegiatan asuhan keperawatan.
3. Manfaat penelitian ini adalah sebagai bahan masukan untuk perbaikan asuhan keperawatan profesional model tim dalam meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan kepuasan kepada pasien rawat inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.
4. Penelitian ini tidak ada resiko atau bahaya potensial yang langsung ataupun tidak langsung yang akan dirasakan oleh responden.
5. Segala informasi yang diperoleh selama penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan menjadi tanggung jawab peneliti. Saudara/i berhak untuk meminta penjelasan terkait tujuan penelitian dan prosedur penelitian kepada peneliti.
6. Atas partisipasi dan kesediaan saudara/i sebagai responden dalam penelitian ini seluruh responden mendapatkan cinderamata.
7. Apabila dalam penelitian ini saudara/i ingin berkomunikasi dengan peneliti terkait dengan ketidaknyamanan ataupun keinginan peneliti untuk mendapatkan informasi tentang penelitian ini, saudara/i dapat menghubungi kami :

Nama : Muryani, S.Kep.Ns

Alamat : Lamongan

No. Telpon : 081330687456

Lampiran 5

## INFORMED CONSENT PERAWAT

### (PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Upaya Optimalisasi Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan (MAKP) Model Tim dalam Peningkatan Kinerja di Ruang Rawat Inap Rumah Perawat Sakit Muhammadiyah Babat”
2. Perlakuan yang diterapkan kepada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Dan dapat mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia \*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, Februari 2019

Peneliti

Responden

Muryani

.....

Saksi

.....

\*) Coret salah satu

**Lampiran 6****KUESIONER PERAWAT****A. Identitas Responden**

1. Kode Responden : .....
- 2.Usia : ..... tahun
- 3.Jenis kelamin :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan \*)
- 4.Jenjang pendidikan terakhir :
  - a .D3 b. S1 c. S2 \*)
- 5.Masa kerja di instansi ini : ..... tahun ..... bulan
- 6.Jabatan saat ini: .....
- 7.Lama menjabat pada jabatan saat ini : ..... tahun ..... bulan\*)

**B. Kuesioner Faktor Organisasi****1) Kepemimpinan Kepala Ruangan**

Petunjuk pengisian

Sdr/sdri silakan memberikan tanda checklist ( √ ) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kenyataan yang dirasakan ketika melaksanakan tugas sebagai perawat:

1 = (TP) Tidak Pernah, jika kegiatan tidak dilakukan

2 = (KD) Kadang-kadang, jika kegiatan hanya sewaktu-waktu dilakukan

3 = (SR) Sering, jika kegiatan sebagian besar dilakukan

4 = (SL) Selalu, jika kegiatan pasti dilakukan

No	Pernyataan	TP	KD	SR	SL
1	Kepala ruangan menjelaskan target yang dicapai pada pelaksanaan MAKP model tim di ruangan				
2	Kepala ruangan memberikan arahan kepada anggota tim dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien				
3	Kepala ruangan memimpin setiap proses kegiatan asuhan keperawatan kepada pasien				

No	Pernyataan	TP	KD	SR	SL
4	Kepala ruangan mendiskusikan dengan tim tentang kebutuhan ruangan untuk perencanaan asuhan keperawatan				
5	Ketua tim berkoordinasi dengan kepala ruangan dalam pemberian asuhan keperawatan				
6	Ketua tim menjelaskan kepada anggota tim tentang rencana kegiatan tim				

## 2) System reward

Petunjuk pengisian

Sdr/sdri silakan memberikan tanda checklist ( √ ) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kenyataan yang dirasakan ketika melaksanakan tugas sebagai perawat:

1 = STS (Sangat Tidak setuju)

2 = TS (Tidak Setuju), Jika tidak sesuai dengan pendapat sdr/sdri

3 = S (Setuju), jika sesuai dengan pendapat sdr/dri

4 = SS (Sangat Setuju), jika sangat sesuai sdr/sdri

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Penghasilan yang saya terima selama ini memotivasi saya untuk bekerja lebih baik				
2	Imbalan yang saya terima sesuai beban kerja yang saya laksanakan				
3	Jenjang karir perawat di RS ini tidak jelas				
4	Rumah sakit perlu memberikan penghargaan pada karyawan yang mempunyai prestasi yang tinggi				
5	Kesempatan di RS ini sudah adil dan seimbang dengan kerja seseorang				

## 3) Pelatihan dan Pengembangan

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	RS mempunyai perencanaan pelatihan dan pengembangan secara periodik untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan karyawan				
2	Pelatihan dilakukan secara <i>inhouse</i> dan <i>exhause training</i>				
3	Rumah Sakit memprogramkan pelatihan sesuai dengan perkembangan asuhan keperawatan.				

No	Pernyataan	TP	KD	SR	SL
4	Materi pelatihan yang diberikan relevan dengan kebutuhan asuhan keperawatan				
5	RS memberikan kesempatan kepada semua perawat untuk mengembangkan karirnya				
6	Rumah Sakit mengembangkan program pengembangan dengan promosi untuk semua staf				
7	Pengembangan mampu membuat kinerja lebih baik				

#### 4) Supervisi

No	Pernyataan	TP	KD	SR	SL
1	Kepala ruangan melakukan supervisi secara periodik dan terjadwal pada pelaksanaan MAKP model tim				
2	Kepala ruangan memberikan bimbingan saat supervisi untuk memacu semangat kerja perawat pelaksana				
3	Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan berdampak pada peningkatan ketrampilan dan kemampuan tim				
4	Kepala ruangan memberikan umpan balik kepada tim terhadap hasil supervisi				
5	Kepala ruangan memberikan kesempatan kepada tim untuk menyampaikan permasalahan yang muncul				
6	Kepala ruangan melakukan pengamatan secara langsung saat tim melaksanakan pekerjaan				

### B. Faktor Sumber Daya Manusia

#### 1) Pengetahuan

Sdr/sdri silakan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia apabila saudara/saudari menganggap jawaban tersebut:

0 = Tidak : apabila menurut anda pernyataan tidak benar

1 = Ya : apabila menurut anda pernyataan benar.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Asuhan keperawatan adalah rangkaian kegiatan praktek keperawatan dengan pendekatan lima tahap proses keperawatan		

No	Pernyataan	Ya	Tidak
2	Asuhan keperawatan profesional model tim merupakan pemberian asuhan keperawatan yang melibatkan tim yang profesional dan tehnikal bertanggung jawab untuk berkoordinasi selama dinas dalam satu shift		
3	Motode asuhan keperawatan profesional model tim terdiri dari perawat primer, ketua tim dan anggota tim		
4	Tanggung jawab dan peran kepala ruangan dalam MAKP model tim mengkoordinir asuhan keperawatan agar lebih baik		
5	Proses timbang terima dalam asuhan keperawatan model tim dipimpin oleh kepala ruangan		
6	Peran kepala ruangan dalam pengorganisasian asuhan keperawatan model tim membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim secara jelas.		
7	Peran kepala ruangan dalam perencanaan asuhan keperawatan salah satunya mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan pasien		
8	Tanggung jawab ketua tim memberikan tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota tim dan memberikan bimbingan melalui <i>pre</i> dan <i>post conference</i> .		
9	Tanggung jawab anggota tim mencatat dengan jelas dan tepat asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan berdasarkan respon pasien.		
10	Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan suatu pekerjaan yang tidak penting		

