PERAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL TERHADAP KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT JIWA DR.SOEHARTO HEERDJAN

Tesis

Untuk memenuhi sebagian

Persyaratan dalam mencapai derajat sarjana S-2

Program Studi

Magister Manajemen (MM)

Diajukan Oleh :

Nama : MULAN MICHELLE IMELDA

N I M : 2008 – 01 – 030

PROGRAM PASCASARJANA (S2)

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

JAKARTA

2011

KATA PENGANTAR

Manajemen Keperawatan bukanlah hal asing bagi seorang perawat bahkan seorang dokter. Dalam implementasinya manajemen keperawatan khususnya yang berkaitan dengan Model Praktik Keperawatan Profesional sering menemukan banyak kendala, diantaranya kendala dalam sumber daya manusia yang tersedia.

Dalam penelitian ini penulis ingin memberikan sedikit gambaran mengenai kinerja perawat yang melakukan pelayanan keperawatannya berdasarkan Model Praktik Keperawatan Profesional yang tertuang dalam judul penelitian Peran penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Jiwa DR. Soeharto Heerdjan.

Ucapan terima kasih dan syukur tak terhingga kepada Yeshua Hamasiah yang menjadi Sahabat, Penolong, Pemberi Kasih Karunia dan Kekuatan, Tuhan dan Juru Selamat penulis yang telah membimbing dan memampukan penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga disampaikan penulis kepada :

1. Papi Judhi Kristianto dan Mama Ega Andayani, kedua orang tua saya yang luar biasa dan sudah mendidik saya, mengajarkan hal yang baik dan bermanfaat juga melatih saya untuk kuat dalam mengatasi segala perkara.
2. Suhandry, S.T. seorang suami luar biasa yang dikirimkan Tuhan untuk mendampingi setiap langkah hidup saya untuk membimbing, mengasihi dan mengajarkan saya arti hidup yang tidak mudah menyerah. Precious Rayya Crezenthya Suhandry putri cantik kebanggaan keluarga merelakan waktu bermainnya untuk menemani penulis dalam menyelesaikan penulisan tesis.
3. Ir. Alirahman, Msc., PhD selaku Direktur Program Pasca Sarjana atas nasehat dan motivasinya agar penulis menjadi lulusan magister manajemen yang mampu bersaing di dunia kerja nantinya.
4. Dr.Ir. Sunar Abdul, M.S atas bimbingan dan kesediaan meluangkan waktu kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini

5. Dr. Bambang Hartono, SKM.MSc selaku pembimbing tesis yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan tesis.

6. Prof.Dr. Tumari Jatileksono, Msc, MA yang telah membantu serta memberikan arahan kepada penulis dalam hal metodologi penelitian.

7. Prof. Dr. Tb. Sjafri Mangkuprawira dan yang telah memberikan dukungan yang tidak pernah putus, pandangan dan motivasi kepada penulis.

8. Segenap staf pengajar Program Magister Manajemen yang telah membagi ilmu dan pengalaman kepada penulis serta segenap staf sekretariat Pasca Sarjana Universitas Esa Unggul untuk bantuan dan hubungan persahabatan yang diberikan kepada penulis.

9. Dr. Budi Anna Keliat,SKep, Ners,MappSc, Dr.Ekaviora, SpKJ yang memberikan kesempatan penulis untuk melakukan penelitian. Ns.Rosintan Simatupang, S.Kep, Ns.Salamyah,S.Kep, Ns.Caroline, S.Kep,M.Kep dan seluruh perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang telah mendukung penelitian ini.

10. Dr. Nanang Sukmana, SpPD, KAI yang telah menyediakan waktu dan tenaga untuk merawat saya dan membantu saya untuk hidup lebih baik dan menikmati waktu terbaik dalam hidup saya.

11. Teman-teman Community Of Love GBI yang selama ini selalu memberikan semangat juga doa kepada penulis

12. Teman-teman MM 36 Universitas Esa unggul untuk persahabatan yang menakjubkan juga dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan studi di Universitas Esa unggul

Akhir kata penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak terkait yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan studi di Universitas Esa unggul yang tak dapat penulis sebutkan satu per satu, kiranya Tuhan memberkati berlimpah limpah.

Jakarta, 5 Januari 2011

Mulan Michelle Imelda

DAFTAR ISI

Halaman
Judul.....
.i
Lembar
.Pengesahan.....
.ii
Lembar
Pernyataan.....
iii
Abstrak.....
.....iv
Abstract.....
.....v
Kata
Pengantar.....
....vi
Daftar
Isi.....
vii
Daftar
Tabel.....
viii
Daftar
Gambar.....
..ix

Daftar Lampiran.....x

Bab I: Pendahuluan

1.1. Latar Belakang Penelitian …..…….....1

1.2. Identifikasi Masalah …...…….….....4

1.3. Batasan Masalah …...…….....6

1.4. Rumusan Masalah……...…….....7

1.5. Tujuan Penelitian ……..……..…….....8

1.6. Manfaat Penelitian…….…….....8

Bab II: Tinjauan Pustaka

2.1. Kajian Teori …….....10

2.1.1. Kompetensi……...…….……...10

2.1.1.1 Pengertian Kompetensi….....…….……..10

2.1.1.2 Faktor-Faktor Kompetensi…….....12

2.1.1.3 Karakteristik Kompetensi…….....……...… 13

2.1.2 Kondisi Pasien…….…….....…..…. 15
2.1.2.1 Tanda dan Gejala Penyakit Psikiatrik…….....……15
2.1.2.3 Klasifikasi Internasional Psikiatrik.....18 2.1.3 Model Praktik Keperawatan Profesional…….…….....….. 19
2.1.3.1 Pengertian Keperawatan …….....19
2.1.3.2 Sifat dan Karakteristik Keperawatan …….....…21
2.1.3.3.Manajemen Keperawatan ..…….. …….....…..22
2.1.3.4. Model Praktik Keperawatan Profesional…….....……23
2.1.4. Kinerja…….....…….41
2.1.4.1. Pengertian Kinerja……..….....……..41 2.1.4.2. Faktor-Faktor Kinerja…….....42
2.1.4.3 Penilaian Kinerja…….....43
2.1.4.4 Tujuan dan Manfaat Penilaian Kinerja…….....……...44 2.1.4.5 Penilaian Kinerja di ruangan MPKP…….....……46
2.1.4.6. Elemen Sistem Penilaian Kinerja…….…….....47 2.2. Penelitian Terdahulu Yang Relevan …….....……....…….....48

Bab III : Metode Penelitian

3.1 Kerangka Penelitian …….....…….....53
3.2 Hipotesis Penelitian…….....…54
3.3 Desain Penelitian…….….....55
3.4 Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel……..….....…55
3.5. Tempat dan Waktu Penelitian…….…….....59
3.6 Teknik Pengambilan Data dan Pengambilan Sampel…….…….....60
3.7 Uji Kualitas Data……..…….….....61
3.8 Metode Analisis …….....……68

Bab IV : Pembahasan
4.1 Gambaran Umum Objek Penelitian…….....73
4.2 Hasil Penelitian……...…….....79
4.2.1. Analisis Deskriptif…….....…….....79
4.2.2. Analisis Regresi Linier Berganda……...…….87
4.2.3. Pembahasan Hasil Penelitian …….…….....92

Bab V : Kesimpulan dan Saran…….....……..94

Daftar
Pustaka……..…….....
.96

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Kuesioner penelitian
Lampiran 2 : Hasil Uji Validitas kinerja perawat
Lampiran 3 : Hasil Uji Validitas kompetensi Perawat
Lampiran 4 : Hasil Uji Reliabiitas kompetensi perawat
Lampiran 5 : Hasil Uji Reliabilitas kinerja perawat
Lampiran 6 : Data analisis deskriptif
Lampiran 7 : Hasil analisis deskriptif
Lampiran 8 : Data analisis regresi
Lampiran 9 : Hasil analisis regresi linier berganda

Lampiran 10 : Perbandingan nilai rata-rata MPKP dan non MPKP

Lampiran 11 : Hasil Uji Regresi Linier Berganda

ABSTRAK

MULAN MICHELLE IMELDA, *Kompetensi Perawat, Kondisi Pasien dan Kinerja Perawat Dalam Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit Jiwa DR. Soeharto Heerdjan* (dibimbing oleh Bambang Hartono)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional dengan kinerja perawat. Menganalisis pengaruh kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional dengan kinerja perawat. Mengetahui perbedaan nilai kinerja perawat di ruangan yang telah menerapkan dengan yang belum menerapkan Model Praktik Keperawatan Profesional. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa DR. Soeharto Heerdjan, dan responden penelitian dipilih dengan menggunakan *purposive sampling* terhadap seluruh perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSJ DR. Soeharto Heerdjan yang berjumlah 161 orang perawat. Data primer yang terkumpul dianalisis dengan aplikasi software SPSS versi 16.0. Metode analisis digunakan untuk mengetahui pengaruh kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional dengan kinerja perawat adalah analisis linier regresi berganda. Beta coefficient digunakan untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat. Dari hasil penelitian diketahui perawat RSJ DR. Soeharto Heerdjan diketahui bahwa variabel kompetensi perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP memiliki pengaruh signifikan terhadap kinerja perawat. Berdasarkan penelitian diketahui pula bahwa perawat di ruang MPKP memiliki kompetensi dan kinerja yang lebih baik dibandingkan ruangan yang belum menerapkan MPKP. Hal ini ditunjukan oleh nilai rata-rata kompetensi perawat di ruang MPKP sebesar 4,05 dan 3,88 untuk ruangan non MPKP dan nilai rata-rata kinerja ruang MPKP sebesar 4,10 dan ruang non MPKP sebesar 3,53 dari skala 1 sampai 5. Variabel penerapan MPKP menjadi faktor dominan yang mempengaruhi kinerja perawat dengan Beta Coefficient 0,494. Kompetensi menjadi faktor kedua yang mempengaruhi kinerja perawat dengan Beta Coefficients 0,258. Sedangkan variabel kondisi pasien berpengaruh menurunkan kinerja perawat dengan Beta Coefficient sebesar -0,235. Dengan demikian untuk meningkatkan kinerja perawat perlu dilakukan penerapan MPKP untuk seluruh ruangan rawat inap RSJ DR. Soeharto Heerdjan dan memberikan insentif yang sesuai untuk perawat yang bekerja di ruangan MPKP dan juga meningkatkan kompetensi seluruh perawat ruang rawat inap RSJ DR. Soeharto Heerdjan.

ABSTRACT

MULAN MICHELLE IMELDA, *Nurse Competency, Condition of Patient, and Nurse Performance in the Implementation of Professional Nursing Practice Model (MPKP) in DR. Soeharto Heerdjan's Mental Hospital* (supervised by Bambang Hartono)

This research objective is to identify the form of nurse competency, nurse gender, and condition of patient together with the implementation of Professional Nursing Practice Model (MPKP) related to nurse performance. Make an analysis of the impact of nurse competency, nurse gender, and condition of patient together with the implementation of MPKP to nurse performance. Understanding the difference of nurse performance score between nurse works in ward that already applied MPKP and those that worked in ward that has not applied MPKP yet. Research is done at DR. Soeharto Heerdjan's Mental Hospital , while the respondents are selected under *purposive sampling method* that applied to all nurses' works at nurse room lodge in RSJ DR. Soeharto Heerdjan total 161 nurses. Collected primary data was analyzed with SPSS'S software application version 16.0. The Analysis metode that used to identify the impact of nurse competency, nurse gender, conditions of patient and the implementation of MPKP is multiple regression analysist. Beta coefficient is used to identify the most dominant variable that affect nurse performance. The result explain that the nurse competency, condition of patient, and the implementation of MPKP has significant impact to nurse performance. The result also confirm that the nurses in MPKP ward has better competency and performance compare to nurses in non-MPKP ward. This information is proven by the average nurse competency score in MPKP ward are 4.05 and 3.88 for the non-MPKP ward score. Average nurse performance in MPKP ward is 4.10 and 3.53 for non-MPKP ward (scale 1 to 5). Variable of MPKP implementation is the leading factor that impact nurse performance with Beta Coefficient 0.494. Competency is the second factor that impact nurse performance with Beta Coefficients 0.258. while the variable of patient' condition has negative impact on nurse performance with Beta Coefficient -0.235. as conclusion, increment of nurse performance can be achieved by implementing MPKP in every ward in DR. Soeharto Heerjan Mental Hospital, Offering appropriate incentif for nurse that worked in MPKP ward and improving all nurse competency in RS Soeharto Heerjan ward.

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Penelitian

Peranan perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan di dalam sebuah rumah sakit sering dijadikan ukuran oleh pelanggan rumah sakit tersebut sebagai gambaran pelayanan Rumah Sakit secara keseluruhan. Hal ini dikarenakan dalam melakukan tugasnya perawat memiliki kesempatan yang sering untuk berhadapan dengan pasien maupun keluarganya dibandingkan dengan petugas kesehatan lainnya. Perawat juga berada di garis depan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Pelayanan keperawatan dalam rumah sakit menduduki peringkat pertama dalam hal jumlah personil melebihi jumlah personil tenaga medis lainnya. Demikian juga dalam hubungan dengan pasien, perawat memiliki frekuensi kontak yang paling tinggi dibandingkan dengan tenaga pelayan kesehatan lainnya.

Pelayanan Keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit memiliki kepentingan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang optimal melalui tenaga keperawatan yang bertanggung jawab dalam meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan selama 24 jam, secara berkesinambungan di bawah tanggung jawab seorang Pemimpin Keperawatan

Perawat sebagai salah satu dari ujung tombak rumah sakit, memerlukan suatu sistem untuk melakukan tindakan keperawatan. Sistem yang terdiri dari dari struktur, proses dan nilai-nilai profesional akan mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat menopang pemberian asuhan keperawatan tersebut.[1] PedomanSistem tersebut dikenal dengan Model Praktik Keperawatan Profesional atau MPKP.

Penerapan MPKP secara tepat akan berdampak kepada peningkatan angka pemanfaatan tempat tidur rumah sakit atau *Bed Occupancy Rate* (BOR) dan

[1] Sitorus,R dan atau Yulia. 2006. Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit. EGC. Jakarta. h.5

indikator mutu ruangan serta penurunan angka rata-rata lama hari seorang pasien dirawat atau disebut juga dengan *Average Length of Stay* (ALOS) dan angka rata-rata jumlah hari tempat tidur tidak ditempati dari saat diisi hingga saat terisi berikutnya atau *Turn Over Interval* (TOI) yang merupakan indikator mutu pelayanan rumah sakit yang baik dan berdampak pada kinerja perawat. Hal ini menunjukkan bahwa dengan MPKP pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan bermutu baik.[2]

Berdasarkan observasi dan wawancara kepada beberapa orang perawat pada kegiatan pra penelitian diketahui bahwa pada tahun 2005 penerapan MPKP sudah dilakukan hampir untuk seluruh ruangan rawat inap yang ada. Tetapi pelaksanaan MPKP ini hanya bertahan 3 tahun saja karena terdapat kendala pada sumber daya manusia. Pada tahun 2009 hanya 3 ruangan saja yang menerapkan MPKP yaitu ruang melati, P*sychiatric Intensive Care Unit* (PICU) kutilang dan Nuri dan hal ini berdampak pada mutu pelayanan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang terlihat dari data BOR tahun 2009 yang berada jauh dibawah standar nasional.

Pada tahun 2010 MPKP mulai diterapkan kembali di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan. Supervisi oleh konsultan keperawatan dilakukan secara berkala untuk ketiga ruangan yang selama ini sudah menerapkan MPKP. Supervisi serta bimbingan perihal penerapan MPKP dilakukan kepada ruangan yang belum menerapkan MPKP.

Peningkatan kompetensi sumber daya manusia khususnya perawat juga terus dilakukan diantaranya dengan cara memberikan pelatihan-pelatihan kepada perawat terutama pelatihan MPKP yang diselenggarakan oleh pihak RSJ.Dr. Soeharto Heerdjan. Selain pelatihan, pihak rumah sakit juga memberikan kesempatan kepada perawat yang berpendidikan Sekolah Pendidikan Keperawatan (SPK) atau D3 keperawatan untuk melanjutkan pendidikan S1 keperawatan dengan profesi keperawatan (S.Kep, Ners). Dengan meningkatkan kompetensi perawat dengan memberikan pelatihan dan kesempatan memperoleh pendidikan yang lebih tinggi, maka diharapkan penerapan MPKP dapat berjalan dengan baik dan lebih cepat diimplementasikan untuk ruangan non MPKP.

[2] Keliat,B. 2010. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. EGC. Jakarta h.4

Karena untuk menerapkan MPKP dengan baik, diperlukan sumber daya perawat dengan jenjang pendidikan yang tinggi serta pelatihan yang cukup. Oleh karena itu pada tabel 1 terlihat angka BOR tahun 2010 mulai terlihat perbaikan. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan Keliat (2010) yang mengatakan bahwa penerapan MPKP akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Tabel 1. Bed Occupancy Rate (BOR) Tahun 2009 - 2010

No.	Bulan	Tahun	
		2009 (%)	2010 (%)
1.	Januari	41,69	46,51
2.	Februari	40,79	43,71
3.	Maret	40,70	46,56
4.	April	37,30	47,47
5.	Mei	33,47	43,39
6	Juni	37,62	51,47
7.	Juli	45,96	47,67
8.	Agustus	52,29	46,51
9.	September	37,08	43,71
10.	Oktober	52,51	53,00
11.	November	46,38	47,00
12.	Desember	46,32	58,00

Sumber : Instalasi Rekam Medis RSJ Dr. Soeharto Heerdjan

Pada ketiga gambar tersebut diatas terlihat bahwa BOR di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan jauh dari nilai standar yang seharusnya. BOR suatu rumah sakit dikatakan baik jika memenuhi standar nasional dan internasional untuk BOR. Standar nasional BOR suatu rumah sakit adalah 70 – 80% sedangkan standar BOR internasional adalah 80 – 90%.[3]

Saat ini RSJ Dr. Soeharto Heerdjan sedang melakukan pembenahan untuk penerapan MPKP khususnya dalam hal MPKP jiwa agar dapat dilakukan di semua ruangan perawatan di rumah sakit tersebut. Saat penelitian ini berlangsung

[3] Ibid h.42

hanya ada 3 ruangan yaitu PICU Kutilang, ruang perawatan Nuri dan ruang perawatan Melati yang menerapkan MPKP.

Dalam penelitian ini penulis akan melakukan analisis terhadap perananan penerapan model praktik keperawatan profesional terhadap kinerja perawat yang meliputi kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP dengan kinerja perawat di dalam ruangan rawat inap, baik yang telah menerapkan MPKP dan non MPKP. Hal ini dianggap penting, karena dengan penelitian ini diharapkan pihak rumah sakit khususnya pihak manajemen dapat melihat manfaat dari penerapan MPKP yang berdampak pada kinerja perawat yang akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Pengukuran kinerja perawat dalam ruangan yang diteliti tidak hanya untuk menganalisis pengaruh kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP saja, tetapi penelitian ini juga akan membandingkan nilai kinerja ruangan yang telah menerapkan MPKP dengan yang non MPKP. Selain itu dalam penelitian ini juga akan ditentukan faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kinerja perawat.

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan data BOR perubahan penerapan MPKP telah menunjukkan perubahan angka BOR yang menurun dan ALOS yang meningkat. Hal ini menggambarkan menurunnya indikator mutu rumah sakit yang salah satunya disebabkan oleh menurunnya kinerja perawat di ruang perawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

Berdasarkan observasi dan wawancara yang dilakukan peneliti, penurunan kinerja perawat di ruangan perawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan disebabkan beberapa hal yaitu :

1. Penempatan perawat yang tidak berdasarkan uji kompetensi terutama untuk jabatan seperti ketua tim dan kepala ruangan. Juga tidak adanya pertimbangan kompetensi perawat dalam bekerja menyebabkan banyak perawat tidak mengerti akan tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya untuk perawat dalam ruangan tertentu

seperti ruangan Psychiatri Intensive Care unit dimana perawatnya sangat memerlukan keterampilan dan pengetahuan khusus.

2. Jumlah perawat pria lebih sedikit dibandingkan perawat wanita dan hal ini kemungkinan berpengaruh terhadap kinerja perawat pada umumnya karena terdapat persepsi bahwa di RSJ diperlukan lebih banyak perawat laki-laki untuk mengatasi pasien psikiatri terutama pasien psikiatri akut. Berdasarkan observasi diketahui bahwa beberapa perawat wanita cenderung memiliki frekuensi terlambat masuk, absen atau pulang sebelum waktunya dengan alasan keluarga atau kepentingan lain seperti kuliah.
3. Tidak terpusatnya pelayanan untuk pasien psikiatri akut sehingga ruangan lain boleh merawat pasien dengan psikiatri akut walau dengan tenaga keperawatan yang juga tidak memiliki kompetensi untuk ruangan PICU
4. RSJ Dr. Soeharto Heerdjan sebagai rumah sakit rujukan jiwa memiliki jumlah pasien jiwa yang cukup banyak dan mayoritas dalam kondisi sedang sampai dengan berat.
5. Perawat yang tidak terlalu memahami penilaian Respon Umum Fungsi Adaptif yang digunakan untuk menilai keadaan pasien dan menentukan ruangan perawatan yang sesuai serta asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien.
6. Terdapat perawat yang telah mengikuti cukup banyak pelatihan dan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup baik tetapi kurang mendapatkan kesempatan untuk membuktikan kemampuan yang dimiliki.
7. Hanya terdapat 3 ruangan yang menerapkan MPKP. Pelayanan keperawatan pada ruangan MPKP yang telah terstruktur dan terencana akan membantu seorang perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kinerja perawat meningkat
8. Banyaknya perawat yang kurang bergairah dalam bekerja dan hal ini terlihat dari kurangnya inisiatif perawat dalam melakukan interaksi dengan pasien yang menjadi bagian penting dalam terapi untuk pasien gangguan jiwa dan pada saat observasi dilakukan masih banyak terlihat perawat yang

tidak melakukan tindakan keperawatan baik terapi maupun dokumentasi keperawatan di dalam ruangan keperawatan.

9. Kompetensi atau kemampuan perawat yang tidak terlalu diperhitungkan saat melakukan penempatan kerja perawat.
10. Mayoritas perawat berpendidikan D3 keperawatan yaitu sebanyak 120 orang perawat. Perawat yang berpendidikan SPK sebanyak 19 orang, S1 keperawatan hanya berjumlah 19 orang perawat dan S2 keperawatan berjumlah 1 orang
11. Pengadaan pelatihan yang tidak merata dan diberikan tidak tergantung kebutuhan atau penilaian kinerja terlebih dahulu. Banyak perawat yang sudah bekerja lebih dari satu tahun tetapi belum mendapatkan pelatihan.
12. Insentif yang kurang memadai terutama untuk perawat yang berada diruangan yang telah menerapkan MPKP atau ruangan *Psychiatric Intensive Care Unit* yang memerlukan keterampilan dan pengetahuan khusus dari perawat.
13. Kurangnya dukungan manajemen terhadap penerapan MPKP dikarenakan kurangnya pemahaman akan MPKP dari pihak manajemen

Dari beberapa masalah diatas terdapat beberapa faktor utama penyebab menurunnya kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan. Masalah tersebut meliputi masalah kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP yang dinilai berpengaruh terhadap kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

1.3. Batasan Masalah

Pembatasan masalah diambil dari beberapa masalah utama yang terjadi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang terkait dengan kompetensi perawat, jenis kelamin perawat dan kondisi pasien terhadap kinerja perawat di ruangan MPKP dan non MPKP. Adapun batasan masalah tersebut adalah :

1. Penempatan perawat yang tidak berdasarkan uji kompetensi terutama untuk jabatan seperti ketua tim dan kepala ruangan. Juga tidak adanya pertimbangan kompetensi perawat dalam bekerja menyebabkan banyak

perawat tidak mengerti akan tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya untuk perawat dalam ruangan tertentu seperti ruangan Psychiatri Intensive Care unit dimana perawatnya sangat memerlukan keterampilan dan pengetahuan khusus.