## 2) Motivasi

Berilah tanda (√) pada kolom yang tersedia dengan ketentuan

1 = STS (Sangat tidak setuju) dengan pernyataan tersebut

2 = TS (Tidak setuju), apabila anda tidak setuju dengan pernyataan tersebut

3 = S (Setuju), apabila anda setuju dengan pernyataan tersebut

4 = SS (Sangat setuju), : apabila sangat setuju dengan pernyataan tersebut

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya melakukan pekerjaan karena untuk memenuhi kebutuhan hidup saya				
2	Saya bekerja dengan baik karena adanya jaminan pengembangan karir				
3	Saya tidak mudah menyerah apabila menghadapi kesulitan dalam melaksanakan tugas saya sebagai perawat				

4	Saya selalu menjaga kinerja saya karena berdampak bagi kesembuhan pasien karena sudah menjadi tanggung jawab saya sebagai perawat				
5	Dalam memberikan asuhan keperawatan saya bekerja dengan penuh tanggung jawab				
6	Hubungan kerja dalam satu tim membuat saya bersemangat dalam melakukan kerja				
7	Saya tidak ada keinginan untuk pindah kerja karena pekerjaan saya sesuai dengan harapan				
8	Kondisi kerja membuat saya betah di lingkungan tempat kerja				

### 3) Sikap

Berilah tanda (√) pada kolom yang tersedia dengan ketentuan

1 = STS (Sangat tidak setuju) apabila sangat tidak setuju dengan pernyataan tersebut

2 = TS (Tidak setuju), apabila anda tidak setuju dengan pernyataan tersebut

3 = S (Setuju), apabila anda setuju dengan pernyataan tersebut

4 = SS (Sangat setuju), : apabila sangat setuju dengan pernyataan tersebut

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Memberikan asuhan keperawatan menjadi tanggung jawab perawat				
2	Saya merasa senang telah menulis kegiatan yang telah saya lakukan kepada pasien				
3	Asuhan keperawatan bisa digunakan sebagai sarana komunikasi baik dengan sesama perawat maupun profesi lain				
4	Pemberian asuhan keperawatan profesional model tim akan lebih efektif dan berkesimabungan dalam mengelola pasien.				
5	Metode asuhan keperawatan profesional model tim merepotkan perawat dalam memberikan pelayanan				
6	Dokumentasi asuhan keperawatan membuat pelayanan menjadi lambat dan menyita waktu				

Lampiran 7

### INFORMED CONSENT PASIEN

#### (PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :  
 Umur :  
 Jenis Kelamin :  
 Pekerjaan :  
 Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Upaya Optimalisasi Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan (MAKP) Model Tim dalam Peningkatan Kinerja di Ruang Rawat Inap Rumah Perawat Sakit Muhammadiyah Babat”
2. Perlakuan yang diterapkan kepada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Dan dapat mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia \*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, Februari 2019

Peneliti

Responden

Muryani

.....

Saksi

.....

\*) Coret salah satu

## Lampiran 8

**KUESIONER KEPUASAN PASIEN**

Berdasarkan Lima karakteristik (RATER) terhadap Asuhan Keperawatan (Nursalam,2016)

Petunjuk pengisian

Sdr/sdri silakan memberikan tanda checklist (  $\checkmark$  ) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kenyataan yang dirasakan ketika melaksanakan tugas sebagai perawat:

1= Sangat tidak puas

2 = Kurang puas Jika tidak sesuai dengan pendapat sdr/sdri

3 = Puas jika sesuai dengan pendapat sdr/dri

4 = Sangat puas jika sangat sesuai sdr/sdri

**A. IDENTITAS RESPONDEN**

1. Umur : Tahun
2. Jenis Kelamin : L / P
3. Pendidikan : a. Tidak sekolah  
b. Tamat SD  
c. Tamat SMP  
d. Tamat SMA  
e. Tamat PT / sederajat
4. Pekerjaan : a. PNS  
b. Swasta
5. Status pembayaran : a. Sendiri/umum  
c. Asuransi BPJS Kesehatan/asuransi lainnya
6. Status perkawinan Kawin / Tidak kawin / Janda / Duda
7. Lama di rawat inap : a.  $\leq 3$  hari  
b. 4 – 7 hari  
c. Lebih dari 7 hari

**B. KUESIONER**

No	Karakteristik	1	2	3	4
1	<b>REALIBILITY (KEANDALAN)</b>				
	a. Perawat mamapu menangani masalah perawatan Saudara dengan tepat dan profesional.				
	b. Perawat memberi informasi tentang fasilitas yang tersedia, cara penggunaannya dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit.				
	c. Perawat memberitahu dengan jelas tentang hal-hal yang harus dipatuhi dalam perawatan anda.				
	d. Perawat memberitahu dengan jelas tentang hal-hal yang dilarang dalam perawatan anda				
	e. Perawat segera datang ke ruangan Saudara bila dibutuhkan				

No	Karakteristik	1	2	3	4
2.	<i>ASSURANCE</i> (JAMINAN)				
	a. Perawat memberi perhatian terhadap keluhan Saudara rasakan.				
	b. Perawat dapat menjawab pertanyaan tentang tindakan perawatan yang diberikan kepada saudara				
	c. Perawat jujur dalam memberikan informasi tentang keadaan Saudara				
	d. Perawat selalu memberi salam dan senyum ketika bertemu dengan Saudara.				
	e. Perawat teliti dan terampil dalam melaksanakan tindakan keperawatan kepada Saudara.				
3.	<i>TANGIBLES</i> (KENYATAAN)				
	a. Perawat memberi informasi tentang administrasi yang berlaku bagi pasien rawat inap di Rumah Sakit.				
	b. Perawat selalu menjaga kebersihan dan kerapihan ruangan yang Saudara tempati.				
	c. Perawat selalu menjaga kebersihan dan kesiapan alat-alat kesehatan yang digunakan.				
	d. Perawat selalu menjaga kebersihan dan kelengkapan fasilitas kamar mandi dan toilet.				
	e. Perawat selalu menjaga kerapihan dan penampilannya.				
4.	<i>EMPHATHY</i> (EMPATI)				
	a. Perawat memberikan informasi kepada Saudara tentang segala tindakan perawatan yang akan dilaksanakan.				
	b. Perawat mudah ditemui dan dihubungi bila Saudara membutuhkan				
	c. Perawat sering menengok dan memeriksa keadaan Saudara seperti mengukur tensi, suhu, nadi, pernafasan dan cairan infus.				
	d. Pelayanan yang diberikan perawat tidak memandang status pasien tetapi berdasarkan kondisi Saudara.				
	e. Perawat perhatian dan memberi dukungan moril terhadap keadaan Saudara ( menanyakan dan berbincang-bincang tentang keadaan Saudara)				
5.	<i>RESPONSIVENESS</i> ( TANGGUNG JAWAB)				
	a. Perawat bersedia menawarkan bantuan kepada Saudara ketika mengalami kesulitan waktu tanpa diminta.				
	b. Perawat segera menangani Saudara ketika samapai di ruangan rawat inap.				
	c. Perawat menyediakan waktu khusus untuk membantu Saudara berjalan, BAB,BAK, ganti posisi tidur dan lainnya				
	d. Perawat membantu Saudara untuk memperoleh obat				
	e. Perawat membantu Saudara untuk palaksanaan pelayanan penunjang seperti foto rongent dan pemeriksaan laboraturium.				

## Lampiran 9

**LEMBAR OBSERVASI BEBAN KERJA****Faktor Karakteristik Pekerjaan**

Ceklist untuk wawancara dan observasi untuk menghitung beban kerja perawat dengan mengobservasi kegiatan yang dilakukan oleh perawat, waktu yang digunakan melakukan kegiatan tersebut, berapa kali kegiatan tersebut dilakukan dalam satu shift dan mencari reratanya.