2. Jumlah perawat pria lebih sedikit dibandingkan perawat wanita dan hal ini kemungkinan berpengaruh terhadap kinerja perawat pada umumnya karena terdapat persepsi bahwa di RSJ diperlukan lebih banyak perawat laki-laki untuk mengatasi pasien psikiatri terutama pasien psikiatri akut. Berdasarkan observasi diketahui bahwa beberapa perawat wanita cenderung memiliki frekuensi terlambat masuk, absen atau pulang sebelum waktunya dengan alasan keluarga atau kepentingan lain seperti kuliah.
3. RSJ Dr. Soeharto Heerdjan sebagai rumah sakit rujukan jiwa memiliki jumlah pasien jiwa yang cukup banyak dan mayoritas dalam kondisi sedang sampai dengan berat.
4. Hanya terdapat 3 ruangan yang menerapkan MPKP. Pelayanan keperawatan pada ruangan MPKP yang telah terstruktur dan terencana akan membantu seorang perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kinerja perawat meningkat

Pembatasan masalah tersebut diambil juga karena keterbatasan waktu, sumber daya dan ijin yang diberikan kepada penulis untuk melakukan penelitian. Dengan memperhatikan kondisi tersebut, penulis bermaksud untuk melihat pengaruh kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP dengan kinerja perawat untuk ruangan yang sudah menerapkan MPKP dan yang belum menerapkan MPKP (non MPKP) di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

1.4. Rumusan Masalah

Rumusan masalah akan melihat apakah ada hubungan kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP dengan kinerja perawat di ruangan perawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan baik yang telah menerapkan MPKP atau yang belum menerapkan MPKP.

Rumusan masalah tersebut adalah :

1. Bagaimana gambaran kompetensi perawat, distribusi perawat menurut jenis kelamin , kondisi pasien serta penerapanMPKP dan kinerja perawat di ruang rawat inap RSJ. Dr. Soeharto Heerdjan ?
2. Apakah terdapat pengaruh kompetensi perawat, distribusi perawat menurut jenis kelamin, kondisi pasien serta penerapan MPKP terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSJ. Dr. Soeharto Heerdjan ?
3. Faktor apakah yang paling dominan dalam mempengaruhi kinerja perawat diruang perawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan ?

1.5. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui gambaran kompetensi perawat, distribusi perawat menurut jenis kelamin, kondisi pasien serta penerapan MPKP dengan kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.
2. Untuk mengetahui pengaruh kompetensi perawat, distribusi perawat menurut jenis kelamin, kondisi pasien serta penerapan MPKP terhadap kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.
3. Untuk mengetahui faktor yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

1.6. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk penulis, RSJ Dr. Soeharto Heerdjan khususnya bidang keperawatan, Universitas Esa Unggul dan bagi penelitian selanjutnya.

Manfaat bagi penulis adalah :

1. Dapat melihat gambaran kompetensi perawat, distribusi jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP dengan kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

2. Dapat menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dari keempat variabel yang diteliti serta menentukan faktor yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap kinerja perawat
3. Penulis dapat melihat aspek positif dari penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa di RSJ.Dr. Soeharto Heerdjan

Manfaat bagi bidang keperawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah :

1. Melihat kelebihan dari penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional yang ada di ruangan perawatan MPKP berdasarkan nilai kinerja perawat di ruangan perawatan tersebut.
2. Dapat menggunakan hasil penelitian sebagai salah satu bahan pertimbangan untuk rencana implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional di seluruh ruangan perawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.
3. Dapat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat sehingga pihak manajemen dapat melakukan perbaikan-perbaikan yang perlu dilakukan terkait dengan faktor-faktor tersebut.
4. Agar pihak manajemen mendukung untuk pelatihan dan pengembangan sumber daya manusia khususnya perawat agar lebih kompeten dalam menerapkan MPKP yang bermanfaat dalam tugas memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik.
5. Meyakinkan pihak manajemen bahwa penerapan MPKP dalam ruangan perawatan akan berdampak pada peningkatan kinerja perawat dan berdampak pula pada peningkatan mutu pelayanan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan sehingga MPKP perlu diterapkan untuk seluruh ruangan perawatan yang ada.

Manfaat bagi Universitas Esa Unggul adalah :

1. Dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan khususnya dalam bidang manajemen keperawatan terkait dengan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional.
2. Sebagai bahan perbandingan untuk penelitian selanjutnya yang terkait dengan manajemen keperawatan.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Kajian Teori

2.1.1.Kompetensi

2.1.1.1. Pengertian Kompetensi

Saat ini banyak organisasi yang menggunakan pengembangan sumber daya manusia berbasis kompetensi. Hal ini dilakukan agar sumber daya manusia tersebut mampu memberikan hasil yang sesuai dengan tujuan dan sasaran organisasi dengan standar kinerja yang telah ditetapkan. Kompetensi merupakan faktor kunci penentu bagi seseorang untuk menghasilkan kinerja yang sangat baik. Dalam situasi kolektif, kompetensi merupakan faktor kunci penentu keberhasilan suatu organisasi.[4] Kompetensi menyangkut kewenangan setiap individu untuk melakukan tugas atau mengambil keputusan sesuai dengan perannya dalam organisasi yang relevan dengan keahlian, pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki. Kompetensi yang dimiliki seseorang harus mampu mendukung pelaksanaan strategi organisasi dan mendukung perubahan yang dilakukan manajemen.

Untuk mengidentifikasi kompetensi yang diperlukan maka individu harus mengerti tentang tujuan organisasi dan langkah-langkah strategis yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi serta mengidentifikasi pekerjaan-pekerjaan yang mempunyai dampak paling besar terhadap kinerja organisasi.

Kata kompetensi mempunyai kata dasar kompeten yang berarti cakap, mampu atau terampil.[5] Secara umum kompetensi adalah tingkat keterampilan, pengetahuan, dan tingkah laku yang dimiliki oleh seseorang individu dalam melaksanakan tugas organisasi yang dibebankan kepada

---

[4] Rivai,V.H dan Sagala, J.E. 2009. Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan ed 2. Rajawali Pers. Jakarta.h.304

[5] Ibid h.299

pekerja.[6] Konsep kompetensi modern diperkenalkan pada tahun 1970-an dan pada tahun 1973 David McClelland seorang profesor dari Harvard University dalam artikel yang berjudul " *Testing for competence rather for intelligence* " menyimpulkan bahwa tes potensi akademik tidak mempunyai korelasi signifikan terhadap unjuk kerja seseorang. McClelland memfokuskan penelitiannya kepada pengukuran karakteristik seseorang yang mempunyai dampak langsung terhadap prestasinya dan karakter inilah yang akhirnya disebut McClelland sebagai kompetensi.

McClelland mendefinisikan kompetensi sebagai karakter yang mendasar yang dimiliki seseorang yang berpengaruh langsung terhadap, atau dapat memprediksikan kinerja yang sangat baik.[7] Kompetensi juga diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menghasilkan pada tingkat yang memuaskan ditempat kerja. Termasuk diantaranya adalah untuk mengaplikasikan keterampilan, kemampuan, pengetahuan serta menunjukan karakteristik pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki dan dibutuhkan individu untuk memampukan individu tersebut untuk melakukan tugas dan tanggung jawab secara efektif serta meningkatkan standard kualitas proesional dalam pekerjaan mereka.

Wayne Mondy dalam buku Manajemen Sumber Daya Manusia mengatakan bahwa kompetensi meliputi sekumpulan luas pengetahuan, keterampilan, sifat dan perilaku yang bisa bersifat teknis, berkaitan dengan keterampilan antar pribadi atau berorientasi bisnis.

Menurut Michael Armstrong dan Angela Baron sebelum adanya kompetensi, harus terdapat kemampuan (*competence)* yang menggambarkan apa yang dibutuhkan seseorang agar mampu melaksanakan pekerjaan dengan baik. Kemampuan ini memberikan perhatian kepada akibat dari usaha yang dilakukan dan hasil yang diperoleh terhadap masukkan.

---

[6] Wibowo. 2010. Budaya Organisasi. Rajawali Pers. Jakarta. h.266

[7] Rivai,V.H dan Sagala, J.E. 2009. Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan ed 2. Rajawali Pers. Jakarta.h.299

Maka kompetensi menurut Michael Armstrong dan Angela Baron lebih mengacu kepada dimensi-dimensi perilaku sehingga sering disebut sebagai kompetensi perilaku yaitu bagaimana seseorang dapat berperilaku ketika melakukan perannya dengan baik.

Spencer,L.M, Jr dan Spencer, S.M. mendefinisikan kompetensi sebagai suatu karakteristik dasar dari seseorang individu yang secara sebab akibat berhubungan dengan referensi ukuran efektif. Referensi ukuran efektif atau *criterion reference* berarti bahwa kompetensi pada dasarnya memprediksikan siapa yang kinerja baik atau jelek, seperti diukur pada kinerja yang spesifik atau standar.

Karakteristik dasar berarti kompetensi itu merupakan bagian dari kemampuan untuk bertahan dari kepribadian seseorang dan dapat memprediksi perilaku dalam situasi dan pekerjaan yang lebih luas. Sedangkan hubungan sebab akibat menjelaskan adanya hubungan kompetensi yang menyebabkan atau memprediksikan perilaku dan kinerja.

Dari beberapa pengertian kompetensi tersebut diatas, maka dapat di simpulkan bahwa kompetensi adalah kemampuan menjalankan tugas atau pekerjaan yang dilandasi oleh pengetahuan, keterampilan dan didukung oleh sikap yang menjadi karakteristik individu dengan memenuhi standar yang telah disepakati bersama didalam sebuah organisasi.

Terdapat tiga faktor yang menyebabkan keberhasilan suatu organisasi, yaitu kompetensi kepemimpinan, kompetensi pekerja dan tingkatan dimana budaya korporasi memperkuat dan memaksimalkan kompetensi.

2.1.1.2. Faktor-Faktor Kompetensi

Sejalan dengan definisi kompetensi tersebut, maka terdapat beberapa faktor yang mendukung kompetensi. Faktor-faktor ini yang akan menjadi kapabilitas seseorang sehingga individu tersebut mempunyai kompetensi.

Faktor-faktor tersebut merupakan gabungan dari sifat pribadi, keterampilan dan pengetahuan yang meliputi :

1. Sifat-sifat pribadi yang merupakan karakteristik dan kualitas seseorang yang dibawa ketempat kerja, seperti kejujuran, empati, stamina individu
2. Keterampilan merupakan keterampilan kerja yang dibutuhkan dalam bidang tugas masing-masing
3. Pengetahuan yaitu sesuatu yang dibutuhkan seseorang untuk menerapkan sifat dan keterampilannya secara efektif

Sifat pribadi, keterampilan dan pengetahuan ini akan menjadi satu kesatuan yang akan menjadikan seseorang mempunyai kecakapan dalam pekerjaannya sehingga mampu untuk memberikan hasil terbaik sesuai dengan standar organisasi yang telah disepakati bersama. Faktor-faktor tersebut juga dapat dijadikan indikator untuk menilai tahap prestasi para pekerja berada pada tahap prestasi tertinggi dan juga menilai keefektifan seorang pekerja tersebut.

2.1.1.3. Karakteristik Kompetensi

Lyle M. Spencer et al memberikan lima karakteristik dasar dari sebuah kompetensi. Kelima karakteristik dasar tersebut meliputi :

1. Motif, yang didefinisikan sebagai sesuatu yang terus menerus diinginkan dan dipikirkan oleh seseorang sehingga mendorong seseorang tersebut untuk melakukan tindakan.
2. Sifat, yang merupakan karakteristik fisik dan respon yang konsisten terhadap situasi dan informasi.
3. Konsep diri yang merupakan perilaku, nilai-nilai yang dianut seseorang dan kesan pribadi seseorang.
4. Pengetahuan yaitu informasi mengenai seseorang yang memiliki bidang substansi tertentu.
5. Keahlian yang merupakan kemampuan untuk melaksanakan tugas dan mental tertentu

McClelland berpendapat bahwa kompetensi bisa dianalogikan seperti gunung es dengan keterampilan dan keahlian pada puncaknya sedangkan peran sosial, citra diri, trait dan motif berada pada bagian dasar gunung es tersebut yang tak terlihat. Secara lebih terperinci, karakteristik kompetensi menurut McClelland terdiri atas :

1. Keterampilan : yaitu keahlian atau kecakapan melakukan sesuatu dengan baik.
2. Pengetahuan : yaitu informasi yang dimiliki atau dikuasai seseorang dalam bidang tertentu.
3. Peran sosial : citra yang diproyeksikan seseorang kepada orang lain.
4. Citra diri : adalah persepsi individu tentang dirinya.
5. Trait : yaitu karakteristik yang relatif konstan pada tingkah laku seseorang.
6. Motif : adalah pemikiran atau niat dasar yang konstan yang mendorong individu untuk bertindak atau berperilaku.

Menurut McClelland keterampilan dan pengetahuan lebih mudah untuk dikenali dan relatif lebih mudah untuk dibentuk dan dikembangkan melalui proses belajar dan pelatihan yang relatif singkat. Sebaliknya peran sosial, citra diri dan motif lebih sulit untuk diidentifikasi serta membutuhkan waktu lebih lama untuk memperbaiki atau mengembangkannya.[8]

Fenomena kompetensi adalah seperti gunung es, yaitu yang tampat pada permukaan hanyalah keterampilan dan pengetahuan, sedangkan yang tidak tampak meliputi motif, sifat dan konsep diri.

Michael Armstrong dan Angela Baron mengklasifikasikan kompetensi menjadi tiga tingkatan yaitu :

1. Kompetensi inti *(core competence)* adalah kompetensi yang harus dimiliki oleh semua orang secara menyeluruh dalam suatu organisasi.

[8] Ibid h. 302

2. Kompetensi generik *(generic competence)* disebut juga kompetensi fungsional karena kompetensi ini harus dimiliki oleh semua orang yang memiliki pekerjaan yang sama.
3. Kompetensi peran spesifik *(role-spesific competence)* disebut juga sebagai kompetensi manajerial yaitu kompetensi khusus untuk suatu peran yang unik atau spesifik sehingga dapat melakukan suatu tugas tertentu dalam suatu organisasi.

2.1.2. Kondisi Pasien

2.1.2.1. Tanda dan Gejala Penyakit Psikiatrik

Tanda dan gejala penyakit psikiatrik terbagi atas :

1. terdapat gangguan tingkat kesadaran yang terbagi atas :
   a. gangguan kesadaran seperti disorientasi, pengaburan kesadaran, stupor atau hilangnya reaksi terhadap lingkungan, delirium (kegelisahan, kebingungan, reaksi disorientasi yang disertai halusinasi dan rasa takut), koma, koma vigil, gangguan kesadaran dengan halusinasi, keadaan seperti mimpi, mengantuk yang abnormal (somnolen).
   b. Gangguan atensi, yaitu gangguan mempertahankan perhatian pada satu aktivitas atau kemampuan untuk berkonsentrasi.
   c. Gangguan sugestibilitas, yaitu kepatuhan dan respon yang tidak kritis terhadap gagasan atau pengaruh.
2. Gangguan emosi yaitu suatu kompleks keadaan perasaan dengan komponen psikis, somatik dan perilaku yang berhubungan dengan afek dan mood, gangguan emosi yang lain dan ganguan psikologis yang berhubungan dengan mood. Gangguan afek adalah ekspresi emosi yang terlihat tidak konsisten dengan emosi yang dikatakan oleh pasien. Sedangkan mood adalah emosi yang meresap dan dipertahankan, yang dialami secara subjektif dan dilaporkan oleh pasien dan terlihat oleh orang lain seperti depresi, elasi atau kemarahan. Gangguan emosi yang lain yang sering ditemukan adalah

panik, kecemasan, apati, ambivalensi, abreaksional, rasa malu dan rasa bersalah yang berlebihan. Gangguan psikologis yang berhubungan dengan mood adalah tanda disfungsi somatik pada seseorang yang sering berhubungan dengan depresi dan sering disebut sebagai tanda vegetatif. Gejala dari gangguan ini adalah hilang atau menurunnya nafsu makan (anoreksia), meningkatnya nafsu makan yang berlebihan (hiperfagia),hilang atau menurunnya kemampuan untuk tidur (insomnia), tidur berlebihan (hipersomnia), mood yang secara teratur terburuk pada pagi hari, segera setelah terbangun, dan membaik dengan semakin siangnya hari (variasi diurnal), penurunan minat, dorongan, dan daya seksual (penurunan libido) serta ketidakmampuan atau kesulitan defekasi (konstipasi).

3. Gangguan perilaku motorik (konasi) yaitu aspek jiwa yang termasuk impuls, motivasi, harapan, dorongan, insting dan idaman seperti yang diekspresikan oeh perilaku atau aktivitas motorik seseorang. Gangguan prilaku motorik ini terlihat dalam keadaan seperti meniru pergerakan yang aneh, mempertahankan posisi secara terus menerus dalam waktu yang lama, tindakan fisik atau bicara yang terfiksasi dan berulang, dan beberapa tindakan yang tak terkontrol.
4. Gangguan berpikir yaitu aliran gagasan, simbol dan asosiasi yang diarahkan oleh tujuan dimulai oleh suatu masalah atau suatu tugas dan mengarah pada kesimpulan yang berorientasi kenyataan. Jika terjadi urutan yang logis, berpikir adalah normal sedangkan tergelincir dari logis yang termotivasi secara tidak disadari juga disebut plesetan menurut Freud (parapraksis) diangggap sebagai bagian dari berpikir yang normal. Gangguan berpikir terbagi atas :
   a. Gangguan umum dalam bentuk atau proses berpikir. Yang termasuk dalam gangguan umum ini adalah gangguan mental, psikosis (tidak mampu membedakan kenyataan dari fantasi), gangguan pikiran formal, berpikir tidak logis, Dereisme (aktifitas

mental yang tidak sesuai logika atau pengalaman), Autistik, dan Berpikir magis.

b. Gangguan spesifik pada bentuk pikiran. Yang termasuk dalam gangguan spesifik ini adalah penciptaan kata-kata baru oleh pasien (neologisme), campuran kata dan frasa yang membingungkan (word salad), bicara yang tidak langsung yang lambat dalam mencapai tujuan (sirkumstansialitas), ketidakmampuan mempunyai asosiasi pikiran yang diarahkan oleh tujuan (tangensialitas), pembicaraan yang tidak logis (inkoherensi), respon terhadap stimulus sebelumnnya yang menetap setelah stimulus baru diberikan (Persevrasi), pengulangan kata-kata, jawaban yang tidak relevan, aliran pikiran dimana gagasan bergeser dari satu subyek ke subyek lain dengan cara yang tidak berhubungan, flight of ideas, terputusnya aliran berpikir secara tiba-tiba (blocking), ekspresi dan pesan yang relevan melalui kata-kata yang tidak dapat dipahami (Glossolalia).

c. Gangguan spesifik pada isi pikiran. Yang termasuk kategori ini adalah kemiskinan isi pikiran, gagasan yang berlebihan, waham, pemusatan isi pikiran pada ide tertentu, obsesi, kebutuhan patologis untuk melakukan suatu impuls yang jika ditahan akan menyebabkan kecemasan, pengungkapan secara kompulsif dari kata-kata yang cabul (koprolalia), fobia, noesis, unio mystica.

d. Gangguan bicara, termasuk di dalamnya gangguan berbicara dan gangguan pengeluaran bahasa.

e. Gangguan persepsi, termasuk didalamnya adalah halusinasi dan ilusi, ketidakmampuan untuk mengenali dan menginterpretasikan kesan sensoris.

f. Gangguan daya ingat

g. Gangguan intelegensia

2.1.2.2. Klasifikasi Internasional Psikiatrik

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi keempat atau disingkat menjadi DSM-IV adalah klasifikasi gangguan mental yang paling baru. DSM-IV mencoba menggambarkan manifestasi dari gangguan mental dan menjelaskan bagaimana gangguan tersebut terjadi. Definisi gangguan biasanya mengandung deskripsi gambaran klinis.

Kriteria diagnostik disediakan untuk semua gangguan mental, dan mengandung suatu daftar ciri-ciri yang harus didapatkan untuk membuat suatu diagnosa. DSM-IV adalah suatu sistem multiaksial yang menilai pasien dalam beberapa variabel dan mempunyai lima aksis, yaitu :

1. Aksis I : gangguan klinis dan kondisi lain yang mungkin merupakan pusat perhatian klinis.
2. Aksis II : gangguan kepribadian dan retardasi mental
3. Aksis III : gangguan fisik atau kondisi medis umum yang ditemukan selain gangguan mental.
4. Aksis IV : digunakan untuk memberi kode pada masalah psikologis dan lingkungan yang secara bermakna berperan pada perkembangan atau eksaserbasi gangguan sekarang.
5. Aksis V : merupakan skala penilaian global terhadap fungsi atau *Global Assessment of Functioning* (GAF). Dalam aksis V ini keseluruhan tingkat fungsional pasien dianalisis selama periode tertentu. Fungsional dimengerti sebagai kesatuan dari tiga bidang utama yaitu fungsi sosial, fungsi pekerjaan dan fungsi psikologis. .

Selain klasifikasi menurut DSM, klasifikasi tingkat kondisi pasien atau tingkat keparahan pasien jiwa menurut Kaplan dan Sadock (2010) terbagi atas gangguan ringan, sedang, berat, dalam kondisi remisi parsial, dan remisi penuh.

Gangguan ringan jika terdapat beberapa gejala yang diperlukan untuk membuat diagnosis dan gejala ini tidak menyebabkan lebih dari gangguan ringan dalam fungsi sosial atau pekerjaan.

Gangguan sedang jika pada pasien tersebut terdapat gejala atau gangguan fungsional yang berada antara ringan dan berat. Dikatakan gangguan berat apabila terdapat banyak gejala yang diperlukan untuk membuat diagnosis atau terdapat gejala yang jelas dapat menyebabkan gangguan dalam fungsi sosial dan pekerjaan.

Remisi parsial adalah jika masih terdapat beberapa gejala yang tertinggal dari beberapa gejala yang sebelumnya, sedangkan remisi penuh adalah tidak ada lagi gejala atau tanda dari gangguan, tetapi secara klinis masih relevan dengan gangguan yang dimaksud.

Pasien dengan gangguan psikiatrik tidak semuanya harus menjalani perawatan di rumah sakit. Indikator pasien gangguan psikiatrik yang harus dirawat di rumah sakit adalah :

1. *Destructiveness* atau mempunyai kecenderungan untuk bunuh diri atau membunuh orang lain.
2. *Disorganization* yaitu ketidakmampuan pasien untuk merawat dirinya sendiri.
3. *Dysphoria* yaitu mengalami depresi yang berat.
4. *Disorientation* yaitu kelainan mental organik yang berat.
5. *Deviancy* yaitu terdapat problem psikiatrik yang menyebabkan kejahatan superfisial.
6. *Detoxyfication* yaitu gejala yang timbul akibat putus obat atau alkohol.
7. Permintaan dokter yang menangani

2.1.3. Model Praktik Keperawatan Profesional

2.1.3.1. Pengertian Keperawatan

Pengertian keperawatan di definisikan berdasarkan cara pandang dan titik penekanannya. Florence Nightingale (1859) memandang keperawatan sebagai tindakan non kuratif, yaitu mengkondisikan pasien dalam keadaan

terbaik secara alami melalui penyediaan lingkungan yang kondusif untuk terjadinya proses reparatif. [9]

Sedangkan Virginia Henderson (1966) memandang keperawatan sebagai kegiatan membantu individu sehat atau sakit dalam melakukan upaya aktifitas untuk membuat individu tersebut sehat atau sembuh dari sakit atau meninggal dengan tenang jika pasien tersebut tidak dapat disembuhkan. Dengan kata lain keperawatan dapat dipandang sebagai upaya membantu individu untuk melakukan apa yang seharusnya dilakukan apabila ia mempunyai cukup kekuatan, keinginan atau pengetahuan. Martha E. Rogers (1970) juga mempunyai pandangan tentang keperawatan yang lain. Ia memandang bahwa keperawatan adalah ilmu humanistis tentang kepedulian dalam mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan perhatian terhadap rehabilitasi individu yang sakit atau yang cacat.[10]

Keperawatan dipandang oleh American Nurses Association (1980) sebagai suatu diagnosis dan terapi tentang respons manusia terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Berdasarkan beberapa pandangan tentang keperawatan tersebut, maka kelompok kerja keperawatan atau KDIK pada tahun 1990 mendefinisikan bahwa layanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang meliputi pelayanan bio-psikososio-spiritual yang komprehensif dan ditujukan untuk individu, keluarga dan masyarakat baik yang dalam keadaan sakit maupun sehat serta mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Pelayanan keperawatan menurut WHO Expert Committee on Nursing (1982) didefinisikan sebagai suatu gabungan humanistik dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu sosial. Hal ini dipertegas lagi dalam WHO Expert Committee on Nursing

---

[9] Potter,P.A and or Perry,A.G. 2009. Fundamental Keperawatan (terjemahan). Penerbit Salemba Medika. Jakarta. h.2

[10] Sitorus,R.2006. Model Praktik Keperawatan Profesional. EGC. Jakarta. h.6

Practice (1996) yang menyatakan bahwa keperawatan adalah ilmu dan seni sekaligus. Disebutkan bahwa pelayanan keperawatan bertugas membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai potensi optimal di bidang fisik, mental dan sosial dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaannya.[11]

Dari seluruh definisi tentang keperawatan diatas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa keperawatan adalah suatu tindakan yang menggabungkan humanistik dan ilmu pengetahuan untuk membantu seseorang yang dalam keadaan sakit atau sehat untuk mencapai suatu derajat kesehatan yang optimal baik fisik, mental dan sosial bahkan dapat membantu seseorang yang menghadapi kematian, agar seseorang dapat meninggal dengan tenang karena suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan.