**Beban Kerja**

No	Tindakan Keperawatan Langsung	Waktu	Frekwensi	Rerata waktu
1	Melakukan penerimaan pasien baru			
2	Memberikan obat kepada pasien			
3	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit nutrisi			
4	Memenuhi kebutuhan eliminasi BAB			
4	Memenuhi kebutuhan eliminasi urine			
5	Memenuhi kebutuhan integritas jaringan (rawat luka)			
6	Memenuhi kebutuhan oksigen			
7	Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman			
8	Observasi pasien			
9	Melakukan tindakan ECG			
10	Melakukan tindakan nebulizer			
11	Mengukur TTV			
12	Menerima pasien baru			
13	Pendidikan kesehatan			
14	Persiapan operasi			
15	Mengantar pasien untuk pemeriksaan Rongten			
	<b>Tindakan Keperawatan Tidak Langsung</b>			
16	Pendokumentasian catatan medik			
17	Telekomunikasi dengan ruangan			
18	Timbang terima pasien			
19	Memenuhi kebutuhan kebersihan lingkungan			
20	Persiapan dan sterilisasi alat			
21	Mengantar berkas RM ke kasir			

22	Mengantar visite dokter			
	<b>Kegiatan Nonproduktif</b>			
23	Pergi untuk keperluan pribadi			
<b>No</b>	<b>Kegiatan Non Produktif</b>	<b>Waktu</b>	<b>Frekwensi</b>	<b>Rerata waktu</b>
24	Makan dan Minum			
25	Sholat			
26	Ke Kamar mandi			
27	Telepon pribadi			
28	Duduk di nurse station			

## Lampiran 10

Lembar observasi aplikasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Dengan memberikan tanda 1 pada kolom “Ya “ bila pekerjaan dilakukan dan angka 0 bila pekerjaan tidak dilakukan.

**1. LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAN DAN TANGGUNG JAWAB KEPALA RUANGAN, KETUA TIM DAN ANGGOTA TIM**

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Kepala ruangan merencanakan asuhan keperawatan dengan ketua tim		
2	Kepala ruangan menentukan pembagian jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan pasien bersama ketua tim		
3	Kepala ruangan mendiskusikan dengan stafnya tentang kebutuhan ruangan untuk perencanaan asuhan keperawatan		
4	Kepala ruangan merencanakan strategi pelaksanaan asuhan keperawatan		
5	Kepala ruangan menjelaskan metode asuhan keperawatan yang digunakan		
6	Kepala ruangan membagi tugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan profesional model tim kepada ketua tim dan anggota tim.		
7	Kepala ruangan membuat jadwal dinas		
8	Kepala ruangan mengatur dan mengendalikan logistik ruangan		
9	Kepala ruangan membuat pendelegasian tugas kepada ketua tim bila tidak ada ditempat		
10	Kepala ruangan memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim		
11	Kepala ruangan menginformasikan hal-hal penting yang berhubungan dengan asuhan keperawatan kepada pasien		
12	Kepala ruangan memberikan bimbingan pada bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugas		
13	Kepala ruangan menciptakan iklim komunikasi yang terbuka kepada semua staf		
14	Kepala ruangan melakukan supervisi langsung terhadap asuhan keperawatan kepada pasien yang dilakukan oleh tim		
15	Kepala ruangan memberikan arahan langsung untuk memperbaiki saat supervisi		
16	Kepala ruangan memeriksa dokumentasi keperawatan yang dibuat oleh tim setiap hari		

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
17	Kepala ruangan mengevaluasi kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang dibuat		
18	Kepala ruangan melakukan audit keperawatan		
19	Ketua tim menetapkan rencana asuhan keperawatan sesuai hasil pengkajian.	Ya	Tidak
20	Ketua tim mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tim medis		
21	Ketua tim menjelaskan tentang rencana kegiatan tim		
22	Ketua tim memberikan bimbingan melalui <i>pre</i> dan <i>post conference</i>		
23	Ketua tim mengenali tingkat kebutuhan pasien.		
24	Ketua tim melakukan bimbingan kepada anggota tim dalam tindakan asuhan keperawatan		
25	Ketua tim mengevaluasi proses kegiatan tim		
26	Ketua tim memeriksa dokumentasi yang dilakukan anggota tim		
27	Anggota tim melakukan pengelolaan terhadap pasien yang menjadi tanggung jawabnya		
28	Anggota tim memberikan empati saat melakukan asuhan keperawatan		
29	Anggota tim melakukan komunikasi intensif dengan pasien dan keluarga		
30	Anggota tim memberikan laporan kepada ketua tim tentang kondisi pasien.		

## 2. LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENERIMAAN PASIEN BARU

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Kepala ruangan memberitahu kepada ketua tim kalau akan ada pasien baru		
2	Ketua tim mempersiapkan lembar pasien masuk rumah sakit, lembar pengkajian, <i>nursing kit</i> .		
3.	Perawat pelaksana mempersiapkan tempat tidur pasien baru sesuai dengan pesanan.		
4	Kepala ruangan mengecek kelengkapan untuk penerimaan pasien baru.		
5	Ketua tim menginformasikan kepada ruangan yang memesan bahwa ruangan rawat inap telah siap		
6	Ketua tim dan anggota tim (perawat pelaksana) menyambut kedatangan pasien baru di ruangan yang telah disiapkan.		
7	Perawat pelaksana membantu pasien menempati tempat tidur yang telah disiapkan dan mengatur posisi pasien		

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
	sesuai dengan kondisi dan kenyamanan pasien.		
8	Ketua tim menandatangani lembar serah terima pasien		
9	Ketua tim melakukan orientasi tentang fasilitas ruangan dan penggunaannya.		
10	Ketua tim menjelaskan tata tertib atau peraturan yang ada di ruang rawat inap termasuk jam kunjung.		
11	Ketua tim melakukan pengkajian ulang terhadap kondisi pasien		
12	Perawat pelaksana membantu mengukur tanda-tanda vital pasien		
13	Ketua tim melakukan edukasi kepada pasien dan keluarganya kepada pasien dan keluarganya.		
14	Ketua tim menanyakan kembali kepada pasien dan keluarga tentang hal-hal yang belum dimengerti dari penjelasan yang telah diberikan.		
15	Ketua tim dan perawat pelaksana kembali ke ruangan.		
16	Ketua tim dibantu dengan perawat pelaksana mendokumentasikan hasil pengkajian .		
17	Ketua tim merencanakan tindakan keperawatan		

### 3. LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TIMBANG TERIMA

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Kedua kelompok dinas sudah siap dan berkumpul di <i>nurse station</i>		
2	Kelompok yang akan bertugas menyiapkan catatan. Anggota tim yang akan memberikan operan menyiapkan lembar timbang terima		
3	Kepala ruangan membuka acara timabng terima dan dilanjutkan dengan berdoa bersama		
4	Ketua tim yang dinas melakukan timbang terima pada ketua tim atau penanggung jawab shif pengganti, materi yang disampaikan saat timbang terima : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identitas pasien dan diagnosis medis</li> <li>2) Masalah keperawatan yang muncul</li> <li>3) Data fokus (keluhan subyektif dan obyektif pasien)</li> <li>4) Porsi diet yang dihabiskan</li> <li>5) Obat oral yang diminum</li> <li>6) Obat injeksi yang telah dimasukkan</li> <li>7) Rencana perawatan yang sudah/belum dilakukan</li> <li>8) Tindakan kolaboratif</li> <li>9) Persiapan rencana umum yang perlu dilakukan (persiapan operasi, persiapan pemeriksaan penunjang tertentu)</li> </ol>		