2.1.3.2. Sifat dan Karakteristik Keperawatan

Proses keperawatan tersebut mempunyai sifat dan karakter yang dapat membantu pencapaian tujuan proses keperawatan. Sifat dan karakter inilah yang nantinya akan menjadi acuan perawat untuk melaksanakan proses keperawatan.

Sifat dan karakter proses keperawatan tersebut meliputi :

a. Proses keperawatan harus dinamis. Artinya setiap proses keperawatan harus dapat melakukan perubahan sesuai dengan situasi dan kondisi pasien.
b. Proses keperawatan berjalan sesuai siklus atau berulang**.**
c. Adanya saling ketergantungan antar proses keperawatan**.**
d. Adanya fleksibilitas.
e. Mempunyai sifat individual, artinya proses keperawatan itu tergantung pada kebutuhan pasien**.**
f. Terencana**.**
g. Mengarah pada tujuan**.**

[11] Aditama,T. 2007. Manajemen Administrasi Rumah Sakit ed 2. UI-Press. Jakarta. h.75

h. Membuka kesempatan bagi perawat untuk menerapakan fleksibilitas dan kreativitas seoptimal mungkin untuk merancang cara memecahkan masalah kesehatan pasien**.**
i. Menekankan umpan balik, yaitu memberikan umpan arahan pada pengkajian ulang masalah atau memperbaiki rencana asuhan keperawatan**.**
j. Melakukan validasi terhadap setiap masalah

2.1.3.3. Manajemen Keperawatan

Menurut Gillies yang dikutip oleh Nursalam manajemen keperawatan didefinisikan sebagai suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional.[12]

Muninjaya seperti yang dikutip oleh Chanafie dalam diktat kuliah manajemen keperawatan Universitas Esa Unggul mendefinisikan manajemen keperawatan sebagai gabungan ilmu dan seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.[13]

Manajemen keperawatan dalam rumah sakit adalah tindakan perawat yang meliputi penanganan administratif pasien seperti pengurusan pasien saat masuk ke rumah sakit, pengisian dokumen catatan medik dan membuat penjadwalan proses pemeriksaan dan pengobatan pasien. Selain itu dalam manajemen keperawatan, seorang perawat membuat penggolongan pasien sesuai dengan berat atau ringannya penyakit dan kemudian mengatur pekerjaan perawat secara optimal sekaligus memonitor mutu pelayanan kepada pasien serta melakukan manajemen ketenagaan dan logistik keperawatan yang meliputi *staffing, schedulling, assigment* dan *budgeting.*

Manajemen Keperawatan menurut Gillies yang dikutip dari buku Manajemen Administrasi Rumah sakit karangan Tjandra Yoga Adhitama

[12] Nursalam. 2007. Manajemen Keperawatan ed 2. Salemba Medika. Jakarta. H.49

[13] Chanafie, D. 2010. Diktat Manajemen Keperawatan Universitas Esa Unggul. Jakarta.h.2

didefinisikan sebagai suatu tugas khusus yang harus dilaksanakan pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengerakkan serta mengawasi sumber-sumber yang ada. Sumber daya tersebut mencakup Sumber Daya Manusia dan Dana sehinggga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif baik pada pasien, keluarga dan masyarakat. [14]

Berdasarkan definisi-definisi tersebut, maka manejemen keperawatan adalah suatu proses manajemen yang dilakukan oleh anggota staf keperawatan yang dilakukan dengan merencanakan, mengorganisasikan dan menggunakan sumber daya manusia secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Oleh sebab itu pelayanan keperawatan mempunyai tujuan yaitu dapat meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan rumah sakit, meningkatkan penerimaan masyarakat akan pelayanan keperawatan, mendidik perawat agar profesional dan bertanggung jawab, dapat meningkatkan hubungan dengan pasien atau keluarganya dan masyarakat, meningkatkan kegiatan umum untuk menciptakan kepuasan pasien, mampu meningkatkan komunikasi antar staf serta mampu meningkatkan produktifitas dan kualitas kerja staf.

2.1.3.4. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Model praktik keperawatan profesional atau MPKP adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur dan pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan.[15]

Model Praktik Keperawatan Profesional adalah bentuk dari pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan dengan menggunakan nilai-nilai profesionalisme atau pelayanan prima keperawatan yang dapat

[14] Suarli, S. 2002. Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis. Erlangga. Jakarta h. 75

[15] Sitorus,R. 2006. Model Praktik Keperawatan di Rumah Sakit. EGC. Jakarta. h. 45

meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit. Untuk mengimplementasikan Manajemen Keperawatan yang optimal, diperlukan suatu metode pelaksanaan yang tepat sasaran, dapat diaplikasikan dan memberikan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan. Saat ini metode manajemen keperawatan mengarah kepada metode Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).

Model Praktik Keperawatan Profesional mempunyai empat pilar profesional yang menjadi pedoman pelaksanaan MPKP yaitu :

1. Pendekatan manajemen *(Management approach).*
2. Kompensasi dan penghargaan *(Compensatory reward).*
3. Hubungan profesional *(Professional relationship).*
4. Manajemen asuhan keperawatan *(Patient care delivery)*

a. Pendekatan Manajemen

Di dalam ruangan MPKP, pendekatan manajemen diterapkan dalam bentuk fungsi manajemen yang meliputi perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pengarahan (directing) dan pengendalian (controlling).

Perencanaan

Definisi yang paling umum tentang perencanaan mengatakan bahwa perencanaan adalah usaha sadar dan pengambilan keputusan yang telah diperhitungkan secara matang tentang hal-hal yang akan dikerjakan dimasa depan dalam dan oleh suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.[16]

Kegiatan perencanaan dalam praktik keperawatan profesional merupakan upaya untuk meningkatkan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan sehingga mutu pelayanan bukan saja dapat dipertahankan

[16] Siagian, S. 2010. Fungsi-Fungsi Manajerial edisi revisi. PT Bumi Aksara. Jakarta. h. 36

tetapi juga dapat terus meningkat sampai tercapai derajat tertinggi bagi penerima jasa pelayanan itu sendiri.[17]

Jenis perencanaan dalam model praktik keperawatan profesional terdiri dari perencanaan jangka pendek, jangka menengah, dan jangka pendek. Rencana jangka panjang adalah perencanaan strategis yang disusun untuk 5 hingga 10 tahun kedepan. Rencana jangka menengah disusun untuk kurun waktu 1 hingga 5 tahun kedepan sedangkan rencana jangka pendek disusun untuk kurun waktu 1 jam hingga 1 tahun.

Kegiatan perencanaan yang dilakukan dalam ruangan MPKP meliputi perumusan visi, misi, filosofi dan kebijakan. Selain itu, untuk jenis perencanaan yang diterapkan adalah rencana jangka pendek yang meliputi rencana kegiatan harian, bulanan dan tahunan.

Rencana jangka pendek yang diterapkan dalam ruangan MPKP meliputi rencana harian, bulanan dan tahunan. Rencana harian adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat (kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana) sesuai dengan perannya dan dibuat untuk setiap jadual dinas. Isi dari kegiatan tersebut disesuaikan dengan peran dan fungsi perawat. Rencana harian dibuat sebelum operan jaga dilakukan dan dilengkapi lagi saat dilakukan operan dan *preconference*.

Rencana harian kepala ruangan meliputi asuhan keperawatan, supervisi ketua tim dan perawat pelaksana serta melakukan supervisi terhadap tenaga selain perawat dan melakukan kerjasama dengan unit lain yang terkait. Sedangkan rencana harian ketua tim meliputi penyelenggaraan asuhan keperawatan pasien oleh tim yang menjadi tanggung jawabnya, melakukan supervisi perawat pelaksana, berkolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain serta alokasi pasien sesuai dengan perawat yang berdinas. Rencana harian perawat pelaksana berisi tindakan keperawatan untuk sejumlah pasien yang dirawat pada jadual dinasnya.

Rencana bulanan merupakan rencana tindak lanjut yang dibuat oleh kepala ruangan dan ketua tim. Rencana bulanan yang dibuat oleh kepala

[17] Keliat,B. 2010. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. EGC. Jakarta. h.6

ruangan adalah melakukan evaluasi hasil keempat pilar MPKP pada akhir bulan dan berdasarkan evaluasi tersebut kepala ruangan akan membuat rencana tindak lanjut untuk meningkatkan kualitas hasil. Kegiatan yang mencakup rencana bulanan kepala ruangan adalah membuat jadual dan memimpin *case conference*, membuat jadual dan memimpin pendidikan kesehatan untuk kelompok keluarga, membuat jadual dinas, membuat jadual petugas untuk terapi aktivitas kelompok (TAK), membuat jadual dan memimpin rapat tim kesehatan, membuat jadual supervisi dan penilaian kinerja ketua tim serta perawat pelaksana, melakukan audit dokumentasi dan membuat laporan bulanan.

Sedangkan rencana bulanan yang dilakukan ketua tim adalah melakukan evaluasi tentang keberhasilan kegiatan yang dilakukan oleh tim nya. Kegiatan rencana bulanan ketua tim meliputi mempresentasikan kasus dalam *case conference*, memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga serta melakukan supervisi perawat pelaksana.

Rencana tahunan hanya dilakukan oleh kepala ruangan yaitu dengan melakukan evaluasi kegiatan di dalam ruangan MPKP selama satu tahun dan menjadikannya acuan rencana tindak lanjut dan penyusunan rencana tahunan berikutnya. Rencana kegiatan tahunan yang dilakukan oleh kepala ruangan MPKP adalah membuat laporan tahunan yang berisi tentang kinerja MPKP baik proses kegiatan empat pilar MPKP serta evaluasi mutu pelayanan, melaksanakan rotasi tim, melakukan pembinaan terkait dengan materi MPKP khusus kegiatan yang memiliki pencapaian rendah dan hal ini bertujuan untuk mempertahankan kinerja yang telah dicapai MPKP bahkan meningkatkan dimasa mendatang. Hal lain yang dilakukan adalah kepala ruangan melakukan pengembangan sumber daya manusia dalam bentuk rekomendasi peningkatan jenjang karier perawat, rekomendasi untuk melanjutkan pendidikan formal dan membuat jadual perawat untuk mengikuti pelatihan.

Pengorganisasian

Pengorganisasian atau *organizing* didefinisikan sebagai pengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan, menentukan cara dari pengkordinasian aktivitas yang tepat baik vertikal maupun horizontal serta bertanggung jawab untuk mencapai tujuan.

Pengorganisasian kegiatan dan tenaga perawat di ruangan MPKP menggunakan pendekatan sistem penugasan tim primer keperawatan, yaitu setiap tim bertanggung jawab terhadap sejumlah pasien sedangkan pengorganisasian secara vertikal terdapat kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana. Bentuk pengorganisasian dalam ruangan MPKP meliputi penyusunan struktur organsisasi, daftar dinas ruangan dan daftar pasien.

Penyusunan struktur organisasi dibuat untuk menunjukkan adanya pembagian kerja dan memberikan informasi bagaimana fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda dikoordinasikan. Selain itu struktur organisasi dibuat guna menunjukkan spesialisasi pekerjaan di dalam ruangan MPKP.

Struktur organisasi di dalam ruangan MPKP dibuat dengan menggunakan sistem penugasan tim primer keperawatan. Ruangan dipimpin oleh seorang kepala ruangan yang membawahi dua atau lebih ketua tim yang berperan sebagai perawat primer yang juga membawahi beberapa perawat pelaksana yang memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada sekelompok pasien dalam ruangan tempat mereka memberikan pelayanan kesehatan.

Daftar dinas ruangan mencakup jadual dinas, nama perawat yang bertugas dan nama perawat yang bertanggung jawab dalam jadual dinas tersebut. Daftar dinas disusun berdasarkan tim dan dibuat untuk kurun waktu 1 minggu. Hal ini mempermudah perawat untuk mempersiapkan dan mengetahui tugas yang akan dilakukannya. Setiap tim memiliki anggota yang berdinas pagi, sore dan malam serta yang lepas dinas atau libur.

Daftar pasien berisi informasi tentang nama pasien, nama dokter yang merawatnya, nama perawat ketua tim, nama perawat pelaksana yang bertanggung jawab terhadap pasien yang bersangkutan serta alokasi perawat saat menjalankan dinas pada setiap jadual jaga.

Daftar pasien adalah daftar nama sejumlah pasien yang menjadi tanggung jawab tiap tim selama 24 jam. Setiap pasien dalam ruangan MPKP memiliki perawat pada setiap jadual dinas yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut selama dirawat, sehingga terwujud perawatan pasien yang holistik.

Daftar pasien juga memberikan informasi kepada kolega kesehatan lain dan keluarga agar dapat berkolaborasi tentang perkembangan dan perawatan pasien. Daftar pasien diruangan diisi oleh ketua tim yang bersangkutan sebelum operan dinas pagi ke dinas sore. Alokasi pasien terhadap perawat yang berdinas pagi, sore atau malam dilakukan oleh ketua tim berdasarkan jadual dinas.

Pengarahan

Pengarahan atau *directing* dalah suatu usaha untuk penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya.[18]

Ada beberapa hal yang perlu dilakukan dalam pengarahan dalam ruangan MPKP yaitu menciptakan budaya motivasi, melakukan komunikasi efektif pada operan antar jadual dinas, *preconference* dan *postconference*, manajemen konflik, supervisi serta pendelegasian.

Di dalam ruangan MPKP penciptaan iklim motivasi diterapkan dengan beberapa cara, diantaranya adalah :

a. Pemberian *reinforcement* positif yaitu menguatkan perilaku positif dengan memberikan *reward*. Reward yang dimaksud adalah membudayakan dalam tim untuk membudayakan pemberian pujian yang tulus antar karyawan.

[18] Ibid h.3

b. Melakukan doa bersama sebelum memulai kegiatan yang dilakukan setiap pergantian dinas. Hal ini bertujuan agar timbul kesadaran diri dan dorongan spiritual.
c. Membantu mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah setiap personil dengan cara kepala ruangan mampu untuk berkomunikasi intensif dengan semua staf baik ketua tim maupun perawat pelaksana untuk mempererat hubungan.
d. Melakukan pengembangan jenjang karier dan kompetensi para staf.
e. Melakukan sistem reward yang adil sesuai dengan kinerja yang telah dilakukan staf.

Aktivitas menciptakan iklim motivasi dalam ruangan MPKP dievaluasi oleh kepala ruangan dan ketua tim setiap 6 bulan sekali, dengan menggunakan instrumen evaluasi diri.

Seperti dalam semua organisasi, maka komunikasi juga berperan penting dalam penerapan MPKP di dalam ruangan perawatan. Komunikasi yang tidak akan akan membawa dampak yang tidak baik pula untuk kelangsungan organisasi dalam mencapai tujuan. Komunikasi adalah tukar menukar pikiran, perasaan, pendapat dan saran yang terjadi antar dua manusia atau lebih yang bekerja sama.[19] Terdapat beberapa bentuk komunikasi di dalam ruangan MPKP yaitu operan, *preconference* dan *postconference*.

Operan adalah salah satu bentuk komunikasi antar perawat yang terjadi saat dilakukannya serah terima pekerjaan antara jadual dinas. Perawat yang mempunyai jadual dinas malam melakukan serah terima kepada perawat yang mempunyai jadual dinas pagi. Sedangkan perawat yang memiliki jadual dinas pagi melakukan serah terima kepada perawat yang mempunyai jadual dinas sore. Kedua operan ini dipimpin oeh kepala ruangan. Perawat yang mempunyai jadual dinas sore melakukan serah

[19] Ibid h.28

terima kepada perawat yang mempunyai jadual dinas malam. Operan ini dipimpin oleh perawat yang menjadi penanggung jawab jadual dinas sore.

Preconference adalah komunikasi yang dilakukan antara ketua tim dan perawat pelaksana yang dilakukan setelah perawat-perawat dalam ruangan MPKP melakukan operan. *Preconference* membahas tentang rencana kegiatan perawat dalam jadual dinas tersebut termasuk didalamnya adalah rencana masing-masing perawat (rencana harian) dan rencana tambahan dari ketua tim.

Postconference adalah komunikasi antara ketua tim dan perawat pelaksana yang membahas hasil-hasil kegiatan sepanjang jadual dinas dan dilakukan sebelum dilakukannya operan kepada jadual dinas berikutnya. Dalam *postconference* dibicarakan juga hasil dari asuhan keperawatan dari masing-masing perawat pelaksana dan hal-hal penting apa yang akan disampaikan pada saat operan sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan.

Manajemen konflik juga menjadi salah satu faktor penting yang mendukung penerapan MPKP di ruangan keperawatan. Dalam sebuah organisasi, konflik sangat mungkin terjadi antar individu yang bekerja di suatu tempat yang sama. Konflik ini terjadi karena sekumpulan orang memiliki latar belakang, sifat, karakter dan cara pandang yang berbeda. Ruangan MPKP pun tidak terbebas dari konflik karena alasan-alasan tersebut.

Penangananan konflik dapat berupa melakukan kompetisi atau bersaing, berkolaborasi, menghindar, akomodasi atau berkompromi. Tetapi penyelesaian konflik yang dianjurkan adalah dengan melakukan kolaborasi, karena cara ini dapat untuk memuaskan kedua belah pihak yang sedang mengalami konflik. Pihak yang sedang mengalami konflik didorong untuk menyelesaikan masalah yang mereka hadapi dengan jalan mencari atau menemukan persamaan kepentingan sehingga tidak ada salah satu pihakpun yang merasa dirugikan.

Faktor terakhir yang dilakukan dalam pengarahan untuk penerapan MPKP adalah pendelegasian. Pendelegasian adalah melakukan pekerjaan

melalui orang lain.[20] Pendelegasian sangat diperlukan agar aktivitas organisasi tetap berjalan untuk mencapai tujuan organisasi. Pendelegasian dalam ruangan MPKP dilaksanakan dalam bentuk pendelegasian kepala ruangan kepada Perawat Primer atau Ketua Tim, dan Perawat Primer atau Ketua Tim kepada Perawat Pelaksana atau Perawat Asosiet.

Mekanisme pendelegasian ini adalah pelimpahan tugas dan wewenang, dan dilakukan secara berjenjang. Dalam penerapannya, pendelegasian terbagi atas pendelegasian terencana dan pendelegasian insidental (sewaktu-waktu).

Pendelegasian terencana adalah pendelegasian yang secara otomatis terjadi sebagai konsekuensi sistem penugasan yang diterapkan di ruang MPKP. Sedangkan pendelegasian insidental terjadi jika salah satu personel dalam ruangan MPKP berhalangan hadir. [21]

Beberapa prinsip yang dilakukan di dalam ruangan MPKP untuk pendelegasian adalah sebagai berikut :

a. Pada pendelegasian tugas yang terencana harus menggunakan format pendelegasian tugas dan uraian tugas harus jelas dan terinci baik secara verbal maupun tulisan.
b. Personil yang menerima pendelegasian tugas harus personil yang memiliki kompetensi dan setara dengan kemampuan yang digantikan tugasnya.
c. Pejabat yang mengatur pendelegasian wajib mamantau pelaksanaan tugas dan bersedia menjadi rujukan jika ditemukan adanya kesulitan dalam pelaksanaannya.
d. Setelah pendelegasian selesai, maka dilakukan serah terima tugas yang sudah dilaksanakan beserta hasilnya.

Selain pendelegasian, pendampingan dan pengawasan atau disebut sebagai supervisi dalam melakukan asuhan keperawatan di dalam ruangan

[20] Ibid h.32
[21] ibid h. 33

MPKP juga harus dilakukan agar profesionalisme asuhan keperawatan tetap pada standar rencana keperawatan yang telah disepakati.

Supervisi adalah proses pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan untuk memastikan apakah kegiatan tersebut berjalan sesuai dengan tujuan organisasi dan standar yang telah ditetapkan. Supervisi dilakukan oleh orang yang cakap dalam bidang yang di supervisi.[22] Menurut Siagian (2005) supervisi dipandang sebagai proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi dan sesuai rencana yang telah ditetapkan.

Supervisi tidak bertujuan untuk mencari kesalahan orang lain tetapi bertujuan agar kegiatan yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan organisasi dan menciptakan hasil yang diinginkan sesuai dengan standar mutu profesional yang telah ditetapkan.

Supervisi dilakukan oleh perawat yang memiliki kompetensi dan menguasai nilai-nilai profesionalime yang diterapkan dalam MPKP. Mekanisme supervisi dalam ruangan MPKP ini pun berjenjang artinya kepala seksi keperawatan atau konsultan keperawatan melakukan supervisi terhadap kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana. Kepala ruangan melakukan pengawasan terhadap ketua tim dan perawat pelaksana, dan ketua tim juga melakukan supervisi terhadap perawat pelaksana.

Pengendalian

Pengendalian adalah proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.[23] Fayol (1998) mendefinisikan pengendalian sebagai pemeriksaan mengenai apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, dan prinsip yang telah ditentukan

[22] Ibid h.35
[23] Siagian, S. 2007. Fungsi-Fungsi Manajerial. PT Bumi Aksara. Jakarta. h.125

yang bertujuan menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam pengendalian meliputi penetapan standar dan metode pengukuran prestasi kerja, melakukan pengukuran prestasi kerja, menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar serta mengambil tindakan korektif.

Pengendalian atau *controlling* meliputi pengendalian dalam indikator mutu umum, kondisi pasien dan kondisi SDM. Dalam indikator mutu umum maka harus diperhatikan angka untuk BOR (Bed Occupancy Ratio), ALOS (Average Lenght of Stay), TOI (turn over interval) dan angka terjadinya infeksi nosokomial.

Dalam pengendalian terdapat tiga kategori audit keperawatan yaitu audit struktur, audit proses dan audit hasil. Audit struktur berfokus pada sumber daya manusia termasuk diantaranya adalah lingkungan keperawatan, fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan,prosedur, standar SOP dan rekam medik serta pelanggan internal maupun eksternal. Standar dan indikator diukur dengan menggunakan daftar tilik *(checklist).*

Audit proses merupakan pengukuran pelaksanaan pelayanan keperawatan yang bertujuan untuk menentukan apakah standar keperawatan tercapai atau tidak. Pemeriksaan bersifat retrospektif, berbarengan *(concurrent)* atau tinjauan sejawat *(peer review).* Retrospektif adalah audit dengan cara menelaah dokumen pelaksanaan asuhan keperawatan. *Concurrent* dilakukan dengan cara melakukan observasi saat kegiatan keperawatan sedang berlangsung, sedangkan *Peer review* adalah umpan balik sesama anggota tim terhadap pelaksanaan kegiatan.

Audit hasil dilakukan untuk menilai produk kerja yang dalam hal ini meliputi kondisi pasien, kondisi sumber daya manusia atau indikator mutu. Kondisi pasien dapat terlihat dari keberhasilan atau kepuasan pasien. Kondisi sumber daya manusia dapat dinilai dari penilaian kinerja perawat serta kepuasan kerja tenaga kesehatan. Indikator mutu dalam area Model Praktik Keperawatan Profesional hampir sama dengan indikator mutu

umum untuk rumah sakit lainnya seperti BOR, ALOS dan TOI dan juga terdapat indikator mutu khusus untuk Rumah Sakit Jiwa yaitu penghitungan angka lari, angka cedera, angka pengekangan dan angka infeksi nosokomial yang diukur dari banyaknya pasien yang terkena skabies.

Kompensasi dan Penghargaan

Proses ini meliputi rekrutmen, seleksi, orientasi, penilaian kinerja dan pengembangan staf. Dalam proses rekrutmen hal yang harus diperhatikan adalah menyepakati level MPKP yang akan didirikan dan prioritas ruangannya. Sosialisasi dilakukan kepada seluruh jajaran RS dan kepada seluruh perawat. Selain itu juga penting untuk ditetapkannya kriteria perawat MPKP serta perawat tersebut harus mengisi formulir persetujuan dan pendaftaran. Dalam hal penyeleksian maka dilakukan telaah dokumentasi, tes tertulis untuk semua pilar MPKP, tes wawancara kepada perawat dan dilakukan presentasi visi, misi, dan kegiatan oleh calon kepala ruangan.