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
5	Ketua tim yang akan dinas melakukan klarifikasi terhadap data yang disampaikan		
6	Menyampaikan timbang terima dengan jelas singkat dan padat		
7	Kedua kelompok dinas melakukan timbang terima di samping bed pasien		
8	Ketua tim yang memberi operan melakukan salam kepada pasien dan keluarga		
9	Ketua tim yang memberi operan menjelaskan kepada pasien tentang tujuan kedatangannya		
10	Ketua tim yang akan dinas memperkenalkan diri dan anggota timnya kepada pasien.		
11	Ketua tim memvalidasi data kepada pasien tentang keluhan pasien yang disampaikan saat timbang terima di nurse station		
12	Anggota tim melakukan pencatatan bila hasil validasi		
13	Semua perawat kembali ke nurse station dan melakukan diskusi tentang hasil validasi data		
14	Setelah proses timbang terima selesai dilakukan maka kedua ketua tim menandatangani laporan timbang terima diketahui oleh kepala ruangan.		
15	Kepala ruangan / ketua tim, penanggung jawab shif menutup acara timbang terima		

#### 4. LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL SENTRALISASI OBAT

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Kepala ruangan menyampaikan kepada ketua tim bahwa ada pasien yang akan melakukan sentralisasi obat		
2	Ketua tim menjelaskan kepada pasien akan dilakukan sentralisasi obat kepada keluarga pasien		
3	Anggota tim menyiapkan format sentralisasi obat		
4	Anggota tim menyiapkan kotak/tempat untuk tempan menyimpan obat		
5	Ketua tim dan keluarga pasien menandatangani informed consent sentralisasi obat		
6	Ketua tim menerima obat dari keluarga pasien		
7	Ketua tim mengecek obat yang diterima ( jenisnya, jumlah, aturan pemakaian)		
8	Ketua tim dan anggota tim menandatangani lembar serah terima obat		
9	Anggota tim mendokumentasikan jumlah, jenis dan aturan pemakaian pada format yang telah ada		
10	Anggota tim menyimpan obat yang diterima ketua tim di tempat yang telah disediakan di ruang nurse station.		
11	Anggota tim memberikan obat ke pasien sesuai dengan		

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
	jadwal pemberian obat injeksi atau oral.		
12	Anggota tim mendokumentasikan jumlah, jenis, obat yang keluar masuk dan sisanya		
13	Memberikan sisa obat ke keluarga pasien bila pasien pulang		
14	Kepala ruangan mengecek kembali proses sentralisasi obat		
15	Ketua tim dibantu anggota tim menanyakan ke pasien tentang kepuasannya terhadap sentralisasi obat.		

### 5. LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RONDE KEPERAWATAN

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Kepala ruangan dibantu ketua tim menentukan kasus dan topik yang akan digunakan ronde keperawatan		
2	Kepala ruangan dibantu ketua tim menentukan tim ronde		
3	Kepala ruangan dibantu ketua tim menentukan literatur yang digunakan untuk ronde keperawatan		
4	Ketua tim menyiapkan pasien yang akan digunakan sebagai ronde keperawatan dan informed consent		
5	Kepala ruangan membuka ronde keperawatan		
6	Kepala ruangan memperkenalkan tim ronde keperawatan		
7	Kepala ruangan menjelaskan tujuan ronde keperawatan		
8	Kepala ruangan memperkenalkan masalah pasien secara sepintas		
9	Ketua tim membuka salam dan memperkenalkan identitas pasien		
10	Ketua tim menyajikan riwayat penyakit dan keperawatan pasien		
11	Ketua tim menjelaskan masalah keperawatan pasien dan rencana tindakan yang telah dilakukan dan yang belum dilakukan dan menetapkan prioritas masalah yang perlu diselesaikan		
12	Tim ronde memvalidasi data ke pasien dengan mengadakan wawancara		
13	Tim ronde dan pasien berdiskusi tentang masalah pasien		
14	Kepala ruangan dan konselor menjustifikasi tentang masalah pasien.		
15	Melanjutkan diskusi di <i>nurse station</i>		
16	Menyimpulkan untuk menentukan tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah ditetapkan		
17	Anggota tim mendokumentasikan intervensi keperawatan		
18	Penutup		

**6. LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL *DISCHARGE PLANNING***

No	Kegiatan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
1	Katim melakukan <i>discharge planning</i> saat ada pasien baru masuk ruang rawat inap		
2	Anggota tim menyiapkan status pasien dan format <i>discharge planning</i> dan brosur yang diperlukan		
3	Kepala ruangan mengecek persiapan yang digunakan untuk <i>discharge planning</i>		
3	<i>Discharge planning</i> juga diberikan saat pasien akan pulang untuk memberikan pendidikan kesehatan pada pasien		
4	Ketua tim dibantu anggota tim melakukan <i>discharge planning</i> kepada pasien yang akan pulang kepada keluarga atau pasien di <i>nurse station</i>		
5	Materi <i>discharge planning</i> yang diberikan disaat pasien akan pulang antara lain : 1) Aturan diet yang dibutuhkan 2) Jenis obat dan aturan minumannya 3) Tanggal dan tempat kontrol 4) Aktivitas yang boleh dilakukan 5) Perawatan diri pasien di rumah		
6	Ketua tim menanyakan kembali kepada pasien tentang materi yang disampaikan		
7	Ketua tim memberi <i>reinforcemen</i> kepada pasien dan keluarga		
8	Ketua tim mengucapkan salam		
9	Anggota tim melakukan pendokumentasian dan merapikan status pasien		
10	Kepala ruangan memberikan reward kepada ketua tim		

**7. LEMBAR OBSERVASI KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN**

**PETUNJUK: BERI TANDA “√” BILA KEGIATAN DILAKUKAN**

**BERI TANDA”O” BILA KEGIATAN TIDAK DILAKUKAN**

No	Aspek yang dinilai	Kode Berkas Rekap Medik Pasien								KET
		1	2	3	4	5	6	8		
<b>A</b>	<b>Pengkajian</b>									
1	Mencatat riwayat kesehatan pasien									
2	Mencatat pengkajian nyeri									
3	Mengisi lembar orientasi pasien									

No	Aspek yang dinilai	Kode Berkas Rekap Medik Pasien						KET
4	Mengisi lembar edukasi pasien							
	JUMLAH							
	PROSENTASE							
<b>B</b>	<b>Diagnosis Keperawatan</b>							
5	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan							
6	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES							
7	Merumuskan diagnosa keperawatan actual/potensial							
	JUMLAH							
	PROSENTASE							
<b>C</b>	<b>Perencanaan</b>							
8	Berdasarkan diagnosa keperawatan							
9	Ada tujuan asuhan keperawatan							
10	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga							
	JUMLAH							
	PROSENTASE							
<b>D</b>	<b>Tindakan</b>							
11	Di lakukan pencatatan jenis tindakan yang dilakukan							
12	Setiap selesai melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan :							
	a. Paraf atau tanda tangan							
	b. Nama terang yang jelas							
	c. Waktu pelaksanaan (tanggal dan jam)							
	JUMLAH							
	PROSENTASE							
<b>E</b>	<b>Evaluasi /CPPT</b>							
13	Pencatatan dalam CPPT dengan menggunakan SOAP							
14	Ada tanggal pencatatan di CPPT							
15	Mencantumkan shift jaga atau jam dalam CPPT							

No	Aspek yang dinilai	Kode Berkas Rekap Medik Pasien						KET
16	Ada tanda tangan dan nama terang petugas yang melakukan evaluasi pasien							
	JUMLAH							
	PROSENTASE							
<b>F</b>	<b>Discharge Planning</b>							
15	Mencatat kondisi pasien pulang							
16	Mencatat edukasi pasien							
	a. Tentang diet pasien							
	b. Tentang aktivitas pasien yang diperbolehkan							
	c. Waktu kontrol							
	d. Jenis obat dan aturan pemakaian							
	JUMLAH							
	PROSENTASE							

Lampiran 11

### **PENJELASAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (FGD)**

#### **Judul Penelitian**

Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Model Tim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Ruang Ranap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

#### **Tujuan Penelitian**

Menyusun rekomendasi optimalisasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional ( MAKP ) model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

#### **Perlakuan pada Subyek**

Pada diskusi kelompok terarah atau FGD melibatkan kabid keperawatan, kasie mutu asuhan keperawatan, komite keperawatan, kepala ruangan, ketua tim dan perwakilan dari anggota tim. Peserta diskusi kelompok tidak bersifat paksaan, bagi peserta dan tidak ada intervensi atau berakibat pengurangan nilai performance. Peserta diskusi terarah yang setuju dapat menandatangani informed consent yang peneliti sediakan. Peserta diskusi terarah dapat mengundurkan diri dari diskusi bila merasa kurang nyaman dan mengkomunikasikan kepada peneliti. Dalam diskusi kelompok peserta diajak diskusi secara aktif untuk menentukan penyebab isu strategis dan memberikan usulan perbaikan yang akan digunakan sebagai dasar peneliti memberikan rekomendasi pelaksanaan MAKP model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat. Diskusi kelompok terarah membutuhkan waktu 1 jam.

#### **Manfaat**

Bapak/ibu peserta diskusi kelompok akan memperoleh pengetahuan tentang penyebab tidak optimalnya Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim, dan dapat memberikan masukan sebagai perbaikan.

#### **Bahaya Potensial**

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan bapak/ ibu sebagai peserta diskusi kelompok terarah. Pendapat yang bapak/ibu keluarkan akan menjadi rahasia dalam kelompok diskusi tersebut dan digunakan sebagai bahan masukan perbaikan isu strategis serta tidak mempengaruhi performance.

**Lampiran 12**

**INFORMED CONSENT  
( PERTANYAAN PERSETUJUAN PESERTA DISKUSI KELOMPOK  
TERARAH )**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :  
Umur :  
Jenis kelamin :  
Jabatan :  
Masa kerja :  
Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul : Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional ( MAKP ) Model Tlim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Ruang Ranap RSMB
2. Perlukan yang akan diterapkan pada peserta
3. Manfaat ikut sebagai peserta diskusi kelompok terarah
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Dan telah mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut.

Oleh karena itu saya bersedia / tidak bersedia \*) secara sukarela untuk menjadi peserta diskusi kelompok terarah dengan penuh kesadaran serta tanpa paksaan.

Demikian peenyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Peneliti

Lamongan, .....

Responden

Muryani

Saksi

Keterangan :

\*) : coret yang tidak perlu

## Lampiran 13

**PANDUAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH**

## 1. Judul Penelitian

Upaya Optimalisasi Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional ( MAKP ) Model Tlim Dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Ruang Ranap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

## 2. Tujuan Penelitian

Menyusun rekomendasi optimalisasi pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional ( MAKP ) model tim di Rumah Sakit Muhammadiyah Babat.

## 3. Tujuan Diskusi kelompok terarah

Menentukan faktor penyebab isu strategis dan meminta masukan untuk usulan perbaikan

## 4. Tempat

Ruang Komite Medis Rumah Sakit Muhammadiyah Babat

## 5. Peserta

Peserta diskusi kelompok terarah adalah

- a. Kabid keperawatan
- b. Kasi mutu rawat inap
- c. Komite medis
- d. Ka. Instalasi Ranap
- e. Ketua Tim
- f. 4 Anggota tim

## 6. Panitia diskusi kelompok terarah

- a. Peneliti : Muryani

Menyampaikan hasil pengamatan

- b. Moderator : M. Bakri Priyodwi Atmaji, S.Kp. M.Kep

Tugas moderator adalah :

- 1) Memimpin pelaksanaan diskusi kelompok terarah
- 2) Menjamin terbentuknya suasana yang akrab saling percaya dan yakin diantara peserta dengan meminta peserta untuk mengenalkan diri

- 3) Menerangkan tatacara berinteraksi dengan menekankan bahwa semua pendapat dan saran mempunyai nilai yang sama
- 4) Mengajukan pertanyaan yang sesuai dengan tujuan dan memancing peserta untuk berfikir
- 5) Memperhatikan keterlibatan peserta, tidak boleh berpihak atau membiarkan beberapa orang tertentu memonopoli diskusi dan memastikan bahwa setiap orang mendapat kesempatan yang cukup berbicara.
- 6) Mendengarkan diskusi sebaik – baiknya sambil memperhatikan waktu dan mengarah pembicaraan agar dapat berpindah dengan lancar dan tepat pada waktunya, sehingga semua masalah dapat dijawab sepenuhnya

c. Notulis : Riva'i Sigit Susanto S.Kep.Ns

Tugas Notulis :

- 1) Mendengarkan diskusi dengan baik sambil memperhatikan waktu.
- 2) Merekam diskusi dengan baik menggunakan peralatan yang telah disediakan
- 3) Mencatat hasil diskusi mulai awal sampai akhir

7. Diskusi kelompok terarah dilakukan selama 60 menit, dengan susunan acara sebagai berikut :

- a. Pembukaan
- b. Petunjuk umum diskusi kelompok terarah
- c. Penyajian hasil penelitian
- d. Diskusi
- e. Pembacaan hasil diskusi
- f. Penutupan

8. Persiapan sebelum pelaksanaan diskusi kelompok terarah

- a. Peneliti membuat bahan diskusi kelompok terarah yang berisi gambaran singkat penelitian ( latar belakang, tujuan, manfaat dan hasil penelitian )
- b. Peneliti membagikan bahan diskusi kelompok terarah kepada peserta dua hari sebelum pelaksanaan diskusi kelompok terarah untuk dipelajari

## 9. Pelaksanaan diskusi kelompok terarah

### a. Persiapan

- 1) Tempat duduk peserta diatur sedemikian rupa sehingga peserta terdorong untuk mau berbicara (sebaiknya duduk dalam satu lingkaran)
- 2) Semua perlengkapan harus dipersiapkan ( alat perekam, LCD )
- 3) Moderator dan notulis harus datang sebelum peserta datang, sehingga ada kesempatan untuk berbincang secara informal dengan peserta

### b. Pembukaan

- 1) Penjelasan tujuan diskusi kelompok terarah
- 2) Perkenalan panitia diskusi kelompok terarah
- 3) Perkenalan peserta mengikuti urutan posisi duduk

### c. Petunjuk umum diskusi kelompok terarah

- 1) Diskusi kelompok terarah untuk mengumpulkan data bukan ceramah
- 2) Semua pendapat adalah sangat penting dan semua peserta dapat mengeluarkan pendapatnya secara bergantian dengan bebas tanpa ada tekanan dan paksaan
- 3) Semua pendapat dan masukan dari peserta tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja dan remunerasi

### d. Penyajian hasil penilitan

### e. Diskusi

- 1) Mengawali diskusi dengan mengajukan pertanyaan yang umum
- 2) Melakukan klarifikasi dengan mengulangi jawaban dalam bentuk pertanyaan untuk meminta penjelasan lebih lanjut, misalnya apakah saudara dapat menjelaskan lebih lanjut tentang penyebab tidak optimalnya pelaksanaan MAKP model tim di ruang rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Babat?
- 3) Melakukan reorientasi yang bertujuan agar diskusi hidup dan menarik dengan menggunakan jawaban seorang peserta untuk ditanyakan kepada peserta lain yang selama diskusi selalu diam.