Dalam hal orientasi maka dilakukan pelatihan sesuai dengan tugasnya masing-masing dan semua staf harus mempersiapkan diri dengan budaya kerja yang sesuai dengan budaya kerja profesional.

Hal yang dilakukan dalam penilaian kinerja meliputi self evaluasi, supervisi, uji kompetensi yang kesemuanya itu dilakukan oleh konsultan atau atasan. Dalam hal pengembangan staf maka hal yang dapat dilakukan adalah menetapkan jenjang karier, menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan dan melakukan promosi

Hubungan Profesional

Profesional relationsip didefinisikan sebagai hubungan antara tim pemberi layanan kesehatan (gillies,1994). Hubungan ini meliputi komunikasi profesional, bekerja sama secara tim dan kemampuan dalam memimpin. Didalam ruangan MPKP hubungan profesional tersebut

diwujudkan dalam rapat tim keperawatan yang dilakukan minimal 1 (satu) bulan sekali dengan durasi waktu minimal 1 (satu) jam dan dilakukan saat pertukaran dinas perawat pagi dengan sore. Hal lain yang dilakukan untuk hubungna profesional ini adalah case conference (konferensi kasus) yaitu tim kesehatan membahas salah satu kasus pasien yang terjadi di dalam ruangan MPKP. Rapat tim kesehatan yang dilakukan antara dokter ruangan, kepala ruangan serta ketua tim adalah sebagai salah satu alat terjalinnya hubungan profesional yang lebih baik.

Visit dokter terutama dokter spesialis juga dimanfaatkan sebagai waktu untuk membangun hubungan profesional yang lebih baik lagi. Perawat hendaknya mengambil posisi sebagai mitra untuk membantu dokter dalam memeriksa dan memberikan terapi lanjutan untuk pasien.

Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan terbagi atas asuhan keperawatan dan *continuity care*. Asuhan keperawatan dilakukan saat pasien masih berada dalam ruangan keperawatan, sedangkan continuity care dilakukan saat pasien sudah tidak berada di ruangan keperawatan, seperti di rumah atau di rumah sakit rujukan.

MPKP yang dianut oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia secara sederhana dapat diartikan sebagai 5 sub sistem yang diidentifikasi Hoffart dan Woods (1996) sebagai berikut :

a. Terdapat nilai-nilai profesional sebagai inti model yaitu terdapat hubungan berkesinambungan antara Perawat Primer (ketua tim) atau Perawat Asosiet (perawat pelaksana) dengan pasien dan keluarganya yang akan terus dibina selama klien dirawat di ruang rawat.

b. Diberlakukannya pendekatan manajemen sumber daya manusia sehingga ada garis komunikasi yang jelas antara Perawat Primer dengan Perawat Asosiet. Performa Perawat Asosiet dalam satu tim menjadi tanggung jawab Perawat Primer. Hal ini penting karena Perawat Primer

berkewajiban membina Perawat Asosiet dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga sesuai dengan prosedur yang seharusnya dilakukan.

c. Metode asuhan keperawatan yang dilakukan adalah metode modifikasi keperawatan primer sehingga keputusan rencana keperawatan dilakukan oleh Perawat Primer. Perawat Primer akan mengevaluasi perkembangan pasien setiap hari dan membuat modifikasi pada renpra sesuai kebutuhan pasien.

d. Adanya hubungan antar profesional dalam tim kesehatan yang dilakukan oleh Perawat Primer. Perawat Primer mengetahui tentang perkembangan kondisi klien sejak awal masuk ke ruang rawat sehingga Perawat Primer mampu memberikan informasi kepada profesi lain khususnya dokter, Pemberian informasi akurat ini akan membantu dalam penetapan rencana tindakan medik.

e. Adanya sistem kompensasi dan penghargaan untuk asuhan keperawatan profesional yang sudah dilakukan oleh Perawat Primer dan timnya.

Tenaga Keperawatan Dalam Ruangan MPKP

Perekrutan di ruangan MPKP berfokus pada perekrutan perawat yang ada di rumah sakit dan bukan mencari tenaga perawat baru dari rumah sakit.[24] Tabel 2 menjelaskan kriteria perawat untuk kepala ruangan (Karu), Ketua tim (Katim) dan perawat pelaksana di ruangan MPKP.

[24] Keliat, B. 2010. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. EGC. Jakarta.h. 60

Tabel 2. Kriteria Perawat di Ruangan MPKP

Kriteria	Kepala Ruangan (Karu)	Ketua Tim (Katim)	Perawat Pelaksana
Jenjang pendidikan	minimal S1 keperawatan *	Minimal S1 keperawatan*	Minimal D3 keperawatan
Pengalaman	dua tahun sebagai Karu dan dua tahun bekerja di area keperawatan jiwa	tiga bulan melakukan magang**	1 tahun di keperawatan jiwa
Sehat jasmani dan rohani	V	V	V
Pelatihan yang pernah diikuti (sertifikat)	• Asuhan keperawatan jiwa • Standar asuhan keperawatan jiwa/ audit keperawatan • Terapi modalitas keperawatan jiwa/ terapi aktivitas kelompok • Komunikasi keperawatan • Manajemen keperawatan • Bimbingan klinik ***	• Asuhan keperawatan jiwa • Standar asuhan keperawatan jiwa/ audit keperawatan • Terapi modalitas keperawatan jiwa/ terapi aktivitas kelompok • Komunikasi keperawatan • Manajemen keperawatan	• Asuhan keperawatan jiwa
Tes tertulis dan wawancara	V	V	V
Tes presentasi	V	-	-

Sumber : Keliat, B. 2010. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa.EGC,Jakarta.h.61

* : Jika sumber daya manusia belum ada, maka D3 keperawatan diperbolehkan tetapi untuk MPKP tingkat pemula

** : Jika sumber daya manusia yang digunakan berpendidikan D3, maka harus mempunyai pengalaman kerja minimal 2 tahun di area keperawatan jiwa

*** : Khusus untuk RS pendidikan

Pada setiap ruangan perawatan dengan MPKP terdapat satu orang kepala ruangan, beberapa ketua tim yang membawahi beberapa perawat pelaksana. Untuk menentukannya maka harus ditetapkan dahulu kategori ruangan MPKP yang akan dikembangkan dan untuk menetapkan jumlahnya harus disesuaikan dengan kapasitas ruangan dan derajat ketergantungan pasien.

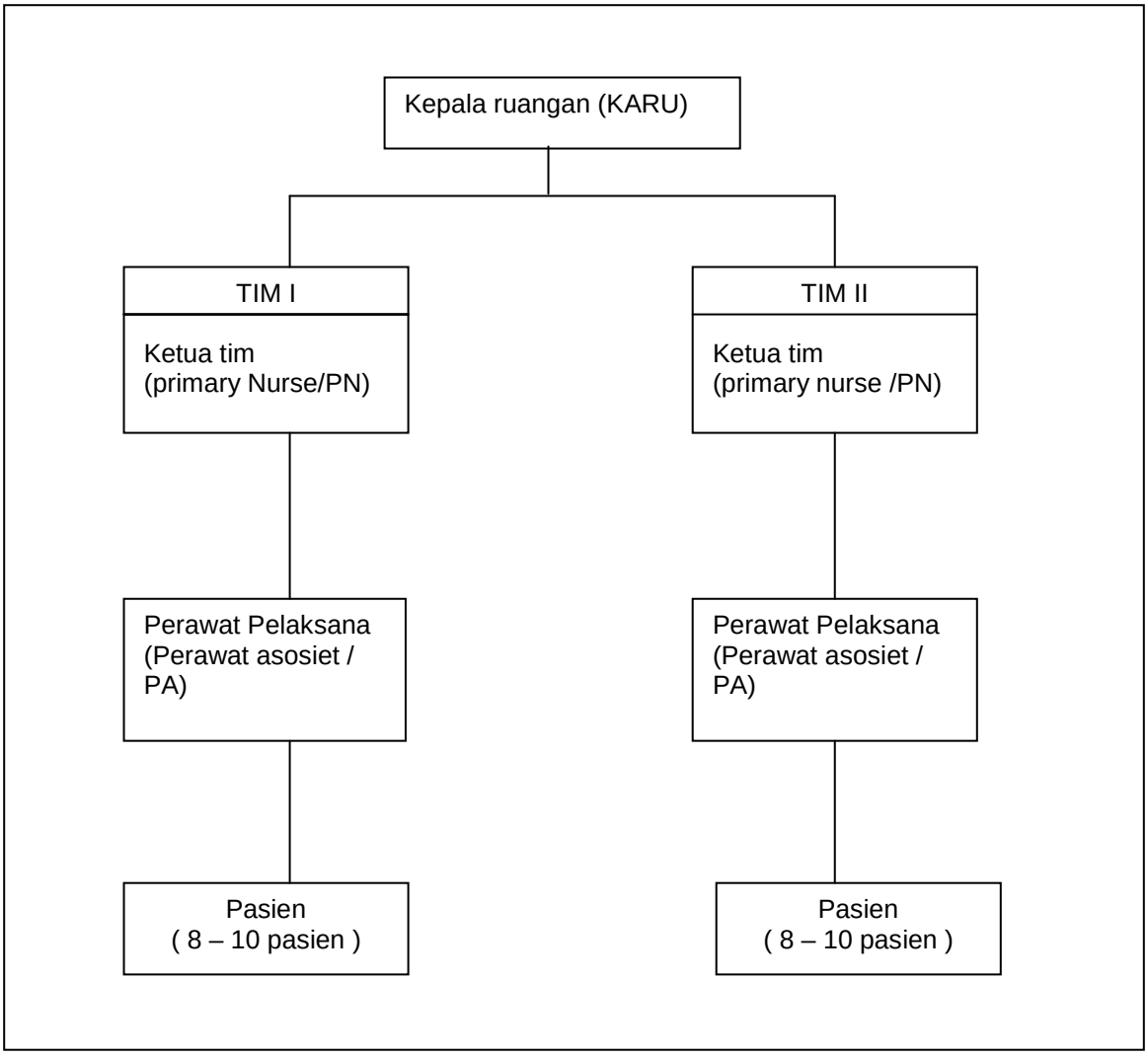
Untuk tingkat MPKP pemula diharapkan Karu dan Katim mempunyai latar belakang pendidikan D3 keperawatan dengan jenjang karir minimal Perawat Klinis 3 (PK3) dan Perawat Pelaksana minimal berpendidikan D3 Keperawatan dengan jenjang karir Perawat Klinis 1 (PK1). Pada MPKP Transisi diharapkan

kondisinya hampir sama dengan tingkat MPKP pemula hanya Perawat Pelaksana berpendidikan SPK dengan jenjang karir minimal Perawat klinis 1 (PK1).

Dalam tingkat MPKP I diharapkan kepala ruangan dan ketua tim mempunyai latar belakang Ners, Sarjana Keperawatan dengan jenjang karir minimal perawat klinik 3 (PK 3) dan semua perawat pelaksana memiliki latar belakang pendidikan minimal D3 keperawatan dengan jenjang karir minimal Perawat Klinik 2 (PK 2). Dalam tingkat MPKP II mayoritas tenaga perawat adalah Ners, beberapa perawat spesialis perawat jiwa.

Untuk tingkat MPKP III semua tenaga perawat berlatar belakang Ners, beberapa perawat spesialis keperawatan jiwa dan bahkan terdapat Doktor Keperawatan yang bekerja di area MPKP ini.

Dalam area MPKP tindakan keperawatan yang bersifat terapi keperawatan dilakukan oleh ketua tim karena bentuk tindakannya lebih kepada interaksi, adaptasi dan peningkatan kemandirian klien yang memerlukan landasan konsep dan teori yang tinggi. Tindakan yang konkret dan tidak memerlukan tugas analisis dapat didelegasikan kepada Perawat Pelaksana. Dengan dilakukannya pengaturan ini, maka Ketua tim bertanggung jawab atas semua asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana yang berada dalam satu tim kepada sekelompok pasien dan Ketua Tim bertanggung jawab kepada Kepala Ruangan.



Gambar 1. Struktur Organisasi Ruangan MPKP

Sumber : Keliat,B (2010) *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa.* Jakarta : EGC h. 17

Standar rencana keperawatan harus ditetapkan untuk seluruh ruangan perawatan. Rencana keperawatan ini ditentukan berdasarkan diagnosis medik, sehingga ketua tim dan perawat pelaksana hanya akan melakukan validasi terhadap dianosis keperawatan yang sudah diidentifikasi berdasarkan standar rencana keperawatan berdasarkan pengkajian yang dilakukan.

Menurut Potter dan Perry (2009) diagnosis medik adalah identifikasi kondisi penyakit berdasarkan evaluasi tertentu dari tanda fisik, gejala, riwayat medis klien, hasil pemeriksaan dan prosedur diagnostik.[25]

Sedangkan diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tenang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial atau proses kehidupan.[26]

2.1.3.5. Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa

Rumah Sakit Jiwa telah melakukan modifikasi dari Model Praktik Keperawatan Profesional yang telah diterapkan untuk rumah sakit pada umumnya. Hasil dari modifikasi tersebut membedakan tingkatan MPKP sebagai berikut :

a. Model Praktik Keperawatan Profesional Transisi

MPKP yang masih memiliki tenaga perawat yang berpendidikan Sekolah Pendidikan Keperawatan (SPK), tetapi kepala ruangan dan ketua timnya minimal dari D3 keperawatan.

b. Model Praktik Keperawatan Profesional Pemula

MPKP dasar dengan semua tenaganya minimal D3 keperawatan.

Model Praktik Keperawatan Profesional yang terbagi menjadi tiga tingkat, yaitu :

1. MPKP I

Model Praktek Keperawatan Profesional dasar dengan tenaga perawat pelaksana (perawat asosiet) minimal D3 keperawatan, tetapi kepala ruangan (Karu) dan ketua tim (Katim/ Perawat Primer/*Primary Nurse*) berpendidikan minimal S1 keperawatan.

2. MPKP II

[25] Potter. 2009. Fundamental of Nursing. Buku1 ed 7 terjemahan. Salemba Empat. Jakarta.h. 410

[26] Ibid.h.410

Model Praktek Keperawatan Profesional menengah dengan tenaga perawat minimal D3 keperawatan dan mayoritas Ners Sarjana Keperawatan, dan sudah memiliki tenaga spesialis keperawatan

3. MPKP III

Model Praktek Keperawatan Profesional tingkat lanjut yang semua perawatnya Ners Sarjana Keperawatan, dan sudah mempunyai tenaga spesialis keperawatan dan doktor keperawatan yang bekerja di area keperawatan.

2.1.4. Kinerja

2.1.4.1. Pengertian Kinerja

Kinerja sering diartikan sama dengan *performance*, hasil kerja atau prestasi kerja. Kinerja merupakan suatu yang lazim digunakan untuk memantau produktivitas kerja sumber daya manusia, baik yang berorientasi pada produksi barang, jasa maupun pelayanan.[27] Kinerja mempunyai arti lebih luas, bukan saja menyatakan hasil kerja tetapi bagaimana proses kerja itu sendiri berlangsung.[28] Kinerja adalah bagaimana melakukan pekerjaan dan hasil yang dicapai dari kerja tersebut. Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis dari sebuah organisasi, kepuasan konsumen dan memberikan kontribusi ekonomi.

Campbell (1998) mengatakan bahwa kinerja adalah sesuatu yang tampak, yaitu individu yang relevan terhadap tujuan organisasi. Kinerja yang baik merupakan salah satu sasaran organisasi dalam mencapai produktivitas kerja yang tinggi. Tercapainya kinerja yang baik tidak terlepas dari sumber daya manusia yang baik pula.[29]

Menurut Kane dan Kane (1993) Kinerja merupakan catatan mengenai akibat-akibat yang dihasilkan pada sebuah fungsi pekerjaan atau aktifitas selama periode tertentu yang berhubungan dengan tujuan organisasi.[30] Kinerja merupakan

[27] Op cit h. 187
[28] Wibowo. 2009. Manajemen Kinerja. PT Rajawali Press. Jakarta. h.2
[29] Umam,K. 2010. Perilaku Organisasi. CV Pustaka Setia. Bandung.h.186
[30] Ibid

gabungan dari kemampuan, usaha dan kesempatan yang diukur dari akibat yang dihasilkan oleh seseorang. Menurut Minner kinerja merupakan perluasan dari bertemunya individu dan harapan tentang apa yang seharusnya dilakukan individu terkait dengan suatu peran, dan kinerja sebagai evaluasi terhadap berbagai kebiasaan dalam organisasi yang membutuhkan standarisasi yang jelas.

Mc Cloy et.al mengatakan bahwa kinerja juga dapat berarti perilaku-perilaku atau tindakan yang relevan terhadap tercapainya tujuan organisasi. Cherington (1994) mengatakan bahwa kinerja menunjukkan pencapaian target kerja yang berkaitan dengan kualitas, kuantitas dan waktu. Kinerja yang optimal akan terwujud bilamana organisasi dapat memilih karyawan memiliki motivasi dan kecakapan yang sesuai dengan pekerjaannya serta memiliki kondisi yang memungkinkan mereka bekerja maksimal.

Ratundo dan Sackett (2002) mendefinisikan kinerja merupakan semua tindakan atau perilaku yang dikontrol oleh individu dan memberikan kontribusi bagi pencapaian tujuan-tujuan dari organisasi.

Dari seluruh definisi kinerja tersebut maka dapat disimpulkan bahwa kinerja adalah hasil dari sebuah fungsi pekerjaan yang tampak selama satu periode tertentu yang relevan dengan tujuan organisasi dan kinerja optimal akan terwujud jika organisasi dapat memilih karyawan dengan motivasi dan kecakapan yang sesuai dan terdapat kondisi yang memungkinkan untuk bekerja maksimal. (Campbell, 1998; Kane dan Kane 1993; Cherington 1994)

2.1.4.2. Faktor-Faktor Kinerja

Mathis dan Jackson (2008) mengatakan bahwa terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja[31] antara lain :

1. Kualitas kerja
2. Kuantitas kerja
3. Kerjasama
4. Masa Kerja

[31] Mathis Robert, Jackson.J. 2008. Human Resource Management 12th ed. Oklahoma, USA : Thomson South Western. Hal 228

5. Tingkat kehadiran
6. Fleksibilitas

Mangkunegara (2000) menyatakan terdapat beberapa faktor yang juga mempengaruhi kinerja yaitu :

1. Faktor kemampuan, meliputi kemampuan potensi dan tingkat pendidikan.
2. Faktor motivasi, yang terbentuk dari sikap seseorang dalam menghadapi situasi kerja.
3. Sikap mental, yaitu kondisi mental yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai potensi kerja secara maksimal.

Gibson (1987) mengatakan terdapat tiga faktor yang berpengaruh terhadap kinerja yaitu :

1. Faktor individu yaitu kemampuan, keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial dan demografi seseorang.
2. Faktor psikologi yaitu persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi dan kepuasan kerja.
3. Faktor organisasi yaitu struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan.

2.1.4.3. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah sistem formal untuk menilai dan mengevaluasi kinerja tugas individu atau tim.[32] Penilaian kinerja merupakan suatu proses yang dilakukan perusahaan untuk menilai kinerja seseorang dan merupakan faktor penting yang mempengaruhi kesuksesan manajemen kinerja serta mengembangkan organisasi secara efektif dan efisien. Hal ini dikarenakan dalam penilaian kinerja terdapat kebijakan atau program yang lebih baik atas sumber daya manusia yang ada dalam organisasi.

Menurut Bernardin dan Russel (1993) penilaian kinerja adalah cara mengukur kontribusi individu atau karyawan pada organisasi tempat mereka bekerja. Cascio (1992) mengatakan bahwa penilaian kinerja merupakan gambaran atau deskripsi

[32] Mondy,W.2008. Manajemen Sumber Daya Manusia terjemahan ed 10 jilid 1. Penerbit Erlangga. Jakarta.

yang sistematis tentang kekuatan dan kelemahan yang terkait dari seseorang atau suatu kelompok. Henry Simamora (2004) mengatakan penilaian kinerja adalah proses yang dipakai oleh suatu organisasi untuk mengevaluasi pelaksanaan kerja individu karyawan. Bambang Wahyudi (2002) mengatakan bahwa penilaian kinerja adalah suatu evaluasi yang dilakukan secara periodik dan sistematis tentang prestasi kerja seorang karyawan termasuk potensi pengembangannya.

Melihat dari beberapa definisi tentang penilaian kinerja, maka dapat diambil kesimpulan penilaian kinerja adalah gambaran sistematis tentang kontribusi individu atau kelompok terkait dengan kelemahan dan kekuatan di satu organisasi tempat mereka bekerja.

Jika penilaian kinerja dilakukan dengan benar maka akan menghasikan keuntungan bagi pihak karyawan, penyelia dan perusahaan karena setiap individu karyawan akan mampu memberikan kontribusi pada fokus strategik perusahaan.

Fokus penilaian kinerja pada beberapa organisasi tetap pada karyawan secara individual. Melalui sistem penilaian yang efektif akan dapat mengevaluasi prestasi dan menginisiasi rencana-rencana untuk pengembangan, tujuan dan sasaran organisasi.

Penilaian kinerja merupakan elemen yang sangat penting dalam situasi global dimana daya saing antar organsasi semakin tinggi dan memerlukan kemampuan kerja yang semakin tinggi pula. Hal yang perlu diingat adalah penilaian kinerja bukanlah merupakan tujuan tetapi sebagai alat untuk mempengaruhi kinerja menjadi lebih baik dan efisien.

2.1.4.4. Tujuan dan Manfaat Penilaian Kinerja

Syafaruddin Alwi (2001) yang dikutip oleh Khaerul Umam dalam buku Perilaku Organisasi mengatakan bahwa tujuan dilakukannya penilaian kinerja dikategorikan sebagai sesuatu yang bersifat *evaluation* dan *development.*

Bersifat *evaluation* berarti penilaian kinerja harus dapat digunakan sebagai dasar pemberian kompensasi, *staffing decision* dan dasar mengevaluasi sistem seleksi.

Sedangkan bersifat *development* berarti penilai harus menyelesaikan prestasi real yang dicapai individu, kelemahan-kelemahan individu yang menghambat kinerja serta menentukan prestasi-prestasi yang dapat dikembangkan.

Beberapa manfaat yang diperoleh suatu organisasi dari penilaian kinerja adalah :

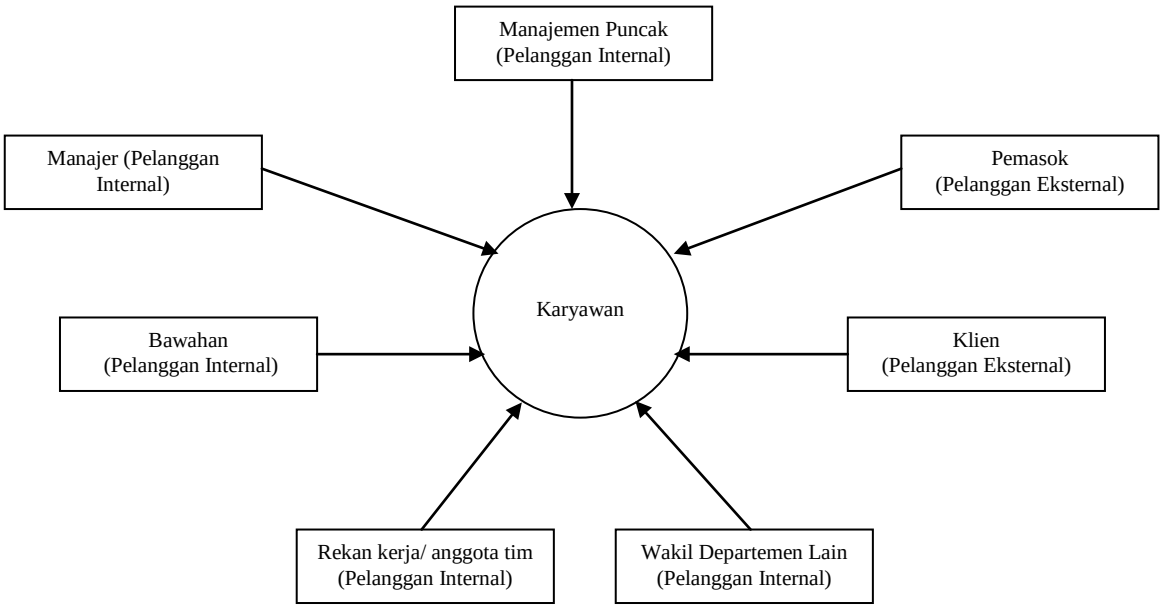
1. Penyesuaian kompensasi
2. Perbaikan kinerja
3. Menentukan kebutuhan pelatihan dan pengembangan
4. Pengambilan keputusan dalam hal promosi, mutasi, pemecatan, pemberhentian dan perencanaan tenaga kerja
5. Kepentingan penelitian pegawai
6. Membantu mengetahui kesalahan desain pegawai

Kinerja yang buruk dapat berimplikasi pada kekuatan dan kelemahan prosedur penempatan staf di departemen SDM, ketidak akuratan informasi dalam analisis pekerjaan, rencana SDM yang pada akhirnya akan mengarah kepada kesalahan pengambilan keputusan dalam hal rekrutmen, pelatihan dan pengembangan karyawan serta keputusan konseling. Kesalahan rancangan pekerjaan dapat diketahui melalui penilaian kinerja sehingga dapat diketahui letak kesalahan-kesalahan dari rancangan pekerjaan dan untuk selanjutnya dapat ditentukan tindakan penanggulangannya.

Penilaian kinerja yang baik akan menciptakan kesempatan kerja yang sama untuk karyawan dalam hal penempatan kerja yang lebih baik, menentukan faktor-faktor eksternal yang dapat mempengaruhi kinerja seseorang dan melihat apakah departemen SDM mampu menyediakan bantuan kepada karyawan tersebut. Penilaian kinerja yang baik pada seluruh organisasi, mengindikasikan optimalisasi penenerapan fungsi departemen SDM.

Pendekatan terbaru yang dilakukan dalam penilaian kinerja adalah pendekatan 360º. Evaluasi ini menyediakan umpan balik tentang kinerja dari selutuh kontak sehari-hari yang dimiliki karyawan. Jumlah penilai dalam pendekatan ini dibatasi tidak lebih dari 25 orang, dan pada umumnya organisasi menentukan 5 sampai 10 penilai per karyawan. Tujuan Utama dari evaluasi kinerja 360º adalah

mengumpulkan umpan balik dari semua pihak yang berhubungan dengan karyawan.



Gambar 2. Evaluasi 360 Derajat
Sumber : Robbins, S.P dan atau Judge,T.A. Perilaku Organisasi edisi 12 jilid 1 (terjemahan). Salemba empat. Jakarta.h.315

2.1.4.5. Penilaian Kinerja di Ruangan MPKP

Monitoring dan evalusasi merupakan langkah pemantauan terhadap aktivitas organisasi agar dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam MPKP monitoring dan evaluasi diterapkan dalam bentuk supervisi semua aktivitas MPKP secara berkala dan dilanjutkan dengan pemberian masukan agar MPKP menunjukan kinerja yang profesional.

Di dalam ruangan MPKP penilaian kinerja ditujukan kepada Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Perawat Pelaksana. Penilaian ini merupakan langkah pemantauan terhadap aktivitas organisasi agar dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Penilaian kinerja dilakukan melalui supervisi baik secara langsung (observasi) maupun tidak langsung (dokumentasi). Penilaian kinerja Kepala ruangan dilakukan oleh Kepala Bidang Keperawatan dan konsultan, Penilaian kinerja Ketua Tim dievaluasi oleh Kepala Bidang Keperawatan, Konsultan Keperawatan

dan Kepala Ruangan. Penilaian kinerja Perawat Pelaksana dilakukan oleh Ketua Tim dan Kepala Ruangan. Kepala bidang Keperawatan didampingi oleh Konsultan Keperawatan bertanggung jawab terhadap dan menilai keberlangsungan kegiatan di ruangan MPKP. Selain itu, penilaian kinerja menurut MPKP juga dilakukan dengan uji diri atau *self assesement* yang hasilnya juga turut diperhitungkan dalam menilai kinerja seorang perawat.

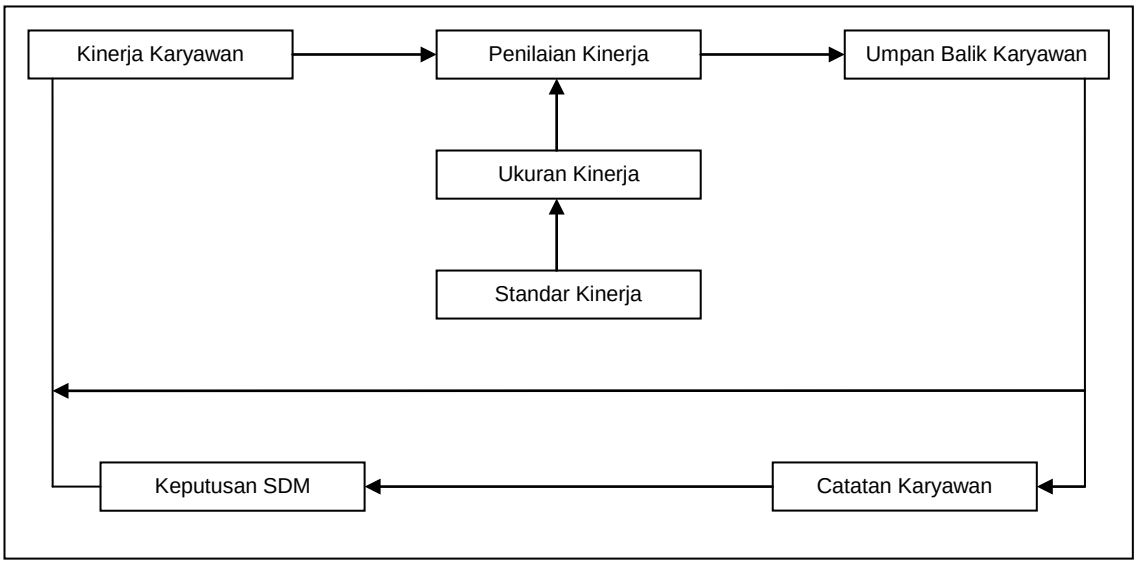
Supervisi adalah proses pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan untuk memastikan apakah kegiatan tersebut berjalan sesuai dengan tujuan organisasi dan standar yang telah ditetapkan.[33] Melakukan supervisi bukan berarti mencari kesalahan, akan tetapi melakukan pengawasan partisipatif, yaitu mendahulukan penghargaan terhadap pencapaian atau hal positif yang telah dilakukan dan memberikan jalan keluar terhadap hal yang masih belum dapat dilakukan. Supervisi dilakukan oleh seseorang yang mempunyai kompetensi dalam bidang yang di supervisi dan dalam sebuah organisasi biasanya supervisi dilakukan oleh atasan kepada bawahan atau konsultan terhadap pelaksana.

2.1.4.6. Elemen Sistem Penilaian Kinerja

Elemen-elemen dalam sistem penilaian kinerja meliputi kinerja karyawan, penilaian kinerja, ukuran kinerja, standar kinerja, umpan balik karyawan, catatan karyawan dan keputusan SDM. Pendekatan penilaian kinerja hendaknya mengidentifikasi standar kinerja yang terkait, mengukur kriteria dan memberikan umpan balik kepada karyawan.[34]

---

[33] Keliat,B.2010.Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. EGC. Jakarta. h.35
[34] Ibid. h. 225



Sumber : Mangkuprawira. 2004

Gambar 3. Elemen-Elemen Kinerja

Departemen sumber daya manusia akan menggunakan informasi yang dikumpulkan melalui penilaian kinerja untuk mengevaluasi keberhasilan kegiatan rekrutmen, seleksi, orientasi, penempatan karyawan serta pelatihan dan pengembangan karyawan.

2.2. Penelitian Terdahulu Yang Relevan

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan antara kompetensi perawat, kondisi pasien dan kinerja perawat dalam penerapan MPKP di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan. Penelitian ini merupakan pengembangan dari penelitian sebelumnya terhadap perawat maupun karyawan. Penelitian sebelumnya dilakukan oleh :

1) Arifin Heru Sasongko[35], dengan judul Kompetensi, Motivasi, Peran Kepemimpinan dan Kinerja Pegawai Direktorat Jendral Perdagangan Dalam Negeri. Kesimpulan tesis tersebut diperoleh hasil kompetensi, motivasi dan kinerja adalah baik, kepemimpinan dan kinerja memiliki hasil yang baik pada pegawai eselon IV, kompetensi, motivasi dan peran kepemimpinan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap

[35] Sasongko,A.H. 2010. "Kompetensi, Motivasi, Peran Kepemimpinan dan Kinerja Pegawai Direktorat Jendral Perdagangan Dalam Negeri". Universitas Esa Unggul. Jakarta

kinerja serta variabel peran kepemimpinan memiliki nilai yang sedikit lebih dominan daripada motivasi.

Kesamaan penelitian ini terdapat pada variabel independen yaitu kompetensi, variabel independennya yaitu kinerja serta metode analisis data yang menggunakan analisis linier berganda.

Perbedaan terletak pada objek penelitian yaitu karyawan sedangkan pada penelitian penulis objek penelitiannya adalah perawat dan pada varibel dependennya yaitu peran kepemimpinan dan motivasi.

2) Vonny Umboh[36] dengan judul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Palembang 2001. Pada kesimpulan tesis tersebut didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat di ruangan rawat inap RSJ Palembang adalah motivasi, persepsi peran, desain pekerjaan, faktor imbalan, sumber daya, tingkat pendidikan dan beban kerja. Faktor paling dominan yang mempengaruhi kinerja perawat adalah tingkat pendidikan, imbalan, persepsi peran dan sumber daya manusia secara bersama-sama mempengaruhi kinerja perawat. Untuk tingkat pendidikan diperoleh bahwa perawat dengan pendidikan D3 memiliki kinerja lebih baik daripada perawat dengan pendidikan SPK. Dari segi imbalan diperoleh bahwa 57% perawat yang menerima imbalan berupa insentif berkinerja lebih baim dari pada yang tidak menerima insentif. Perawat yang memiliki persepsi peran yaitu persepsi terhadap peran perawat sebagai perawat ruang rawat inap memiliki kinerja yang lebih baik dari pada perawat yang tidak memiliki persepsi peran.

   Kesamaan penelitian adalah pada variabel dependennya yaitu kinerja, objek penelitian yaitu perawat dan tempat penelitian yaitu ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa. Perbedaan penelitian adalah pada analisis data yang menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat.

[36] Umboh,V. 2001. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Palembang 2001. Universitas Indonesia. Depok.

3) Sensusiati[37] dengan judul Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2003. Kesimpulan dari penelitian ini didapatkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat adalah umur, penghargaan, kesempatan pengembangan diri dan kebijakan organisasi. Faktor yang paling dominan adalah kesempatan pengembangan diri, penghargaan dan umur. Pada penelitian ini diperoleh perawat yang berkinerja baik sebanyak 72,1% dan kinerja kurang baik 27,9%. Dari segi umur diperoleh perawat yang berusia kurang dari 30 tahun berkinerja lebih baik dari pada yang berusia lebih dari 30 tahun. Perawat yang menerima penghargaan 90% berkinerja baik darei pada perawat yang sudah pernah menerima penghargaan (56,6%). Perawat yang diberikan kesempatan pengembangan diri mempunyai kinerja yang lebih baik (95,2%) dari pada yang tidak mendapat kesempatan pengembangan diri (50%). Dari segi kebijakan organisasi, perawat yang mengatakan kebijakan rumah sakit baik mempunyai kinerja baik 92,5% dan yang menyatakan kebijakan buruk memiliki kinerja 54,3%. Kesamaan penelitian terdapat pada variabel dependen yaitu kinerja, objek penelitian yaitu perawat serta tempat penelitian yaitu ruang rawat inap. Perbedaan terdapat pada analisis penelitian ini yang menggunakan analisis univariat, multivariat dan bivariat
4) Thomas Adi Wibowo[38] dengan judul Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Guru (Kasus Pada Kanaan Global School). Kesimpulan dari penelitian ini didapatkan bahwa ada dua faktor yang mempengaruhi kinerja guru di Kanaan Global School yaitu Kompetensi guru dan gaya kepemimpinan. Faktor yang paling dominan mempengaruhi kinerja guru adalah kompetensi guru. Kesamaan

[37] Sensusiati, 2003. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2003. Universitas Indonesia. Depok.
[38] Wibowo,A.T. 2005. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Guru (Kasus Pada Kanaan Global School). Universitas Esa Unggul. Jakarta

penelitian terdapat pada variabel dependen yaitu kinerja, salah satu variabel independen yaitu kompetensi dan pengolahan data yang menggunakan analisis regresi linier berganda. Perbedaan terdapat pada objek penelitian dan variabel independen selain kompetensi.

Tabel 3. Penelitian Yang Relevan

No.	Penulis	Tahun	Variabel penelitian		Objek penelitian	Alat analisis	Kesimpulan
			Independen	Dependen			
1.	Arifin Heru Sasongkon	2010	Kompetensi Motivasi Peran kepemimpinan	Kinerja	Karyawan direktorat Jendral Perdagangan Dalam Negeri	Analisis linier berganda	Motivasi, kompetensi dan peran kepemimpinan mempunyai pengaruh dengan kinerja karyawan. Variabel peran kepemimpinan merupakan faktor paling dominan yang mempengaruhi kinerja karyawan.
2.	Vonny Umboh	2001	motivasi, persepsi peran, desain pekerjaan, faktor imbalan, sumber daya, tingkat pendidikan dan beban kerja	Kinerja	Perawat Rumah Sakit Jiwa Palembang	Analisis univariat, bivariat dan multivariat	kesimpulan tesis tersebut didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat di ruang rawat inap RSJ Palembang adalah motivasi, persepsi peran, desain pekerjaan, faktor imbalan, sumber daya, tingkat pendidikan dan beban kerja. Dan faktor yang paling dominan adalah tingkat pendidikan, imbalan, persepsi peran dan sumber daya manusia secara bersama-sama mempengaruhi kinerja perawat.
3.	Sensusiati	2003	umur, penghargaan, kesempatan pengembangan diri dan kebijakan organisasi	Kinerja	Perawat	Analisis univariat, bivariat dan multivariat	Kesimpulan dari penelitian ini didapatkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat adalah umur, penghargaan,

							kesempatan pengembangan diri dan kebijakan organisasi. Faktor yang paling dominan adalah kesempatan pengembangan diri, penghargaan dan umur.
4.	Thomas Adi Wibowo	2005	Kompetensi Gaya kepemimpinan	Kinerja	Guru Kanaan Global School	Analisis regresi linier berganda	Kompetensi dan gaya kepemimpinan merupakan faktor yang mempengaruhi kinerja, dan faktor yang paling dominan adalah kompetensi.

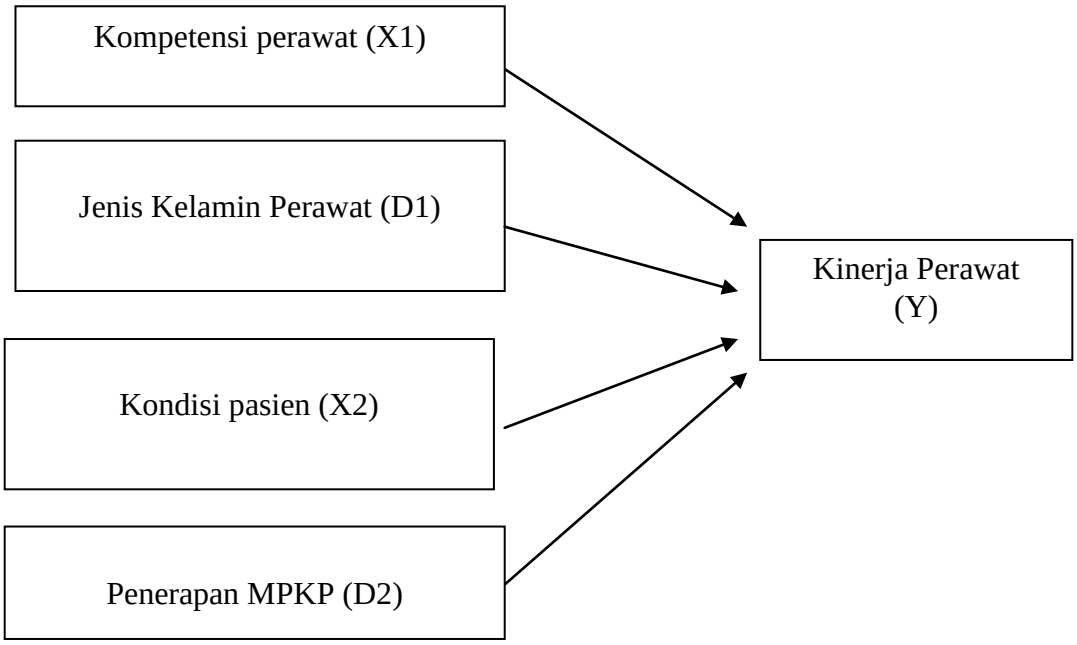
BAB III
METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan pola pemikiran yang berupa langkah-langkah dan rencana untuk memecahkan masalah yang diawali dari kerangka penelitian, hipothesis penelitian, desain penelitian, definisi operasional, teknik pengumpulan sampel hingga metode analisis yang digunakan untuk permasalahan yang sedang diteliti.

3.1. Kerangka Penelitian

Penelitian ini akan mendeskripsikan dan menganalisis pengaruh kompetensi perawat, distribusi perawat menurut jenis kelamin, kondisi pasien serta penerapan MPKP terhadap kinerja perawat. Penelitian ini juga akan membandingkan kinerja perawat didalam ruangan yang telah menerapkan MPKP dan yang belum menerapkan MPKP.

Dimensi untuk kompetensi menurut Noe et al (2008) adalah keterampilan atau keahlian, pengetahuan dan perilaku atau sifat. Dimensi untuk jenis kelamin perawat adalah perawat pria dan wanita yang bekerja di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan. Dimensi untuk kondisi pasien adalah tingkat keparahan gangguan jiwa pada mayoritas pasien yang ada pada ruangan yang diteliti (lebih dari 50% pasien). Sedangkan dimensi untuk penerapan MPKP adalah pendekatan manajemen, kompensasi dan penghargaan, hubungan profesional serta asuhan keperawatan. Untuk mengukur kinerja maka digunakan dimensi pendekatan manajemen dan pemberian asuhan keperawatan. Dalam penelitian ini variabel independen terdiri dari kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta variabel penerapan MPKP. Sedangkan variabel dependennya adalah kinerja perawat. Model penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4. Kerangka Penelitian

a. Hipothesis Penelitian

Berdasarkan kerangka pemikiran diatas, maka penulis membuat beberapa hipotesis penelitian, yaitu :

1. Terdapat pengaruh signifikan antara variabel kompetensi perawat (X1), distribusi perawat menurut jenis kelamin (D1), kondisi pasien (X2) serta penerapan MPKP (D2) terhadap kinerja perawat (Y) di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan
2. Terdapat salah satu faktor yang paling dominan terhadap kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan
3. Terdapat perbedaan nilai kinerja antara ruangan yang menerapkan MPKP dan yang belum menerapkan MPKP di ruang rawat inap RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

3.2. Desain Penelitian

Desain penelitian diperlukan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dan dianalisis sampai tiba kepada solusi masalah penelitian.[39] Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian deskriptif analitik.

a. Desain penelitian deskriptif

Desain penelitian deskriptif dilakukan untuk mengetahui dan mampu menjelaskan karakteristik variabel yang diteliti serta karakteristik organisasi penelitian. Dalam penelitian ini desain penelitian deskriptif bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai variabel independen yaitu kompetensi perawat (X1), jenis kelamin perawat (D1), kondisi pasien (X2) serta penerapan MPKP (D2) dan variabel dependen yaitu kinerja perawat dalam penerapan MPKP di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

b. Desain penelitian analitik

Desain penelitian analitik bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai pengaruh kompetensi perawat (X1), distribusi perawat menurut jenis kelamin (D1), kondisi pasien (X2) dan penerapan MPKP (D2) serta variabel dependen yaitu kinerja perawat (Y) di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

Melalui desain penelitian analitik akan diperoleh tingkat signifikansi dari pengaruh antara kompetensi perawat (X1), jenis kelamin perawat (D1), kondisi pasien (X2) dan penerapan MPKP (D2) sebagai variabel independen serta kinerja sebagai variabel dependen melalui uji regresi dengan menggunakan program SPSS versi 16.0.

3.3. Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel

Definisi operasional meliputi variabel independen dan variabel dependen. Variabel adalah apapun yang dapat membedakan atau membawa variasi pada nilai.[40]

---

[39] Sekaran,U. 2007. Research Methods for Bussiness (terjemahan). Salemba Empat. Jakarta.h.152
[40] Ibid h.115

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi variabel terikat baik secara positif maupun negatif dan variabel dependen atau terikat adalah variabel yang menjadi perhatian utama atau faktor utama yang berlaku dalam investigasi.

Dalam penelitian ini kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP menjadi variabel independen atau variabel bebas dan kinerja perawat merupakan variabel dependen atau variabel terikat.

1. Kompetensi Perawat (X1)

Kompetensi perawat adalah kemampuan seorang perawat menjalankan tugas atau pekerjaan yang dilandasi oleh pengetahuan, keterampilan dan didukung oleh sikap yang menjadikarakteristik individu dengan memenuhi standar yang telah disepakati bersama didalam sebuah rumah sakit.

Dimensi kompetensi yang dapat diidentifikasi adalah keterampilan (skill), pengetahuan (knowledge) dan perilaku (Attitude / Trait)

Tabel 4. Dimensi dan Indikator Kompetensi

No.	Dimensi	Indikator	skala
1.	Keterampilan	• Mampu memecahkan masalah dengan baik • Mampu mengaplikasikan teknologi • Komunikasi verbal • Kemampuan menulis dengan baik • Kreativitas dan inovasi	interval
2.	Pengetahuan	• pengetahuan yang luas tentang pekerjaan (*diversity)* • profesionalisme • jiwa kepemimpinan	interval
3.	Perilaku	• kemampuan bekerja dalam tim • kepedulian terhadap lingkungan	interval

Sumber : Noe,A.R. et al. 2008. Human Resource Management Gaining a Competitive Advantage. 6th ed. Mc graw Hill. US

2. Jenis Kelamin Perawat (D1)

Jenis kelamin perawat adalah pria atau wanita yang bekerja sebagai perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

Tabel 5. Dimensi dan Indikator Jenis Kelamin Perawat

Dimensi	Indikator	Skala
Jenis kelamin Perawat (X2) Adalah pria atau wanita yang bekerja sebagai perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan	Membedakan perawat di ruang rawat inap yang diteliti berdasarkan pria dan wanita. Dalam penelitian ini variabel jenis kelamin (X2) dibuat dengan variabel dummy.	nominal D1 = jenis kelamin perawat 0 = wanita 1 = pria

3. Kondisi Pasien (X2)

Kondisi pasien adalah tingkat keparahan gangguan jiwa yang dialami oleh seseorang.

Tabel 6. Dimensi dan Indikator Kondisi Pasien

Dimensi	Indikator	Skala
Kondisi gangguan pasien (X3) Adalah tingkat keparahan gangguan jiwa yang dialami oleh mayoritas pasien diruangan yang diteliti	ringan, sedang, berat, remisi parsial dan remisi total	interval

Sumber : Kaplan and Sadock. 2010. Sinopsis Psikiatri. Binarupa Aksara.

4. Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (D2)

Model Praktik Keperawatan Profesional adalah suatu sistem yang terdiri dari struktur, proses dan nilai-nilai profesional akan mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang dapat menopang pemberian asuhan keperawatan tersebut.[41]

Tabel 7. Dimensi MPKP

Dimensi	Skala
Penerapan MPKP (X4)	Ordinal D2 = ruang rawat inap yang menerapkan MPKP 0 = ruangan non MPKP 1 = ruangan MPKP

5. Kinerja (Y)

Kinerja adalah hasil dari sebuah fungsi pekerjaan yang tampak selama satu periode tertentu yang relevan dengan tujuan organisasi dan kinerja optimal terwujud jika karyawan memiliki motivasi dan kecakapan yang sesuai dan

[41] Sitorus,R dan atau Yulia. 2006. Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit. EGC. Jakarta. h.5

terdapat kondisi yang memungkinkan untuk bekerja maksimal. (Campbell, 1998; Kane dan Kane 1993; Cherington 1994).