### f. Pembacaan Hasil

### g. Penutup

- 1) Moderator menyimpulkan hasil diskusi kelompok terarah
- 2) Ucapan terima kasih atas partisipasi peserta menyatakan bahwa pendapat peserta sangat berguna untuk tujuan penelitian.

Lampiran 14

Kegiatan FGD Tanggal 29 April

DAFTAR HADIR

Hari/ Tanggal : Senin / 29 April 2019  
 Pukul : 12.00 s/d selesai  
 Tempat : Ruang Komdis RS Muhammadiyah Babat  
 Acara : FGD ( Fokus Group Discussion)

No	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1.	Erwiny Suci	Kep.	1.	
2.	Rivali Satri S	Kasi Mutu.		2.
3.	Agus Iwananto.	Kepala ruangan	3.	
4.	Triana Eka. s	ketua TIM		4.
5.	Yudi Puspayanti	ketua komkep	5.	
6.	Pambada .s	Anggota		6.
7.	Moch. Hamzan.	Anggota.	7.	
8.	Oyah A.N	Anggota		8.
9.	Heny Purjatiningsih	ketua TIM	9.	
10.	M. BAKRI	Kep. Mutu . pem.		10.
11.	Ar. H.	Anggota	11.	
12.				12.
13.			13.	
14.				14.
15.			15.	

Pelaksanaan Fokus Group Discussion Tanggal 29 April 2019



Lampiran 15 Hasil Penelitian

Faktor Organisasi

Kepemimpin Kepemimpinan

Kode	JK	Pddk	Lama	1	2	3	4	5	6	jml	skor
1	2	1	3	2	4	3	4	3	4	20	3
1	2	1	2	3	4	2	4	3	3	19	3
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	12	1
1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	13	2
1	1	1	2	3	4	3	3	3	3	19	3
1	2	2	1	2	3	3	3	3	2	16	2
1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	12	1
1	1	2	1	2	3	3	3	3	4	18	2
1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	17	2
1	2	2	1	3	3	3	3	3	3	18	2
1	2	2	1	3	2	2	2	2	3	14	2
2	2	1	3	2	4	2	2	2	2	14	2
2	1	1	3	2	3	2	3	3	3	16	2
2	1	1	2	2	4	2	2	1	1	12	1
2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	14	2
2	2	2	1	3	4	2	4	3	3	19	3
2	1	2	1	3	2	2	4	3	3	17	2
2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	14	2
2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	18	2
2	2	2	1	2	3	3	3	3	3	17	2
2	1	1	2	2	1	3	2	2	1	11	1
2	2	1	2	4	4	3	3	3	3	20	3

Sistem Reward

KODE	1	2	3	4	5	jml	skor
1	3	2	2	3	3	13	2
2	2	2	3	4	3	14	2
3	3	3	2	4	3	15	2
4	3	3	2	3	3	14	2
5	2	3	2	4	3	14	2
6	2	2	2	1	2	9	1
7	3	3	2	4	3	15	2
8	3	3	2	3	3	14	2
9	3	3	3	3	2	14	2
10	3	3	3	4	3	16	3
11	2	2	1	2	1	8	1
12	2	2	3	3	3	13	2
13	1	2	3	3	3	12	2
14	1	2	3	3	3	12	2
15	3	1	2	2	2	10	1
16	3	3	2	3	3	14	2
17	2	2	2	1	2	9	1
18	2	2	3	3	3	13	2
19	3	3	2	4	3	15	2
20	2	3	2	4	3	14	2
21	1	2	3	3	3	12	2
22	4	1	3	4	2	14	2

Pelatihan pengembangan

Kode	1	2	3	4	5	6	7	Jumla	Skor
1	3	3	3	3	3	3	3	21	2
2	3	3	3	3	4	4	3	23	3
3	3	3	3	3	3	3	3	21	2
4	3	3	3	3	3	3	3	21	2
5	3	3	3	3	3	3	3	21	2
6	1	2	2	2	2	2	3	14	1
7	1	3	1	2	2	2	3	14	1
8	3	3	3	3	3	3	3	21	2
9	3	3	3	3	3	3	3	21	2
10	2	2	2	2	2	2	2	14	1
11	3	3	3	3	3	3	3	21	2
12	1	3	1	3	1	2	3	14	1
13	2	4	2	3	3	3	3	20	2
14	1	2	2	2	2	2	2	13	1
15	1	3	1	2	2	2	3	14	1
16	3	3	3	3	3	3	3	21	2
17	4	3	3	3	3	2	2	20	2
18	2	2	3	2	2	3	2	16	2
19	4	4	3	3	3	3	3	23	3
20	2	3	3	3	3	3	3	20	2
21	1	2	1	2	2	2	4	14	1
22	2	3	2	2	2	3	2	16	2

Supervisi

Kode	1	2	3	4	5	6	jml	skor
1	1	1	2	2	2	2	10	1
2	1	2	2	2	1	1	9	1
3	2	2	2	2	2	2	12	1
4	4	4	4	3	4	3	22	3
5	2	2	3	3	3	2	15	2
6	1	1	1	3	3	3	12	1
7	2	3	3	3	3	4	18	2
8	1	3	3	4	3	3	17	2
9	2	2	4	4	4	4	20	3
10	1	1	1	2	3	3	11	1
11	3	2	3	3	3	3	17	2
12	2	2	3	3	4	3	17	2
13	3	3	3	4	3	3	19	2
14	2	2	2	2	2	2	12	1
15	1	2	1	2	3	3	12	1
16	2	2	3	3	2	2	14	2
17	2	2	3	3	3	3	16	2
18	3	3	3	3	4	3	19	3
19	1	1	2	2	3	3	12	1
20	3	4	2	4	4	3	20	3
21	1	1	2	3	2	2	11	1
22	3	4	4	3	2	3	19	3

Faktor Sumber Daya Manusia

Pengetahuan

Kode	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	jml	skor
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	3
2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	3
3	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	5	2
4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	3
5	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	6	2
6	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	6	2
7	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	1
8	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	5	2
9	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	6	2
10	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	5	2
11	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	6	2
12	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	5	2
13	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	5	2
14	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1
15	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	6	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	3
17	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	6	2
18	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	6	2
19	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	6	2
20	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3	1
21	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	5	2
22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	3

Sikap

Kode	1	2	3	4	5	6	jml	skor
1	3	3	3	3	3	4	19	3
2	2	2	2	2	2	2	12	1
3	3	3	3	3	3	3	18	2
4	3	4	4	4	3	3	21	3
5	3	3	3	3	3	3	18	2
6	2	2	3	3	2	3	15	2
7	2	2	2	2	2	2	12	1
8	3	3	3	3	3	3	18	2
9	3	3	3	3	3	2	17	2
10	3	3	3	3	3	2	17	2
11	3	3	3	3	3	3	18	2
12	3	3	3	3	2	2	16	2
13	3	3	4	4	2	2	18	2
14	3	3	3	3	3	3	18	2
15	3	3	3	3	3	3	18	2
16	3	3	3	3	3	3	18	2
17	2	2	2	2	2	2	12	1
18	3	3	3	3	3	3	18	2
19	2	2	2	2	2	2	12	1
20	3	3	3	3	3	4	19	3
21	2	2	2	2	2	2	12	1
22	3	2	2	3	3	2	15	2