Evaluasi kinerja perawat yang bekerja dalam ruang MPKP dilakukan secara terus menerus sepanjang praktik pada semua kegiatan MPKP. Dalam MPKP dimensi yang digunakan untuk menilai kinerja perawat pelaksana terdiri perencanaan jangka pendek yang merupakan bagian dari pilar I MPKP, pelaksanaan asuhan keperawatan dan strategi pelaksanaan, Terapi Aktivitas Kelompok serta pendidikan kesehatan keluarga yang merupakan bagian dari pilar IV MPKP.

Tabel 8. Dimensi dan Indikator Kinerja Perawat

No.	Dimensi	Indikator	Skala
1.	Pendekatan manajemen	• Rencana jangka pendek	Interval
2.	Pemberian asuhan keperawatan	• Melakukan asuhan keperawatan dan strategi pelaksanaan • Melakukan terapi aktivitas kelompok • Memberikan pendidikan kesehatan keluarga	Interval

sumber : Keliat,B.A. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. EGC. Jakarta.

3.5. Tempat dan Waktu Penelitian

3.5.1. Tempat Penelitian

Kegiatan pengumpulan dan pencarian data penelitian yang terkait dengan variabel dependen dan independen pada penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan, yang beralamat di Jl. Prof.DR. Latumenten no.1, Jakarta Barat.

Kegiatan pengumpulan meliputi data yang dimiliki RSJ Dr. Soeharto Heerdjan terkait dengan variabel penelitian dan data yang berupa pemberian kuesioner kepada responden penelitian.

3.5.2. Waktu Penelitian

Pra penelitian dilakukan penulis pada September 2010 dan pemberian kuesioner kepada responden penelitian dilakukan pada bulan Januari 2011.

3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Pengambilan Sampel

3.6.1 Jenis Data

Data yang digunakan sehubungan dengan penulisan ini adalah sebagai berikut :

1) Data Primer yang merupakan data yang diperoleh penulis secara langsung selama penulis melakukan penelitian di ruang perawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan. Data primer ini disebut sebagai data mentah atau data asli, yang diperoleh dari jawaban atas kuesioner atau pertanyaan tertulis yang diberikan kepada perawat di ruangan perawatan MPKP dan non MPKP RSJ Dr. Soeharto Heerdjan sebagai respondennya.
2) Data Sekunder yang merupakan data-data yang penulis peroleh dari RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang sebelumnya telah diolah terlebih dahulu oleh departemen terkait di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan. Pengumpulan data sekunder juga dilakukan dengan jalan membaca buku-buku literatur, makalah dan jurnal-jurnal yang berhubungan dengan penelitian.

3.6.2. Populasi dan sampel

Populasi penelitian adalah seluruh perawat RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang berjumlah 161 orang. Sampel untuk penelitian diambil berjumlah 60 orang perawat yang diambil dari seluruh populasi perawat di ruangan PICU, Melati dan Nuri yang telah menerapkan MPKP dan sampel perawat di ruangan yang belum menerapkan MPKP sebanyak 30 orang yang diperoleh dari ruangan Anak dan remaja, Cendrawasih serta cempaka.

Jumlah sampel diambil berdasarkan pertimbangan jumlah perawat di dalam ruangan MPKP hanya berjumlah 30 orang (seluruh populasi perawat dalam ruang MPKP) oleh karena itu penulis juga mengambil sampel dari ruangan non MPKP secara berimbang yaitu 30 orang.

3.6.3. Teknik Pengumpulan Sampel

Pada penelitian ini teknik pengumpulan sampel menggunakan metode sampel non probabilitas atau *non probability sampling* dalam bentuk *purposive sampling.* Dalam teknik pengambilan sampel non probabilitas maka sampel diambil tanpa prosedur dan seleksi tertentu sehingga probabilitas masing-masing anggota populasi tidak diketahui.

Purposive sampling adalah pengambilan sampel dengan kriteria tertentu yang telah ditetapkan penulis. Adapun kriteria yang ditentukan penulis adalah sebagai berikut :

a. Seorang perawat yang telah memiliki pengalaman kerja di RSJ.Dr. Soeharto Heerdjan minimal 1 tahun.
b. Bersedia melakukan wawancara dan mengisi kuesioner yang diberikan secara lengkap.

3.6.4. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara dan menggunakan instrumen berupa kuesioner yang telah dipersiapkan kepada perawat di ruangan MPKP dan non MPKP dan meminta perawat untuk mengisi kuesioner tersebut secara lengkap. Skala yang digunakan dalam kuesioner adalah skala Likert yaitu skala yang berhubungan dengan pernyataan tentang sikap seseorang terhadap sesuatu dengan rentang pernyataan dimulai dari sangat setuju hingga sangat tidak setuju. Responden dalam penelitian ini adalah perawat RSJ Dr. Soeharto Heerdjan baik di dalam ruangan rawat inap MPKP yang berjumlah 30 orang perawat dan 30 orang perawat lain di dalam ruangan rawat inap non MPKP.

3.7. Uji Kualitas Data

Uji kualitas data diperlukan agar kita mengetahui bahwa instrumen yang kita buat untuk mengukur konsep dalam penelitian terbukti akurat untuk mengukur variabel. Uji kualitas data pada penelitian ini menggunakan uji validitas dan reliabilitas.

Uji validitas adalah ketepatan atau kecermatan suatu instrumen untuk mengukur apa yang ingin diukur.[42] Uji validitas dilakukan kepada 30 orang responden lalu diuji validitasnya dengan Bivariate Pearson dalam program SPSS. Dari output SPSS dapat diketahui nilai korelasi antara skor item dengan skor total yang nilainya akan dibandingkan dengan nilai r tabel. Nilai r tabel dicari pada signifikansi 0,05 atau 5% dengan uji 2 sisi dan jumlah data (n) = 30 adalah 0,361. Dikatakan valid apabila diperoleh r hitung > dari r tabel (0,361).

Setelah dilakukan uji validitas maka pengukuran lain yang juga digunakan untuk menguji kualitas data adalah reliabilitas. Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur, apakah alat ukur yang digunakan dapat diandalkan dan tetap konsisten jika pengukuran tersebut diulang. Metode yang digunakan untuk menguji reliabilitas dalam penelitian ini adalah cronbach's alpha. Menurut Uma Sekaran[43] hasil uji reliabilitas dianggap baik jika :

- Cronbach's alpha < 0,6 : reliabilitas buruk
- Cronbach's alpha 0,6 – 0,79 : reliabilitas diterima
- Cronbach;s alpha 0,8 – 1 : reliabilitas baik

Cronbach's alpha adalah koefisien keandalan yang menunjukan seberapa baik item dalam suatu kumpulan secara positif berkorelasi satu sama lain. Semakin dekat nilai cronbach's alpha dengan nilai 1 maka semakin tinggi keandalan konsistensi internal.[44]

Jika pada uji kualitas data diperoleh taraf signifikansi 0,05 artinya instrumen yang digunakan valid dan apabila diperoleh nilai cronbach's alpha lebih besar dari 0,6 atau bahkan makin mendekati 1 maka dapat dikatakan instrumen yang digunakan reliabel.

---

[42] Priyatno, D.2009. Mandiri Belajar SPSS.Mediakom. Jakarta.h. 16

[43] Sekaran,U. 2003. *Research Method for Business : A Skill Building Approach.* Willey,J & Sons, Inc. USA.

[44] Opcit h. 177

3.7.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

3.7.1.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Kompetensi Perawat

Melalui tabel 9 dapat terlihat bahwa dari 25 pernyataan untuk kompetensi perawat didapatkan hanya 22 butir pernyataan yang valid.

Tabel 9 . Hasil Uji Validitas Variabel Kompetensi Perawat

VARIABEL X1	KOEFISIEN KORELASI	Sig	VALIDITAS
X1.1	0,509	0,004	Valid
X1.2	0,464	0,010	Valid
X1.3	0,574	0,001	Valid
X1.4	0,650	0,000	Valid
X1.5	0,388	0,034	Valid
X1.6	0,633	0,000	Valid
X1.7	0,584	0,001	Valid
X1.8	0,342	0,064	Tidak valid
X1.9	0,529	0,003	Valid
X1.10	0,485	0,007	Valid
X1.11	0,662	0,000	Valid
X1.12	0,658	0,000	Valid
X1.13	0,650	0,000	Valid
X1.14	0,647	0,000	Valid
X1.15	0,521	0,003	Valid
X1.16	0,276	0,319	Tidak valid
X1.17	0,609	0,000	Valid
X1.18	0,603	0,000	Valid
X1.19	0,649	0,000	Valid
X1.20	0,703	0,000	Valid
X1.21	0,506	0,004	Valid
X1.22	0,543	0,002	Valid
X1.23	0,510	0,004	Valid
X1.24	0,554	0,001	Valid
X1.25	0,190	0,314	Tidak valid

Berdasarkan tabel pada lampiran 3 diperoleh bahwa output uji reliabilitas didapatkan nilai alpha cronbach’s sebesar 0,845. Karena nilai alpha cronbach’s

yang diperoleh lebih besar daripada 0,6 maka dapat disimpulkan bahwa alat ukur dalam penelitian tersebut reliabel.

3.7.1.2. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Kinerja Perawat

Tabel 10 memperlihatkan hasil uji validitas dari variabel kinerja perawat. Tabel tersebut memperlihatkan bahwa terdapat 21 butir pernyataan yang valid dari 30 pernyataan yang ada.

Tabel 10. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Kinerja Perawat

VARIABEL Y	KOEFISIEN KORELASI	Sig	VALIDITAS
Y.1	0,668	0,000	Valid
Y.2	0,658	0,000	Valid
Y.3	0,684	0,000	Valid
Y.4	0,636	0,000	Valid
Y.5	0,336	0,070	Tidak valid
Y.6	0,409	0,025	Valid
Y.7	0,500	0,005	Valid
Y.8	0,612	0,000	Valid
Y.9	0,491	0,006	Valid
Y.10	0,734	0,000	Valid
Y.11	0,724	0,000	Valid
Y.12	0,698	0,000	Valid
Y.13	0,754	0,000	Valid
Y.14	-0,052	0,785	Tidak valid
Y.15	0,157	0,406	Tidak valid
Y.16	0,310	0,096	Tidak valid
Y.17	0,629	0,000	Valid
Y.18	0,767	0,000	Valid
Y.19	0,658	0,000	Valid
Y.20	0,040	0,832	Tidak valid
Y.21	0,086	0,652	Tidak valid
Y.22	0,171	0,366	Tidak valid
Y.23	0,666	0,000	Valid
Y.24	0,622	0,000	Valid

Y.25	0,538	0,002	Valid
Y.26	0,616	0,000	Valid
Y.27	0,604	0,000	Valid
Y.28	0,283	0,130	Tidak valid
Y.29	0,255	0,173	Tidak valid
Y.30	0,416	0,022	Valid

Berdasarkan tabel pada lampiran 4, diperoleh bahwa output uji reliabilitas didapatkan nilai alpha cronbach's sebesar 0,951. Karena nilai alpha cronbach's yang diperoleh lebih besar daripada 0,6 dan nilai alpha cronbach's untuk tiap-tiap pernyataan kinerja lebih besar dari 0,6 maka dapat diambil kesimpulan bahwa alat ukur yaitu pernyataan-pernyataan untuk kinerja adalah reliabel.

3.7.2. Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas bertujuan untuk menguji apakah pada model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP. Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi antar variabel independen. Uji multikolinearitas dapat dilakukan dengan melihat nilai *Inflation Factor* (VIF) pada model regresi. Jika nilai VIF lebih besar dari 5, maka dapat dikatakan bahwa variabel tersebut memiliki multikolinearitas.

Dalam penelitian ini variabel yang diteliti tidak ditemukan multikolinearitas, hal ini berdasarkan tabel 11 dimana nilai VIF untuk variabel-variabel tersebut tidak lebih dari 5.

Tabel 11. Nilai VIF Untuk Variabel Independen

Variabel	VIF
Kompetensi perawat (X1)	1.146
Jenis kelamin perawat (X2)	1.134
Kondisi Pasien (X3)	1.073
Penerapan MPKP (X4)	1.193

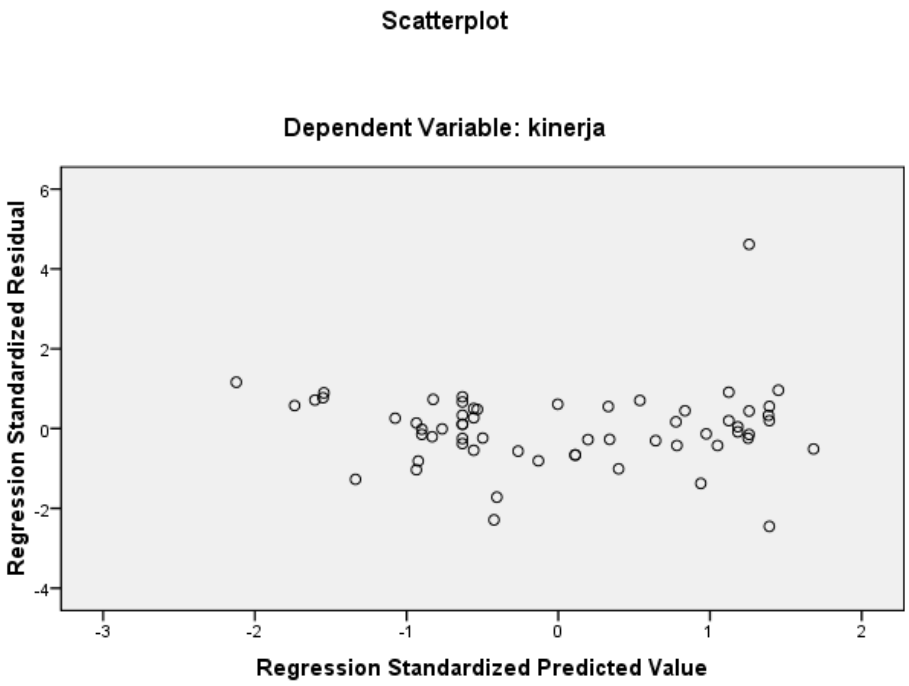
Sumber : lampiran 8

3.7.3. Uji Heterokedastisitas

Uji heterokedastisitas bertujuan apakah dalam model regresi terdapat ketidaksamaan *variance* dari satu *residual* satu pengamatan ke pengamatan lainnya. Jika *variance* dari residual tetap maka dapat dikatakan terjadi heterokedastisitas. Model regresi yang baik adalah homokedastisitas.

Jika hasil analisis adalah suatu pola tertentu, seperti titik-titik yang membentuk pola tertentu yang teratur (bergelombang, melebar kemudian menyempit) maka mengidentifikasikan telah terjadi heterokedastisitas. Jika tidak ditemukan pola yang jelas, serta titik-titik menyebar diatas dan dibawah angka 0 (nol) pada sumbu Y, maka dikatakan terjadi homokedastisitas.

Gambar 5 memperlihatkan bahwa dalam penelitian ini tidak terjadi heterokedastisitas.



Gambar 5 . Uji Heterokedastisitas

3.7.4. Uji Autokorelasi

Autokorelasi adalah hubungan yang terjadi diantara anggota-anggota dari serangkaian pengamatan yang tersusun menurut waktu. Untuk mendeteksi ada nya autokorelasi maka dilakukan pengujian Durbin-Watson. Adapun nilai uji Durbin-Watson berkisar antara 1<DW<3. Bila nilai Durbin-Watson lebih kecil dari 1 atau lebih besar dari 3 maka terjadi autokorelasi.[45] Berdasarkan hasil analisis, nilai Durbin-Watson diperoleh sebesar 2,299 yang berarti tidak terjadi autokorelasi.

Metode pengujian Durbin-Watson juga bisa ditentukan dengan cara sebagai berikut :

- Jika d lebih kecil dari dL atau lebih besar dari (4-dL) maka H0 ditolak yang artinya terdapat autokorelasi.
- Jika d terletak antara dU dan (4-dU) maka H0 diterima artinya tidak terdapat autokorelasi

[45] Uyanto,S.S. 2009. Pedoman Analisis Data dengan SPSS. Graha Ilmu. Yogyakarta.h.248

- Jika d terletak antara dL dan dU atau diantara (4-dU) dan (40dL) maka tidak menghasilkan kesimpulan yang pasti. Dalam kasus seperti ini hasil masih dianggap tidak terjadi autokorelasi dan analisis regresi masih dapat dipergunakan.

Berdasarkan tabel Durbin Watson dengan taraf signifikansi 0,05 untuk n = 60 dan k = 4 diperoleh nilai dL = 1,444 dan dU = 1,727. Hasil analisis regresi diperoleh nilai Durbin Watson sebesar 2,299 yang berada dalam rentang (4-dU) dan (4-dL) yang artinya tidak menghasilkan kesimpulan yang pasti (daerah keragu-raguan).

Kesimpulannya adalah dalam penelitian ini tidak terjadi autokorelasi maka analisis regresinya dapat dipergunakan.

3.8. Metode Analisis

Setelah seluruh data yang diperlukan dalam penelitian terkumpul dari seluruh responden, maka data dikelompokan berdasarkan variabel, menyajikan data dari seluruh variabel dan menganalisis data tersebut dengan menggunakan program SPSS.

3.8.1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif menggambarkan data awal penelitian yang akan digunakan untuk membantu peneliti dalam mengambil keputusan, mencari ukuran dispersi atau penyebaran yaitu standard deviasi dan varians. Jika data yang diperoleh bervariasi maka nilai standard deviasi akan semakin besar.

Dalam analisis deskriptif ini akan digambarkan perbandingan nilai maksimum dengan nilai dari responden dan hasil perbandingan akan dihitung dengan persentase, dengan demikian akan diperoleh gambaran nilai responden dari setiap pernyataan kuesioner.

$$\text{Nilai} = \frac{\text{nilai yang diperoleh}}{\text{nilai maksimum}} \times 100\%$$

Nilai yang diperoleh akan dikelompokan menjadi beberapa kategori penilaian kuesioner oleh responden sebagai berikut :

- Nilai 0 – 20 % → sangat kurang baik
- Nilai 21 – 40 % → kurang baik
- Nilai 41 – 60 % → cukup baik
- Nilai 61 – 80 % → baik
- Nilai 81 – 100% → sangat baik

3.8.2 Analisis Korelasi Majemuk dan Koefisien Determinasi (R dan R^2)

Korelasi majemuk atau nilai R menggambarkan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dalam kelompok penilaian sebagai berikut :

- Nilai R = 0,00 – 0,199 mengambarkan hubungan sangat lemah
- Nilai R = 0,20 – 0,399 menggambarkan hubungan lemah
- Nilai R = 0,40 – 0,599 menggambarkan hubungan cukup kuat
- Nilai R = 0,60 – 0,799 menggambarkan hubungan yang kuat
- Nilai R = 0,80 – 1,000 menggambarkan hubungan sangat kuat

Sedangkan koefisien determinasi atau nilai R^2 menggambarkan seberapa besar variasi dari variabel Y dapat dijelaskan oleh variabel X atau mengukur seberapa dekat garis regresi yang terestimasi dengan data sesungguhnya. Jika koefisien determinasi adalah nol ($R^2 = 0$) maka keseluruhan variasi dari Y tidak dapat diterangkan oleh variabel X. Jika nilai koefisien determinasi adalah satu ($R^2 = 1$) maka semua titik pengamatan atau yang diestimasi berada dalam garis regresi. Nilai R^2 dalam persamaan regresi adalah antara nol dan satu.

3.8.3. Pengujian Hipotesis

Pengujian hipotesis adalah untuk mengetahui apakah koefisien regresi yang diperoleh signifikan atau tidak signifikan.

3.8.3.1. Uji – t

Uji-t atau uji parsial digunakan untuk mengetahui besarnya pengaruh dari kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan

MPKP sebagai variabel independen dengan kinerja perawat sebagai variabel dependen.

Hipotesis yang digunakan sebagai berikut :

1. H0 : variabel tidak berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat
2. H1 : variabel berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat

Pengambilan keputusan berdasarkan penilaian berikut :

- Jika t-hitung < t-tabel atau nilai p value (sig) > level of significant (α = 5%) →H0 diterima dan Hn1 ditolak
- Jika t-hitung > t-tabel atau nilai p value (sig) < level og significant (α = 5%) → maka H0 ditolak dan Hn1 diterima.

Pengambilan keputusan dengan menggunakan p value atau signifikansi yaitu:

a. Jika P (sig) < 0,05 → signifikan, maka dapat dinyatakan bahwa variabel yang diuji tersebut mempunyai pengaruh terhadap kinerja perawat
b. Jika P (sig) > 0,05 → tidak signifikan, maka dapat dinyatakan bahwa variabel yang diuji tersebut tidak mempunyai pengaruh terhadap kinerja perawat.

3.8.3.2. Uji – F

Uji F digunakan untuk mengetahui apakah variabel independen (X1,X2,X3...Xn) secara bersama-sama berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen (Y).

Hasil uji F hitung dapat dilihat pada ouput anova pada analisis regresi linier berganda. Tahap-tahap melakukan uji F adalah :

a) merumuskan hipotesis, yaitu

   H0 : jika tidak ada pengaruh antara kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP terhadap kinerja perawat.

   Ha : Ada pengaruh antara antara kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP terhadap kinerja perawat.

   Menentukan taraf signifikansi dengan menggunakan α = 5% (0,05)
b) Menentukan F hitung yang diperoleh pada tabel anova

c) Menentukan F tabel dengan cara menggunakan taraf signifikan 0,05, df1(jumlah variabel – 1) dan df2 (n-k-1, dimana n = jumlah responden, k= jumlah variabelindependen) .

Berdasarkan perhitungan ini maka diperoleh df1 = 5 -1 = 4 dan df2 = 60-4-1 = 55. Sehingga F tabel = 2,540

d) Kriteria pengujian adalah dengan :

H0 diterima jika F hitung < atau = F tabel

H0 ditolak jika F hitung > F tabel

Karena hasil F hitung = 10,942 > F tabel = 2,540 maka H0 ditolak, maka kesimpulannya kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP berpengaruh secara bersama sama terhadap kinerja perawat.

3.8.4. Analisis Linier Berganda

1) Analisis Regresi Linier Berganda

Penulis menggunakan alat analisis regresi berganda untuk mengetahui apakah terdapat hubungan signifikan antara variabel-variabel independen dengan variabel dependen dan untuk menunjukkan arah dan besaran variabel-variabel dependen dalam penelitian ini.

Untuk mengukur pengaruh kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien serta penerapan MPKP terhadap kinerja perawat dan membandingkan hasilnya pada ruangan yang telah menerapkan MPKP dan non MPKP digunakan formulasi sebagai berikut :

$$\hat{Y} = a0 + a1X1 + a2X2 + d1D1 + d2D2$$

Dimana :

$\hat{Y}$ = Subyek dalam variabel dependen yang diprediksi sebagai kinerja perawat

a_0 = Konstanta

a_1 = Koefisien regresi variabel kompetensi perawat

X_1 = kompetensi perawat

a2 = koefisien regresi untuk kondisi pasien

X2 = kondisi 50% pasien yang dirawat

d1 = Koefisien regresi untuk jenis kelamin perawat

D1 = variabel dummy untuk jenis kelamin perawat

d2 = koefien regresi untuk penerapan MPKP

D2 = variabel dummy untuk penerapan MPKP

Y = Kinerja Perawat

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1.Gambaran Umum Objek Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Dr.Soeharto Heerdjan atau yang dulu lebih dikenal sebagai Rumah Sakit Jiwa Grogol didirikan berdasarkan keputusan kerajaan Belanda (Koninklijkbesluit) tertanggal 30 desember 1865 No. 100 dan berdasarkan keputusan Gubernur Jenderal tertanggal 14 April 1867, namun pembangunannya baru dimulai pada tahun 1876. Pada waktu itu Rumah Sakit Jiwa tidak melayani pasien secara langsung tetapi dari kejaksaan, pamong praja dan instansi pemerintah lainnya atas dasar indikasi gangguan jiwa berat. Hingga saat ini masih melekat pengertian bahwa Rumah Sakit Jiwa hanya menangani pasien dengan gangguan jiwa berat.

Usaha kesehatan jiwa di Indonesia dimulai sejak tahun 1824, yaitu dengan mengadakan penampungan 100 orang pasien gangguan mental di salah satu Rumah Sakit milik Persatuan Orang Cina Indonesia (POCI) dan pada tahun 1923 pasien-pasien tersebut dipindahkan ke Rumah Sakit Jiwa di daerah grogol yang baru dibuka oleh pemerintah Hindia Belanda.