Motivasi

Kode	1	2	3	4	5	6	7	8	jml	skor
1	3	3	4	3	3	3	3	3	25	3
2	3	3	4	4	4	3	4	4	29	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	2
4	3	1	3	4	4	4	3	3	25	3
5	3	2	3	3	3	3	3	3	23	2
6	3	3	3	3	3	3	3	3	24	2
7	3	3	3	3	3	3	3	3	24	2
8	3	3	3	3	3	3	3	3	24	2
9	3	2	3	3	3	3	3	3	23	2
10	2	2	2	2	2	2	2	2	16	1
11	3	3	3	2	2	2	2	2	19	2
12	2	2	2	2	2	2	2	2	16	1
13	3	1	3	4	3	4	3	3	24	2
14	3	2	3	3	3	3	3	3	23	2
15	3	3	3	3	3	3	3	3	24	2
16	2	2	2	2	2	2	2	2	16	1
17	3	3	4	2	2	3	4	3	24	2
18	3	1	3	4	2	4	3	3	23	2
19	3	3	4	3	3	3	3	3	25	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	24	2
21	2	2	2	2	2	2	2	2	16	1
22	3	3	4	4	4	3	4	3	28	3

Beban Kerja Perawat

Beban Kerja Perawat A				Beban Kerja Perawat A				Beban Kerja Perawat A						
Tgl	Pagi	frek	waktu Menit	jumlah	Tgl	Sore	frek	waktu Menit	jumlah	Tgl	Malam	frek	waktu Menit	jumlah
Feb	<b>Kegiatan Produktif Lansung</b>				Feb	<b>Kegiatan Produktif Lansung</b>				Feb	<b>Kegiatan Produktif Lansung</b>			
	Melakukan injeksi	8	2	16		Melakukan injeksi	6	2	12		Melakukan injeksi	8	2	16
	Mengganti cairan infus	4	2	8		Mengganti cairan infus	3	2	6		Nebulizer	2	6	12
	ECG	1	15	15		Pasang infus	1	15	15		Pasang infus	1	15	15
	penerimaan pasien baru	3	5	15		Penerimaan pasien baru	3	5	15		Penerimaan pasien baru	2	5	10
	Observasi pasien	4	3	12		Observasi pasien	4	3	12		Observasi pasien	4	5	20
	TTV	8	3	24		TTV	8	3	24		TTV	8	4	32
	Edukasi pasien	3	3	9		Edukasi pasien	3	3	9		Edukasi pasien	3	3	9
	Rever ke RS lain	1	120	120		Mengantar pasien Foto	1	60	60		Ganti cairan infus	4	2	8
						Koordinasi dg unit lain	3	3	9		Memberikan obat oral pasien	3	2	6
	Jumlah	32	153	219		melakukan diet personele	1	5	5		Jumlah	35	44	128
	<b>Kegiatan produktif tak langsung</b>					<b>Jumlah</b>	33	101	167		<b>Kegiatan produktif tak langsung</b>			
	Timbang terima	1	30	30		<b>Kegiatan produktif tak langsung</b>					Timbang terima	1	30	30
	Mengpos obat	8	2	16		Timbang terima	1	30	30		Mengpos obat	6	2	12
	Mengantar visite	8	10	80		Mengpos obat	6	2	12		Konsul dr. Spesialis	3	10	30
	Dokumentasi keperawatan	8	5	40		Konsul dr. Spesialis	3	10	30		Dokumentasi keperawatan	8	5	40
	sentralisasi obat	3	2	6		Dokumentasi keperawatan	9	5	45		sentralisasi obat	3	2	6
	Menyiapkan tempat tidur pasien	3	2	6		sentralisasi obat	3	5	15		Menyiapkan air untuk mandi pasien	3	5	15
						Menyiapkan air untuk mandi P	3	5	15		Telp ke dokter	3	2	6
		31	51	178		Menyiapkan tempat tidur	3	5	15		Menyiapkan tempat tidur pasien	2	5	10
	<b>Kegiatan Non Produktif</b>					Membagikan resep ke pasien	5	2	10		Telp dg unit lain	3	2	6
	Duduk di nurse station	1	15	15		Memasukkan tindakan ke billir	5	2	10		Memasukkan tindakan ke billing	3	2	6
	Kamar mandi	1	5	5			38	66	182		<b>Jumlah</b>	35	65	161
	sholat	1	5	5		<b>Kegiatan non Produktif</b>					<b>Kegiatan non Produktif</b>			
	Makan	1	10	10		Duduk di nurse station	1	10	10		Duduk di nurse station	1	10	10
	Pergi ke luar	1	15	15		Kamar mandi	2	5	10		Kamar mandi	2	15	30
		5	50	50		sholat	2	5	10		sholat	1	5	5
	<b>Beban kerja pagi</b>		89%			Makan	1	10	10		Makan	1	10	10
						Pergi ke luar	1	15	15		Pergi ke luar	1	30	30
							7	45	55		Istirahat	1	60	60
						<b>Beban kerja sore</b>		86%						
						<b>Beban Kerja Perawat A</b>		81%	Tinggi		<b>Beban kerja Malam</b>		67%	



## Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim

	Pb	TT	SO	RK	Dp	$\Sigma$	
1	64%	42%	92%	0%	73%	54%	2
2	57%	60%	86%	0%	60%	53%	2
3	50%	31%	58%	0%	40%	36%	1
4	50%	49%	83%	0%	73%	51%	2
5	64%	57%	77%	0%	60%	52%	2
6	64%	53%	70%	0%	67%	51%	2
7	64%	51%	93%	0%	47%	51%	2
8	50%	46%	93%	0%	67%	51%	2
9	71%	44%	78%	0%	67%	52%	2
10	100%	70%	100%	0%	100%	74%	3
11	90%	58%	77%	0%	80%	61%	2
12	64%	43%	77%	0%	73%	51%	2
13	58%	58%	83%	0%	67%	53%	2
14	57%	46%	70%	0%	60%	47%	1
15	64%	62%	78%	0%	53%	52%	2
16	72%	46%	85%	0%	60%	53%	2
17	44%	59%	85%	0%	73%	52%	2
18	68%	48%	85%	0%	60%	52%	2
19	72%	55%	78%	0%	53%	52%	2
20	64%	55%	80%	0%	60%	52%	2
21	100%	70%	100%	0%	100%	74%	3
22	64%	58%	77%	0%	60%	52%	2

## Lampiran 16 Analisis Hasil Penelitian

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepemimpinan * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
Sistemreward * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
Pelatihanpengembangan * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
Supervisi * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
Pengetahuan * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
Motivasi * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
Sikap * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
BebanKerja * MAKP	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%

## Kepemimpinan \* MAKP

Crosstab

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
Kepemimpinan	Kurang baik	Count	2	1	1	4
		% within Kepemimpinan	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	5.6%	50.0%	18.2%
		% of Total	9.1%	4.5%	4.5%	18.2%
	Cukup baik	Count	0	12	1	13
		% within Kepemimpinan	0.0%	92.3%	7.7%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	66.7%	50.0%	59.1%
		% of Total	0.0%	54.5%	4.5%	59.1%
	Baik	Count	0	5	0	5
		% within Kepemimpinan	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	27.8%	0.0%	22.7%
		% of Total	0.0%	22.7%	0.0%	22.7%
Total		Count	2	18	2	22
		% within Kepemimpinan	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.551 <sup>a</sup>	4	.014
Likelihood Ratio	11.039	4	.026
Linear-by-Linear Association	.586	1	.444
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (88.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .36.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.755	.014
	Cramer's V	.534	.014
	Contingency Coefficient	.603	.014
N of Valid Cases		22	