Pada tahun 1942 hingga tahun 1945 Rumah Sakit Jiwa grogol dipakai sebagai kamp konsentrasi untuk tahanan politik oleh fasisme Jepang sementara pasien yang dirawat dipindahkan ke Rumah Sakit Jiwa Bogor (RSJ Cilendek). Pada tahun 1946 Rumah Sakit Jiwa Grogol dipakai untuk pos pertahanan KNIL (Koninklijke Nederlands Indische Leger atau tentara kerajaan Hindia Belanda)

Sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam pengembangan pelayanan kesehatan jiwa maka RSJ Grogol diresmikan sebagai proyek pelopor kesehatan jiwa dibidang prevensi (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) sedangkan rehabilisasi nya dipusatkan di Rumah Sakit Jiwa Marzuki Mahdi, Bogor.

Untuk menghindari stigma buruk masyarakat maka pada tahun 1973 nama Rumah Sakit Jiwa Grogol diubah menjadi Rumah Sakit Jiwa Jakarta dan pada tahun 1993 diubah kembali menjadi Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan hingga saat ini.

RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah Rumah Sakit Jiwa milik pemerintah yang terletak di DKI Jakarta tepatnya di jalan Prof. Dr. Latumenten no. 1, Jakarta Barat serta terletak di kawasan strategis yang mudah dijangkau. RSJ Dr. Soeharto Heerdjan berada dikawasan pusat bisnis, kantor pemerintahan dan swasta juga lingkungan masyarakat yang mayoritas menengah ke atas. Seperti halnya Rumah Sakit umum lainnya. Maka RSJ Dr. Soeharto Heerdjan mempunyai visi misi, motto dan tujuan sebagai RS rujukan Jiwa di Jakarta.

Visi RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah menjadi pusat unggulan dalam pelayanan kesehatan jiwa. Sedangkan misi dari RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan yang bermutu dan dapat dipertanggung jawabkan bagi masyarakat perkotaan di bidang promotif, kuratif, dan rehabilitatif.
2. Melaksanakan pendidikan, pealtihan dan pengembangan ilmu dan teknologi tenaga kesehatan Jiwa.
3. Melaksanakan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat.
4. Meningkatkan kesejahteraan pegawai.

Sedangkan motto dari RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah J.I.W.A yang artinya Jujur, Ikhlas, Waspada dan Arif. Dalam melakukan pelayanan kesehatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan mempunyai tujuan yang terdiri atas tujuan jangkan panjang dan jangka pendek. Tujuan jangka panjang adalah terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan jiwa, sumber daya manusia, kesejahteraan pegawai serta pengembangan sarana dan prasarana. Hal ini juga sejalan dengan tujuan penerapan MPKP yaitu untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Tujuan jangka pendek dari RSJ Dr. Soeahrto Heerdjan meliputi :

1. Tercapainya pelayanan prima dan kepuasan pelanggan
2. Terciptanya pelayanan kesehatan unggulan dalam bidang kesehatan jiwa
3. Tercapainya target penerimaan Rumah Sakit
4. Tersedianya sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa yang profesional.

5. Terselenggaranya Rumah Sakit jiwa terpusat
6. Terciptanya kesejahteraan pegawai

Gambar 6. Tempat Penelitian

RSJ Dr. Soeharto Heerdjan memberikan pelayanan untuk pasien dengan gangguan jiwa, HIV, ketergantungan obat dan konsultasi psikologis untuk anak dan dewasa serta melayani pengobatan umum khususnya rawat jalan. Pelayanan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan terdiri dari pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan rawat jalan meliputi pelayanan konsultasi dengan dokter spesialis jiwa maupun psikolog, konsultasi keperawatan, konsultasi untuk kasus ketergantungan obat dan HIV serta pengobatan umum maupun UGD yang disediakan untuk pasien umum atau non psikiatri. Pelayanan rawat inap terbagi atas ruangan khusus pasien dengan ketergantungan obat, ruangan *Psychiatri Intensive Care Unit* atau disebut juga ruangan PICU, ruangan gangguan jiwa khusus anak dan remaja serta ruangan rawat inap intermediate dan rehabilitatif. Untuk pelayanan tersebut RSJ Dr. Soeharto Heerdjan memberlakukan juga askes, askeskin, SKTM dan gakin

untuk masyarakat yang kurang mampu agar tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara baik.

Selain beberapa jenis fasilitas pelayanan yang telah disebutkan diatas, RSJ Dr. Soeharto Heerdjan juga mempunyai beberapa fasilitas pelayanan kesehatan jiwa yang meliputi :

a. Pelayanan penunjang medik

Pelayanan penunjang medik RSJ Dr. Soeharto Heerdjan meliputi pelayanan radiologi, laboratorium, ECT (Electro Convulsive therapi), EEG (Electro Encephalo Grafi), brain mapping, EKG (Elektro Cardio grafi), Fisiotherapi, stress test atau HRV test, MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), dan USG (ultrasonography).

b. Pelayanan non medik

Pelayanan non medik meliputi pelayanan gizi, laundry dan ambulance service yang digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan.

c. Pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan dilaksanakan disetiap ruangan atau bangsal yang berada dibawah koordinasi wakil direktur pelayanan medis dan kepala bidang keperawatan. Tugas utama pelayanan keperawatan adalah memberikan asuhan keperawatan yang bermutu dengan menggunakan standar asuhan keperawatan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang saat ini sedang mengarah kepada Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Pelayanan keperawatan meliputi pelayanan keperawatan di Unit Gawat Darurat (UGD), konsultasi Psikiatri anak dan remaja serta instalasi rawat jalan yang secara jelas terlihat di poli konsultasi keperawatan. Poli konsultasi keperawatan dilayani oleh seorang perawat senior atau seorang konsultan keperawatan yang ditunjuk oleh kepala bidang keperawatan. Poli ini berfungsi memberikan terapi aktivitas kelompok kepada pasien-pasien rawat jalan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan serta memberikan penyuluhan dan terapi dari

segi keperawatan kepada pasien rawat jalan yang sudah kooperatif atau kepada keluarga sehingga pasien tersebut tetap dalam kondisi terkontrol.

Khusus untuk instalasi rawat inap, RSJ Dr. Soeharto Heerdjan memisahkan ruangan rawat inap pria dan wanita kecuali untuk ruangan PICU yang membedakan pasien pria dan wanita dengan kamar perawatan. Berdasarkan penggolongan pasien, instalasi rawat inap RSJ Dr. Soeharto Heerdjan terbagi atas 5 jenis ruang rawat inap yaitu ruang *Phychiatric Intensive Care Unit* (PICU) atau disebut juga ruang kutilang, ruang rawat inap pria, ruang rawat inap wanita, rawat inap anak dan remaja serta ruang rawat inap untuk ketergantungan obat. Ruang rawat inap pria terdiri dari 7 ruangan yaitu ruangan nuri, cendrawasih, elang, perkutut dan merak. Ruang rawat inap untuk wanita terdiri dari 5 ruangan yaitu ruangan mawar, melati, kenanga dan cempaka. Ruangan untuk gangguan jiwa pada anak dan remaja disebuta ruangan anak, sedangkan ruang rawat inap untuk kasus ketergantungan obat hanya ada 1 ruangan yaitu puri nurani.
gelisah.

d. Pelayanan Administrasi umum

Pelayanan administrasi umum meliputi pelayanan administrasi umum, pelayanan administrasi kepegawaian, pelayanan tata usaha, pelayanan keuangan, pelayanan rekam medik dan pelayanan program dan laporan.

e. Pelayanan Penyelenggaraan Pendidikan

Sesuai dengan fungsi Rumah Sakit Jiwa untuk menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian maka di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dibentuk unit pendidikan dan latihan yang bekerja sama dengan bidang institusi pendidikan dan dinas kesehatan propinsi DKI Jakarta untuk memberikan pelatihan kesehatan jiwa kepada para dokter puskesmas di wilayah DKI Jakarta dan melakukan pelatihan-pelatihan untuk lingkungan karyawan dalam hal peningkatan mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

f. Pelayanan rujukan

RSJ Dr. Soeharto Heerdjan bertindak sebagai RSJ rujukan untuk dokter Rumah sakit dan puskesmas terutama di Jakarta.

g. Pelayanan Unggulan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan

RSJ Dr. Soeharto Heerdjan memiliki beberapa pelayanan unggulan termasuk diantaranya ruangan *Psychiatri Intensive Care Unit* atau PICU, pelayanan psikiatri keliling yang digunakan untuk memberi penyuluhan kesehatan jiwa yang ada di masyarakat, serta pelayanan seminar kesehatan jiwa yang diadakan secara berkala.

h. Profil Ruangan Rawat Inap RSJ Dr. Soeharto Heerdjan

RSJ Dr. Soeharto Heerdjan memiliki 300 tempat tidur yang terbagi atas 11 ruangan rawat inap khusus pria, wanita serta anak dan remaja yang terbagi atas ruangan PICU, intermediate dan rehabilitatif. Ruangan PICU digunakan untuk mengatasi pasien psikiatri akut yang waktu perawatannya kurang dari 7 hari. Setelah pasien dalam keadaan tidak akut, maka pasien dipindahkan ke ruang intermediate yang waktu perawatannya kurang dari 10 hari dan setelah pasien sudah berada dalam kondisi lebih baik, maka pasien dipindahkan ke ruang rehabilitatif agar pasien tersebut mampu untuk hidup bermasyarakat. 84

Ruangan PICU di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah ruangan kutilang yang baru difungsikan sejak bulan April 2010. Sedangkan ruangan intermediate pria adalah ruangan Elang dan ruangan rehabilitatif pria adalah ruangan merak dan perkutut. Kedua ruangan ini merawat pasien kelas III, Gakin, Jamkesmas dan SKTM.

Ruangan intermediate wanita adalah ruangan Cempaka dan ruang rehabilitatifnya adalah ruangan Kenanga. Kedua ruangan ini merawat pasien wanita kelas III, Gakin, Jamkesmas dan SKTM.

Ruangan lain adalah ruangan Cendrawasih yang khusus merawat pasien pria dari kelas VIP mulai dari masa akut, intermediate dan rehabilitatif. Dan ruangan Nuri yang digunakan untuk merawat pasien kelas II , kelas I, Askes dan Pegawai

Negeri Sipil (PNS). Sama seperti ruang Cendrawasih, ruangan ini juga merawat pasien dari keadaan akut, intermediate hingga rehabilitatif.

Ruangan untuk pasien wanita selain Cempaka dan Kenanga adalah ruangan melati yang digunakan untuk merawat pasien mulai keadaan akut, intermediate hingga rehabilitatif. Ruang Melati diperuntukan pasien mulai dari Kelas II, Kelas I, VIP, Askes dan PNS.

Ruangan lain yang juga tersedia di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah ruang rawat inap anak dan remaja yang disediakan untuk merawat gangguan mental pasien pada usia anak-anak dan remaja. Juga tersedia ruang rawat inap lain yang diperuntukan pasien ketergantungan obat yaitu puri nurani yang terkadang digunakan juga untuk merawat pasien gangguan mental dari kelas III, SKTM, jamkesmas dan gakin. Hal ini dikarenakan jumlah pasien ruangan Elang yang melebihi kapasitas tempat tidur yang tersedia di ruangan Elang.

Secara keseluruhan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan memiliki ruangan perawatan VIP yang terdiri dari 8 tempat tidur, Kelas I yang terdiri 35 tempat tidur, kelas II yang terdiri 32 tempat tidur dan kelas III, Gakin, JPS dan SKT M sebanyak 225 tempat tidur.

4.2.Hasil Penelitian

4.2.1. Analisis Deskriptif

1) Karakteristik responden di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan

Dengan karakteristik responden ini akan diketahui kriteria perawat yang berperan sebagai responden berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan masa kerja serta kaitannya dengan kinerja perawat.

1. **Frekuensi responden menurut jenis kelamin**

Tabel 12. Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	Laki-laki	13	21,67
2.	Perempuan	47	78,33
	Total	60	100

Sumber : data analisis deskriptif RSJ

Dari tabel 12 dapat diketahui bahwa jumlah perawat yang menjadi sampel untuk penelitian ini sebanyak 47 orang atau 78,33% adalah wanita sedangkan 13 orang lainnya atau 21,67% adalah pria. Menurut hasil observasi dan wawancara yang dilakukan pada pra penelitian didapatkan bahwa perawat wanita memiliki tingkat absensi baik berupa ketidak hadiran, keterlambatan hadir atau ijin pulang sebelum waktunya dibandingkan dengan perawat pria. Hal ini diduga akan mempenagruhi kinerja perawat secara keseluruhan di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

2. **Frekuensi Responden Menurut Usia**

Berdasarkan usia maka diperoleh usia termuda perawat adalah 19 tahun dan yang tertua adalah 52 tahun.

Tabel 13. Frekuensi Responden Menurut Kelompok Usia

No.	Kelompok usia	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	19 – 30 tahun	24	40,00
2.	31 – 42 tahun	25	41,67
3.	43 – 54 tahun	11	18,33
	Total	60	100

Sumber : data analisis deskriptif RSJ

Berdasarkan tabel 13 dapat diketahui bahwa mayoritas perawat yang menjadi responden berusia antara 31 – 42 tahun yaitu sebanyak 25 orang atau 41,67 %. Perawat yang berusia 19 – 30 tahun sebanyak 24 orang atau 40 % dan perawat yang berumur 43– 54 tahun sebanyak 11 orang atau 18,33%.

3. Frekuensi Responden Menurut Pendidikan

Berdasarkan jenjang pendidikan untuk perawat yang menjadi responden dalam penelitian ini diketahui bahwa pendidikan terendah adalah SPK dan tertinggi adalah S1 Keperawatan.

Mayoritas jenjang pendidikan perawat yang menjadi responden adalah D3 Keperawatan yaitu sebanyak 48 orang atau 80%. Sebanyak 10 orang atau 16,67 % perawat berpendidikan S1 Keperawatan dan 2 orang atau 3,33 % perawat berpendidikan SPK.

Tabel 14. Frekuensi Responden Menurut Pendidikan

No.	Jenjang Pendidikan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	SPK	2	3,33
2.	D1 Keperawatan	0	0,00
3.	D3 Keperawatan	48	80,00
4.	S1 Keperawatan	10	16,67
	Total	60	100

Sumber : data analisis deskriptif RSJ

4. Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja

Berdasarkan data analisis deskriptif RSJ diketahui bahwa masa kerja terpendek perawat adalah 1 tahun dan terpanjang adalah 22 tahun. Berdasarkan tabel 13 maka dapat diketahui bahwa masa kerja perawat yang menjadi responden untuk penelitian mayoritas memiliki masa kerja selama 1 – 8 tahun yaitu sebanyak 41 orang atau 68,33%.

Sedangkan perawat yang memiliki masa kerja 9 – 16 tahun sebanyak 13 orang atau 21,67% dan perawat dengan masa kerja antara 17 – 23 tahun sebanyak 6 orang atau 10% .

Tabel 15. Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja

No.	Masa Kerja	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	Antara 1 – 8 tahun	41	68,33
2.	Antara 9 – 16 tahun	13	21,67
3.	Antara 17 – 23 tahun	6	10,00
	Total	60	100,00

Sumber : Data Analisis Deskriptif RSJ

2) Analisis Penilaian Responden Untuk Variabel Kompetensi Perawat dan Kinerja Perawat

1. Penilaian responden Untuk variabel Kompetensi Perawat

Dari tabel 16 dapat diketahui bahwa untuk variabel kompetensi perawat dengan indikator keterampilan, persentase terendah terdapat pada pernyataan nomor 5 (perawat mengerti alur untuk mengurus SKTM, gakin dan jamkesmas untuk pasien kurang mampu) yaitu sebesar 3,73 (74,67%) dan tergolong kategori baik, dan masih harus ditingkatkan menjadi sangat baik.

Pada indikator pengetahuan diketahui bahwa nilai terendah pada pernyataan nomor 19 (Perawat mengambil sikap proaktif dalam melakukan tugas dan mengajak teman sekerja untuk melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan untuk masing-masing pasien secara berkesinambungan) dan nomor 20 (Perawat mampu mengkordinir acara/kegiatan yang dilakukan d lingkungan kerja dan mengajak teman sejawat untuk ikut berpartisipasi) dengan nilai 3,78 (75,67%) dan masih termasuk dalam kategori baik dan dapat ditingkatkan kedalam kategori sangat baik.

Pada indikator perilaku,nilai terendah didapatkan pada pernyataan nomor 21 (Perawat selalu mengingatkan apabila teman sekerja melakukan kelalaian) dan nomor 24 (Perawat memberikan pendidikan kesehatan jiwa terhadap keluarga pasien) yaitu sebesar 3,88 (77,67%) dan terdapat dalam kategori baik dan dapat ditingkatkan menjadi kategori sangat baik. Nilai rata-rata terkecil terdapat pada pernyataan nomor 5 (perawat mengerti alur untuk mengurus SKTM, gakin dan

jamkesmas untuk pasien kurang mampu) yaitu sebesar 3,73 (74,67%) dan nilai rata-rata terbesar terdapat pada pernyataan nomor 2 (Perawat mampu melakukan pengukuran tanda vital (tekanan darah, denyut jantung, suhu dan pernafasan) pasien dengan tepat) yaitu sebesar 4,30 (86,00%).

Tabel 16. Penilaian Responden Untuk Variabel Kompetensi Perawat

Pernyataan	Rata-rata	Persentase (%)
KETERAMPILAN		
Mengaplikasikan teknologi:		
1.Dapat menggunakan alat kesehatan yang ada diruang perawatan dengan cara yang benar	4,25	85,00
2. Melakukan pengukuran tanda vital pasien dengan tepat.	4,30	86,00
Memecahkan masalah:		
3. Mengatasi pasien yang mengalami psikosis akut (lepas kendali)	3,95	79,00
4. Mengatasi kendala yang timbul akibat ketidak hadiran rekan perawat yang lain	3,88	77,67
5. Mengerti alur untuk mengurus SKTM, gakin, Jamkesmas untuk pasien yang kurang mampu	3,73	74,67
Kreativitas dan Inovasi:		
6. Aktif dalam memberikan saran mengenai kegiatan alternatif yang dapat membantu proses kesembuhan pasien.	3,85	77,00
7.Melibatkan pasien yang sudah dalam keadaan lebih baik untuk membantu pasien lain dalam melakukan kegiatan	3,97	79,33
Kemampuan menulis yang baik :		
8. Mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan secara baku dalam rekam medis	3,90	78,00
9. Menuliskan instruksi dokter dengan jelas dan dapat dimengerti oleh rekan sekerja yang lain atau tim medis yang lain	4,07	81,33
Komunikasi verbal:		
10. Salam terapeutik kepada pasiennya	3,95	79,00
11. Memberikan *reinforcement* positif terhadap teman sekerja dan atasannya	3,95	79,00
12. Menjelaskan dengan baik mengenai kondisi	4,03	80,67

pasien kepada atasan, dokter maupun keluarga pasien		
Nilai rata-rata	3,00	79,00
PENGETAHUAN		
Pengetahuan yang luas tentang pekerjaan (*Diversity):*		
14. Merawat pasien gangguan jiwa yang juga memiliki penyakit fisik	4,00	80,00
15. Menanggulangi kedaruratan medis.	3,92	78,33
Profesionalisme:		
17. Mengajarkan teknik yang membantu penyembuhan pasien sesuai dengan gangguan kejiwaannya	4.05	81,00
18. Memberikan rekomendasi tempat perawatan sesuai dengan perkembangan kondisi pasien.	3,80	76,00
Jiwa kepemimpinan :		
19. Sikap proaktif dalam melakukan tugas dan mengajak teman sekerja untuk melakukan asuhan keperawatan	3,78	75,67
20. Mengkoordinir acara/ kegiatan yang dilakukan di lingkungan kerja	3,78	75,67
Nilai rata-rata	3.83	77.78
PERILAKU :		
Kemampuan bekerja dalam tim:		
21.Mengingatkan apabila teman sekerja melakukan kelalaian	3,88	77,67
22. Pendelegasian tugas secara benar kepada perawat yang berdinas selanjutnya	4,07	81,33
23. Kesadaran sendiri membantu pekerjaan temannya	4,17	83,33
Kepedulian terhadap lingkungan:		
24. Pendidikan kesehatan jiwa terhadap keluarga pasien	3,88	77,67
Nilai rata-rata	4,00	80,00
RATA-RATA TOTAL	3,33	78,93

2. Penilaian responden Untuk Variabel Kinerja Perawat

Dari tabel 17 dapat diketahui bahwa nilai terendah terdapat pada dimensi pendekatan manajemen yaitu sebesar 3,25 (65,00%) dan termasuk dalam kategori

baik tetapi perlu ditingkatkan untuk menjadi kategori sangat baik. Nilai rata-rata terbesar terdapat pada pernyataan no 7 (Perawat selalu merawat pasien isolasi sosial) sebesar 3,85 (77,00%) dan berada dalam kategori baik dan perlu ditingkatkan hingga menjadi kategori sangat baik.

Tabel 17. Penilaian Responden Untuk Variabel Kinerja Perawat

Pernyataan	Rata-rata	Persentase (%)
PENDEKATAN MANAJEMEN		
1.Membuat rencana harian	3,25	65,00
Nilai rata-rata	3,25	65,00
PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN		
2. Merawat pasien dengan gangguan konsep harga diri rendah	3,77	75,33
3.Berperan dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) untuk pasien gangguan konsep diri : harga diri rendah	3,73	74,67
4. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah	3,67	73,33
5.Mengambil peran dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan	3,72	74,33
6.Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan risiko perilaku kekerasan	3,62	72,33
7. Merawat pasien isolasi sosial	3,85	77,00
8.Berperan serta dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) pasien isolasi sosial	3,82	76,33
9. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan isolasi sosial	3,62	72,33
10. Merawat pasien waham	3,60	72,00
11. Berperan serta dalam TAK untuk pasien waham	3,52	70,33
12. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan waham	3,37	67,33
13. Merawat pasien dengan risiko bunuh diri	3,72	74,33
14.Berperan serta dalam TAK untuk pasien risiko bunuh diri	3,57	71,33
15.Berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan risiko bunuh diri	3,60	72,00

16. Menggunakan strategi pelaksanaan keperawatan saat berinteraksi dengan pasien	3,67	73,33
17. Mengevaluasi kemampuan pasien	3,80	76,00
18.Membuat jadual harian untuk melatih kemampuan pasien	3,47	69,33
19 Melatih keluarga merawat selama berada di rumah sakit	3,57	71,33
20. Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien	3,58	71,67
21.Mempersiapkan keluarga dalam merawat pasien di rumah	3,77	75,33
22. Mendokumentasikan semua tindakan keperawatan	3,82	76,33
Nilai rata-rata	3,66	73,16
Rata-rata total	3,45	69,08

Kesimpulan dari hasil penelitian responden terhadap kompetensi perawat dengan indikator keterampilan pernyataan nomor 5 (perawat mengerti alur untuk mengurus SKTM, gakin dan jamkesmas untuk pasien kurang mampu) mendapat nilai terkecil yaitu sebesar 3,73 (74,67%). Nilai tersebut berada dalam kategori baik tetapi perlu dilakukan peningkatan agar dapat berada dalam kategori sangat baik. Nilai rata-rata terbesar terdapat pada pernyataan nomor 2 (Perawat mampu melakukan pengukuran tanda vital (tekanan darah, denyut jantung, suhu dan pernafasan) pasien dengan tepat) yaitu sebesar 4,30 (86,00%) dan berada dalam kategori sangat baik sehingga perlu dipertahankan.

Hasil penelitian responden terhadap kinerja perawat mencapai nilai terendah pada indikator pendekatan manajemen yaitu sebesar sebesar 3,25 (65,00%) dan termasuk dalam kategori baik tetapi perlu ditingkatkan untuk menjadi kategori sangat baik. Sedangkan untuk nilai rata-rata tertinggi terdapat pada indikator pemberian asuhan keperawatan untuk pernyataan nomor 7 (Perawat selalu merawat pasien isolasi sosial) sebesar 3,85 (77,00%) tetapi masih berada dalam kategori baik dan perlu ditingkatkan hingga menjadi kategori sangat baik.

3) **Perbandingan Nilai Rata-Rata Kompetensi Perawat, Kondisi Pasien dan Kinerja di Ruangan MPKP dan non MPKP**

Berdasarkan perhitungan untuk nilai rata-rata kompetensi, kondisi pasien dan kinerja perawat (tabel 18) maka diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata kompetensi perawat MPKP sebesar 4,05 (80,97%) dan non MPKP 3,88 (77,52%). Ini berarti perawat ruangan MPKP memiliki kompetensi yang lebih baik daripada perawat ruangan non MPKP.