**Sistemreward \* MAKP**

**Crosstab**

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
Sistemreward	Kurang baik	Count	0	4	0	4
		% within Sistemreward	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	22.2%	0.0%	18.2%
		% of Total	0.0%	18.2%	0.0%	18.2%
Cukup baik	Cukup baik	Count	2	14	1	17
		% within Sistemreward	11.8%	82.4%	5.9%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	77.8%	50.0%	77.3%
		% of Total	9.1%	63.6%	4.5%	77.3%
Baik	Baik	Count	0	0	1	1
		% within Sistemreward	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	0.0%	50.0%	4.5%
		% of Total	0.0%	0.0%	4.5%	4.5%
Total	Total	Count	2	18	2	22
		% within Sistemreward	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.216 <sup>a</sup>	4	.024
Likelihood Ratio	6.744	4	.150
Linear-by-Linear Association	1.144	1	.285
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (88.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.714	.024
	Cramer's V	.505	.024
	Contingency Coefficient	.581	.024
N of Valid Cases		22	

**Pelatihanpembangunan \* MAKP****Crosstab**

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
Pelatihan dan pengembangan	Kurang baik	Count	2	3	2	7
		% within Pelatihan dan pengembangan	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	16.7%	100.0%	31.8%
		% of Total	9.1%	13.6%	9.1%	31.8%
	Cukup baik	Count	0	13	0	13
		% within Pelatihan dan pengembangan	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	72.2%	0.0%	59.1%
		% of Total	0.0%	59.1%	0.0%	59.1%
	Baik	Count	0	2	0	2
		% within Pelatihan dan pengembangan	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	11.1%	0.0%	9.1%
		% of Total	0.0%	9.1%	0.0%	9.1%

Total	Count	2	18	2	22
	% within Pelatihan dan pengembangan	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%
	% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.476 <sup>a</sup>	4	.033
Likelihood Ratio	11.301	4	.023
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000
N of Valid Cases	22		

a. 7 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .18.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.690	.033
	Cramer's V	.488	.033
	Contingency Coefficient	.568	.033
N of Valid Cases		22	

**Supervisi \* MAKP**

**Crosstab**

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
Supervisi	Kurang baik	Count	1	6	2	9
		% within Supervisi	11.1%	66.7%	22.2%	100.0%
		% within MAKP	50.0%	33.3%	100.0%	40.9%
		% of Total	4.5%	27.3%	9.1%	40.9%
Cukup baik	Cukup baik	Count	1	7	0	8
		% within Supervisi	12.5%	87.5%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	50.0%	38.9%	0.0%	36.4%
		% of Total	4.5%	31.8%	0.0%	36.4%
Baik	Baik	Count	0	5	0	5
		% within Supervisi	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	27.8%	0.0%	22.7%
		% of Total	0.0%	22.7%	0.0%	22.7%

Total	Count	2	18	2	22
	% within Supervisi	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%
	% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.972 <sup>a</sup>	4	.410
Likelihood Ratio	5.103	4	.277
Linear-by-Linear Association	.396	1	.529
N of Valid Cases	22		

a. 7 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .45.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.425	.410
	Cramer's V	.300	.410
	Contingency Coefficient	.391	.410
N of Valid Cases		22	

**Pengetahuan \* MAKP**

**Crosstab**

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
Pengetahuan	Kurang baik	Count	2	1	0	3
		% within Pengetahuan	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	5.6%	0.0%	13.6%
		% of Total	9.1%	4.5%	0.0%	13.6%
Cukup baik	Cukup baik	Count	0	12	2	14
		% within Pengetahuan	0.0%	85.7%	14.3%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	66.7%	100.0%	63.6%
		% of Total	0.0%	54.5%	9.1%	63.6%
Baik	Baik	Count	0	5	0	5
		% within Pengetahuan	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	27.8%	0.0%	22.7%
		% of Total	0.0%	22.7%	0.0%	22.7%

Total	Count	2	18	2	22
	% within Pengetahuan	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%
	% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.899 <sup>a</sup>	4	.005
Likelihood Ratio	11.105	4	.025
Linear-by-Linear Association	2.686	1	.101
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (88.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.823	.005
	Cramer's V	.582	.005
	Contingency Coefficient	.635	.005
N of Valid Cases		22	

**Motivasi \* MAKP**

**Crosstab**

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
Motivasi	Kurang baik	Count	0	2	2	4
		% within Motivasi	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	11.1%	100.0%	18.2%
		% of Total	0.0%	9.1%	9.1%	18.2%
	Cukup baik	Count	2	11	0	13
		% within Motivasi	15.4%	84.6%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	61.1%	0.0%	59.1%
		% of Total	9.1%	50.0%	0.0%	59.1%
	Baik	Count	0	5	0	5
		% within Motivasi	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	27.8%	0.0%	22.7%
		% of Total	0.0%	22.7%	0.0%	22.7%
Total	Count	2	18	2	22	
	% within Motivasi	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%	
	% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.094 <sup>a</sup>	4	.026
Likelihood Ratio	9.700	4	.046
Linear-by-Linear Association	2.345	1	.126
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (88.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .36.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.710	.026
	Cramer's V	.502	.026
	Contingency Coefficient	.579	.026
N of Valid Cases		22	

**Sikap \* MAKP****Crosstab**

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
Sikap	Kurang baik	Count	1	3	1	5
		% within Sikap	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
		% within MAKP	50.0%	16.7%	50.0%	22.7%
		% of Total	4.5%	13.6%	4.5%	22.7%
	cukup baik	Count	1	12	1	14
		% within Sikap	7.1%	85.7%	7.1%	100.0%
		% within MAKP	50.0%	66.7%	50.0%	63.6%
		% of Total	4.5%	54.5%	4.5%	63.6%
	Baik	Count	0	3	0	3
		% within Sikap	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	16.7%	0.0%	13.6%
		% of Total	0.0%	13.6%	0.0%	13.6%
Total	Count	2	18	2	22	
	% within Sikap	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%	
	% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.410 <sup>a</sup>	4	.661
Likelihood Ratio	2.649	4	.618
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (88.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.331	.661
	Cramer's V	.234	.661
	Contingency Coefficient	.314	.661
N of Valid Cases		22	

**BebanKerja \* MAKP****Crosstab**

			MAKP			Total
			Kurang baik	Cukup baik	Baik	
BebanKerja	tinggi	Count	2	14	0	16
		% within BebanKerja	12.5%	87.5%	0.0%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	77.8%	0.0%	72.7%
		% of Total	9.1%	63.6%	0.0%	72.7%
Sedang		Count	0	4	2	6
		% within BebanKerja	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%
		% within MAKP	0.0%	22.2%	100.0%	27.3%
		% of Total	0.0%	18.2%	9.1%	27.3%
Total		Count	2	18	2	22
		% within BebanKerja	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%
		% within MAKP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	9.1%	81.8%	9.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.315 <sup>a</sup>	2	.043
Likelihood Ratio	6.712	2	.035
Linear-by-Linear Association	4.813	1	.028
N of Valid Cases	22		

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .55.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.536	.043
	Cramer's V	.536	.043
	Contingency Coefficient	.472	.043
N of Valid Cases		22	