Nilai rata-rata untuk kondisi pasien untuk ruang MPKP adalah 2,37 dan non MPKP adalah 2,33 maka artinya setengah dari jumlah pasien yang dirawat diruangan MPKP dan non MPKP memiliki gangguan antara nilai 2 dan nilai 3 yang berarti gangguan sedang dan berat.

Nilai rata-rata kinerja untuk ruangan MPKP diperoleh hasil sebesar 4,10 (81,94%) dan ruangan non MPKP 3,53 (70,52%) hal ini mencerminkan bahwa kinerja perawat di ruang MPKP lebih baik dari pada ruang non MPKP.

Tabel 18. Perbandingan Nilai Rata-Rata Kompetensi Perawat (X1), Kondisi Pasien (X3) dan Kinerja Perawat (Y) di Ruangan MPKP dan non MPKP

Variabel	Ruang MPKP		Ruang non MPKP	
	Nilai	Persentase (%)	Nilai	Persentase (%)
X1	4,05	80,97	3,88	77,52
X2	2,37	-	2,33	-
Y	4,10	81,94	3,53	70,52

Sumber : data perbandingan MPKP dan non MPKP

Tabel 18 memperlihatkan bahwa kinerja perawat ruang MPKP lebih tinggi daripada ruang non MPKP, namun tidak ada penghargaan atau insentif untuk perawat yang bekerja di ruangan yang telah menerapkan MPKP.

4.2.2. Analisis Regresi Linier Berganda

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat di RSJ. Dr. Soeharto Heerdjan, peneliti menggunakan kompetensi perawat, jenis kelamin

perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP sebagai variabel independen (X) dan kinerja perawat sebagai variabel dependen (Y) yang akan dianalisis dengan analisis regresi linier berganda.

Analisis regresi linier berganda merupakan pengembangan dari analisis regresi sederhana dimana terdapat lebih dari satu variabel independen (X). Analisis linier regresi berganda digunakan untuk melihat pengaruh signifikan sejumlah variabel indepeden (X1,X2,X3...Xn) terhadap variabel dependen (Y) dan menentukan arah dan besarnya pengaruh variabel-variabel independen terhadap variabel dependen. Untuk mengukur regresi linier berganda maka dilakukan analisis koefisien determinasi, Uji F dan analisis koefisien regresi.

Tabel 19. Hasil Analisis Regresi Berganda

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.093	.840		2.493	.016
	Kompetensi	.503	.210	.258	2.399	.020
	jeniskelaminperawat	-.047	.131	-.039	-.362	.719
	kondisipasien	-.218	.097	-.235	-2.255	.028
	penerapanmpkp	.498	.111	.494	4.500	.000

a. Dependent Variable: kinerja

Dari tabel 19 terlihat bahwa variabel penerapan MPKP memiliki pengaruh yang sangat signifikan terhadap kinerja perawat dengan nilai sig 0,000. Variabel kompetensi dan kondisi pasien memiliki pengaruh signifikan terhadap kinerja perawat dengan nilai sig masing-masing 0,020 dan 0,028.

1. **Analisis Koefisien Determinasi (R^2)**

Hasil analisis regresi berganda pada lampiran 8 didapatkan nilai kinerja perawat (Y) memiliki nilai R sebesar 0,666. Hal ini menggambarkan bahwa variabel independen yaitu kompetensi perawat, jenis kelamin, kondisi pasien dan penerapan MPKP sebagai memiliki hubungan yang kuat dengan kinerja perawat sebagai variabel dependen.

Sedangkan kinerja perawat yang memiliki nilai R^2 sebesar 0,443 menjelaskan bahwa sekitar 44,30% kinerja perawat dapat dijelaskan oleh variabel independen (X1,X2,X3,X4), sedangkan sisanya sebesar 55,70% ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak dilibatkan dalam penelitian ini.

2. **Uji Anova (Uji F)**

Hasil analisis regresi berganda pada lampiran 8 diketahui bahwa kinerja perawat memiliki nilai F sebesar 10,942 dan tingkat signifikansi = 0,000 (lebih kecil dari 0,05). Berdasarkan perhitungan ini maka diperoleh df1 = 5 -1 = 4 dan df2 = 60-4-1 = 55. Sehingga F tabel = 2,383

Kriteria pengujian adalah dengan H0 diterima jika F hitung < atau = F tabel dan H0 ditolak jika F hitung > F tabel. Karena hasil F hitung = 10,942 > F tabel = 2,383 maka H0 ditolak.

Oleh karena itu variabel independen (X1,X2,X3,X4) secara keseluruhan dapat dipakai untuk memprediksi variabel kinerja perawat (Y). Dengan kata lain variabel independen (X) berpengaruh terhadap kinerja perawat (Y), sehingga model regresi dapat dipergunakan.

Kesimpulannya adalah variabel kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP secara bersama-sama memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kinerja perawat.

3. **Uji t (Uji hipotesis)**

Uji hipotesis dilakukan untuk mengetahui apakah variabel-variabel independen (X) masing-masing atau secara individu berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen (Y).

Hipotesis yang diajukan adalah :

H0 : koefisien regresi tidak signifikan

H1 : koefisien regresi signifikan

Nilai uji t dinilai melalui probabilitas P (signifikan), dengan syarat :

- Jika nilai P $\leq$ 0,01 maka variabel independen berpengaruh sangat signifikan terhadap variabel dependen.
- Jika nilai 0,01 < P $\leq$ 0,05 maka variabel independen berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen.
- Jika nilai P > 0,05 maka variabel independen tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen

Berdasarkan hasil analisis (lampiran 8), diketahui bahwa konstanta = 2,093 dengan nilai P = 0,016, maka dapat dikatakan bahwa konstanta tersebut signifikan. Koefisien regresi kompetensi perawat = 0,503 dengan nilai P = 0,020 maka dapat dikatakan bahwa variabel kompetensi perawat berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat. Kondisi pasien memiliki koefisien regresi = - 0,218 dengan nilai P = 0,028 maka dapat dikatakan bahwa variabel kondisi pasien berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat. Penerapan MPKP memiliki koefisien regresi = 0,498 dengan nilai P = 0,000 maka dapat dikatakan bahwa penerapan MPKP berpengaruh sangat signifikan terhadap kinerja perawat. Berdasarkan uji t dapat diketahui bahwa hanya variabel kompetensi perawat dan penerapan MPKP saja yang memiliki t-hitung > t-tabel. Nilai t-tabel dihitung berdasarkan pada tabel distribusi t dicari pada α = 5% : 2 = 2,5% (uji 2 sisi) dengan derajat kebebasan (df) = 55, sehingga nilai diperoleh nilai t tabel sebesar 2,004. Variabel kompetensi perawat memiliki t hitung sebesar 2,399, kondisi pasien memiliki t hitung – 2,255 dan penerapan MPKP memiliki t hitung sebesar 4,500 dan keduanya memiliki nilai lebih besar dari pada t tabel 2,004 sehingga dapat diambil kesimpulan H0 ditolak. Dengan kata lain bahwa variabel kompetensi perawat dan penerapan MPKP secara parsial memiliki pengaruh terhadap kinerja perawat. Untuk variabel kondisi pasien memiliki t-hitung < t-tabel, maka H0 diterima.

4. Analisis Beta Coefficients

Untuk menganalisis variabel independen yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat, peneliti menggunakan Beta Coefficients dalam regresi berganda seperti pada tabel 20 berikut ini :

Tabel 20. Beta Coefficients Kinerja Perawat

Variabel Independen (X)	**Variabel Dependen (Y)** Kinerja Perawat
Kompetensi perawat (X1)	**0.258**
Jenis kelamin perawat (D1)	-.039
Kondisi pasien (X2)	-.235
Penerapan MPKP (D2)	**.494**

Faktor paling dominan yang meningkatkan kinerja perawat adalah penerapan MPKP (X4) dengan nilai beta coefficients 0,494 kemudian diikuti dengan kompetensi perawat (X1) dengan nilai beta coefficients 0,258.

Setelah melihat hasil dari analisis linier berganda pada tabel 19, maka model persamaannya menjadi :

Y = 2,093+ 0,503X1 - 0,218 X2 + 0,498 D2.

Nilai dari persamaan diatas menjelaskan penambahan satu nilai variabel kompetensi perawat akan meningkatkan kinerja perawat sebesar 0,503. Variabel penerapan MPKP juga akan meningkatkan sebesar 0,498 terhadap kinerja perawat sedangkan penambahan satu nilai terhadap variabel kondisi pasien, justru akan menurunkan kinerja perawat sebesar 0,218. Hal ini sejalan dengan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Palembang pada tahun 2001 yang dilakukan oleh Vonny Umboh (2001) yang mengatakan beban kerja memiliki pengaruh terhadap kinerja perawat. Maka dapat dikatakan bahwa jika kondisi pasien mayoritas dalam keadaan berat, maka beban kerja perawat akan meningkat dan hal ini akan menurunkan kinerja perawat. Hasil penelitian ini diperkuat dengan teori yang dikemukakan Cherinton bahwa kinerja berkaitan dengan pencapaian target kerja yang berkaitan dengan kualitas, kuantitas dan waktu juga kondisi yang memungkinkan pekerja bekerja secara maksimal. Untuk penelitian ini dapat dikatakan jika kondisi mayoritas pasien dalam keadaan berat dan perawat

ruangan tidak mampu memberikan pelayanan keperawatan dan tidak berhasil merawat pasien sesuai target waktu yang diperkirakan dan perawat tidak dapat bekerja dalam kondisi maksimal, maka hal ini akan menjadi dampak negatif untuk perawat lainnya sehingga menurunkan kinerja perawat tersebut.

Variabel jenis kelamin perawat dinilai tidak mempengaruhi kinerja perawat. Hal ini disebabkan nilai signifikansi pada variabel jenis kelamin adalah 0,719 dimana nilai tersebut lebih besar dari alpha (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin tidak memiliki pengaruh terhadap kinerja perawat. Beberapa penelitian yang dilakukan juga tidak menemukan perbedaan yang signifikan tentang kinerja pada pria dan wanita.[46]

4.2.3 Pembahasan Hasil Penelitian

1) Berdasarkan model pembahasan secara deskriptif maka diketahui rata-rata kinerja menunjukan bahwa perawat ruang rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan memiliki kinerja yang baik. Jika berdasarkan ruangan MPKP dan non MPKP maka perawat di ruang MPKP memiliki rata-rata kinerja yang lebih baik dibandingkan dengan perawat yang berada di ruang non MPKP. Berdasarkan rata-rata kompetensi maka dapat diketahui bahwa perawat di ruangan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan memiliki kompetensi yang baik. Hal ini sejalan dengan teori kinerja yang dikemukakan oleh Gibson, Robert L. Mathis dan John H. Jackson serta Mangkunegara yang telah di kemukakan pada bab terdahulu yang menyatakan bahwa terdapat faktor kemampuan, keterampilan, sikap, pendidikan yang merupakan bagian dari kompetensi dan struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan dan sistem penghargaan yang merupakan bagian dari penerapan MPKP yang juga mempengaruhi kinerja.

2) Menurut pembahasan secara analitik yaitu berdasarkan nilai perhitungan koefisien determinasi, uji hipotesis F dan analisis regresi menyatakan tidak adanya pengaruh signifikan antara jenis kelamin perawat dengan kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto

[46] Robbins, S.P dan Judge,T.A. Perilaku Organisasi (terjemahan) ed 12. Salemba Empat. Jakarta. h.65

Heerdjan. Sedangkan berdasarkan hasil regresi berganda dan hasil uji hipotesis F didapatkan bahwa variabel kompetensi perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kinerja perawat, dengan variabel MPKP yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang dibuktikan melalui uji koefisien regresi yang dapat dilihat dari nilai sig pada tabel 19. Hasil dari uji koefisien determinasi (R^2) terhadap variabel kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP diperoleh hasil sebesar 0,443 dan hal ini menggambarkan 44,30 % adalah total kontribusi keberagaman dari masing-masing variabel indepeden tersebut dengan variabel dependen yaitu kinerja perawat. Hal ini juga memiliki arti bahwa sebesar 55,70% menggambarkan sebab-sebab lain diluar dari keempat variabel independen yang diteliti yang mempengaruhi kinerja perawat. Sebab-sebab lain seperti yang dikemukakan oleh Mangkunegara serta Gibson meliputi tingkat kehadiran, faktor psikologis, fleksibilitas, sikap mental, latar belakang keluarga dan tingkat sosial seseorang.

3) Penelitian ini diperkuat oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sasongko, A.H (2010), yang menyatakan bahwa kompetensi memiliki pengaruh yang positif terhadap kinerja. Sedangkan menurut Vonny Umboh (2001) menyatakan bahwa kinerja perawat dipengaruhi oleh desain pekerjaan dan beban kerja. Hal ini memperkuat penelitian penulis bahwa kinerja bisa dipengaruhi oleh desain pekerjaan atau pedoman tugas yang harus dilakukan oleh seorang perawat. MPKP mengatur desain pekerjaan mulai dari kepala ruangan, ketua tim hingga perawat pelaksana sehingga membantu meningkatkan kinerja perawat. Sedangkan variabel beban kerja menguatkan penelitian penulis bahwa kondisi pasien yang berat akan berpengaruh negatif terhadap menurunnya kinerja perawat. Dari penelitian ini diperoleh kesimpulan bahwa kinerja tidak dipengaruhi jenis kelamin perawat yang bekerja di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) telah diterapkan untuk merawat pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan sejak tahun 2005. MPKP sendiri merupakan suatu bentuk keperawatan terpadu yang terdiri dari 4 pilar sebagai berikut: Pendekatan manajemen, kompensasi dan penghargaan, hubungan profesional serta asuhan keperawatan. Pada tahun 2005 hampir seluruh ruangan menerapkan MPKP, namun jumlah ini turun menjadi hanya 3 ruangan pada tahun 2009. Peristiwa ini memicu pertanyaan apakah MPKP meningkatkan kinerja atau justru menurunkan kinerja perawat dan hal inilah yang menjadi masalah penelitian. Masalah penelitian ini akan dianalisa dengan analisis regresi berganda dimana variabel independennya adalah kompetensi perawat, jenis kelamin perawat, kondisi pasien dan penerapan MPKP dengan variabel dependennya adalah kinerja perawat.

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan bab IV, maka dapat diambil kesimpulan bahwa metode MPKP sangat berpengaruh terhadap kinerja perawat, disamping kompetensi perawat. Jenis kelamin perawat diketahui tidak berpengaruh terhadap kinerja perawat, tetapi kondisi pasien berpengaruh terbalik terhadap kinerja perawat. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Keliat bahwa penerapan MPKP akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Seperti telah disinggung sebelumnya bahwa MPKP memiliki 4 pilar, yang kesemuanya itu berhubungan satu sama lain. Sebagai bahan penelitian, dipilih sebuah ruangan yang telah menerapkan MPKP akan menilai penerapan MPKP tersebut berdasarkan 4 pilar diatas secara berkala, termasuk menilai kinerja perawat. Jadi jika MPKP diterapkan secara baik, maka kinerja perawat dapat dipantau secara berkala dan dapat digunakan sebagai evaluasi kinerja perawat yang telah ada. ini sesuai dengan teori Mangkunegara yang mengatakan bahwa faktor kemampuan mempengaruhi kinerja, juga teori Gibson yang

mengemukakan bahwa faktor individu yaitu keterampilan dan kemampuan berpengaruh pada kinerja. Variabel kondisi pasien yang akan menurukan kinerja sesuai dengan teoari yang dikemukakan Cherington (1994) yang mengatakan bahwa kinerja optimal terwujud jika terdapat kondisi yang memungkinkan bekerja optimal. Jika mayoritas kondisi pasien memburuk mengakibatkan perawat tidak mampu bekerja optimal, dan hal ini akan menurunkan kinerja. Variabel jenis kelamin perawat tidak mempengaruhi kinerja perawat. Dalam penelitian ini juga diketahui bahwa ketiga ruangan yang telah menerapkan MPKP memiliki kinerja yang lebih baik dari pada ruangan yang belum menerapkan MPKP.

Penerapan MPKP merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kinerja perawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan Keliat bahwa penerapan MPKP yang baik akan meningkatkan kinerja perawat dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah dikemukakan diatas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Meningkatkan kompetensi perawat RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan cara meningkatkan keterampilan dalam hal memecahkan masalah yang terjadi dalam proses keperawatan dan salah satu contohnya adalah dengan mempelajari alur untuk mengurus SKTM, gakin dan jamkesmas untuk pasien kurang mampu yang merupakan masalah yang sering terjadi di ruang rawat inap RSJ DR. Seharto Heerdjan dimana sebagian besar pasien yang dirawat merupakan pengguna SKTM, Gakin ataupun Jamkesmas. Dalam hal ini pihak Rumah Sakit harus meangalokasikan dana yang akan dipergunakan untuk kegiatan pelatihan dan pengembangan perawat atau pun untuk sosialisasi program pemerintah yang berlaku di rumah sakit seperti Gakin, Jamkesmas ataupun SKTM.
2. Mempertahankan kinerja yang telah baik dan memperbaiki dimensi kinerja dengan nilai rata-rata rendah dalam dimensi pendekatan manajemen yaitu

dengan membuat rencana harian yang digunakan sebagai pedoman untuk melakukan pelayanan keperawatan.

3. Berdasarkan nilai kinerja diruang MPKP yang lebih tinggi dari pada ruang non MPKP dan karena variabel MPKP adalah variabel yang paling dominan yang mempengaruhi kinerja perawat maka penulis menyarankan untuk menerapkan MPKP pada seluruh ruang perawatan di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan terlebih dahulu memberikan pelatihan MPKP kepada para perawat dan melakukan monitor dan evaluasi terhadap ruangan yang telah menerapkan MPKP. Sebaiknya diberlakukan sistem penghargaan salah satunya dengan kompensasi finansial kepada perawat yang bekerja di ruangan MPKP sebagai implementasi pilar III MPKP sehingga perawat-perawat yang bekerja diruangan MPKP dapat termotivasi dan kinerja perawat akan bertambah baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sensusiati (2003) yang menyatakan bahwa faktor penghargaan dan pengembangan diri akan meningkatkan kinerja perawat

DAFTAR PUSTAKA

Aditama, T. 2007. Manajemen Administrasi Rumah Sakit edisi 2. Jakarta : UI Press

Chanafie, Djuariah. (2009). diktat kuliah manajemen keperawatan UIEU

Keliat,Budi Anna. 2009. Diktat Kuliah Manajemen Keperawatan UIEU

Keliat,Budi Anna. 2010. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta : EGC

Malhotra,N.K. 2006. Riset Pemasaran Pendekatan Terapan (terjemahan). Jakarta : Indeks

Mangkuprawira,S. 2004. Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik. Jakarta : Ghalia Indonesia

Martoyo, S.2007. Manajemen Sumber Daya Manusia edisi 5. Yogyakarta : BPFE Yogyakarta

Mathis,R.L and Jackson,J.H. 2008. Human Resource Management 12th ed. Oklahoma, USA : Thomson South-Western

Mondy. 2008. Manajemen Sumber Daya Manusia (terjemahan) jilid 1 edisi 10. Jakarta : Erlangga

Noe, A.R. et al. 2008. Human Resource Management : Gaining a Competitive Advantage. McGraw Hill. USA

Nursalam.2007. Manajemen Keperawatan, Aplikasi dan Praktik Keperawatan Profesional edisi 2. Jakarta: Penerbit Salemba Medika

Potter. 2009. *Fundamental of Nursing* (terjemahan) Buku 1 edisi 7. Jakarta : Salemba empat.

Priyanto,D. 2009. Mandiri Belajar SPSS. Mediakom. Yogyakarta

Priyatno, D. 2010. Paham Analisa Statistik Data dengan SPSS. Mediakom. Yogyakarta

Rivai,V.H dan atau Sagala,J.E.2009. Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Perusahaan. edisi 2. Jakarta : Rajawali Pers

Robbins,S dan atau Judge,T. 2008. *Organizational Behaviour* 12th edition. New Jersey : Pearson Education

Sasongko,A.H. 2010. Kompetensi, Motivasi, Peran Kepemimpinan dan Kinerja Pegawai Direktorat Jendral Perdagangan Dalam Negeri. Jakarta : Tesis Universitas Esa Unggul

Sekaran,U. 2003. Research Methods for Bussiness. New York : John Wiley and Sons

Sensusiati, 2003. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2003. Universitas Indonesia. Depok.

Santoso, S. 2010. Statistik Parametrik. Elex Media Komputindo. Jakarta

Sitorus, Ratna.(2006). Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit. Jakarta : EGC

Suarli, S.2009.Manajemen Keperawatan, dengan Pendekatan Praktis. Jakarta: Penerbit Erlangga

Sugiyono. 2007. Metode Penelitian Bisnis. Bandung : CV. Alfabeta

Sunyoto,D. 2009. Analisis Regresi Berganda dan Uji Hipotesis. Yogyakarta : Media Pressindo

Umam,Khaerul. 2010. Perilaku Organisasi. Bandung : CV. Pustaka Setia

Umar, Husein.2003. Metode Riset Bisnis. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama

Umboh,V. 2001. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Palembang 2001. Universitas Indonesia. Depok.

Uyanto,S.S. 2009. Pedoman Analisis Data dengan SPSS. Graha Ilmu. Yogyakarta

Wibowo. 2010. Budaya Organisasi. Jakarta : Rajawali Press

LAMPIRAN 1 : KUESIONER KOMPETENSI PERAWAT, JENIS KELAMIN, KONDISI PASIEN, PENERAPAN MPKP DAN KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT JIWA DR. SOEHARTO HEERDJAN

Jakarta, 8 Januari 2011

Kepada yth ,

Perawat RSJ Dr. Soeharto Heerdjan

Dengan hormat,

Bersama surat ini saya mohon bantuan dari bapak dan ibu selaku perawat RSJ Dr. Soeharto Heerdjan untuk meluangkan waktu sejenak mengisi kuesioner mengenai keperawatan. Adapun hasil dari kuesioner ini akan digunakan sebagai data untuk tesis saya yang berjudul :"Peran Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan." Tema ini diambil karena saya melihat perawat sebagai ujung tombak pelayanan keperawatan dan sebagai tenaga medis yang memiliki frekuensi paling banyak untuk berinteraksi dengan pasien di setiap rumah sakit.

Penelitian ini juga digunakan untuk mendukung kegiatan penerapan MPKP yang sedang dilakukan dengan supervisi MPKP di setiap ruangan rawat inap RSJ Dr. Soeharto Heerdjan pada bulan September sampai dengan Oktober 2010 yang lalu. Hasil penelitian ini nanti nya juga dapat digunakan untuk menilai dampak dari supervisi yang dilakukan oleh bagian konsultan keperawatan selama periode tersebut.

Akhir kata saya selaku penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya untuk bantuan bapak dan ibu sekalian.

Hormat saya,

Dr. Mulan Michelle Imelda

PERAN PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL TERHADAP KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT JIWA DR. SOEHARTO HEERDJAN

BIODATA PERAWAT

Nama Perawat	:
Jenis Kelamin	: (1) pria
	(2) wanita
Tempat / tanggal lahir	:
Pendidikan terakhir	:
Lama bekerja di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan	:
Ruangan tempat bekerja	: (1) ruang perawatan MPKP
	(2) ruang perawatan non MPKP

KONDISI PASIEN

K1 . Lebih dari 50% pasien dalam keadaan kondisi gangguan :

1. ringan
2. sedang
3. berat
4. remisi parsial
5. remisi total

KINERJA

Tanggal :

Nama Perawat yang dinilai :

Nama penilai (kepala ruangan) :

Ruangan : ..... MPKP / non MPKP

Petunjuk :

- Kuesioner Kinerja Perawat harus diisi oleh Kepala Ruangan di ruang tempat perawat yang bersangkutan tersebut bekerja
- Berilah tanda (V) atas pernyataan-pernyataan berikut sesuai dengan kegiatan MPKP yang dilakukan oleh perawat.

Nilai 1 : apabila anda sangat tidak setuju dengan pernyataan tersebut

Nilai 2 : apabila anda tidak setuju dengan pernyataan tersebut

Nilai 3 : apabila anda kurang setuju dengan pernyataan tersebut

Nilai 4 : apabila anda setuju dengan pernyataan tersebut

Nilai 5 : apabila anda sangat setuju dengan pernyataan tersebut

No.	Pernyataan	5	4	3	2	1
1.	Perawat selalu membuat rencana harian					
2.	Perawat selalu merawat pasien dengan gangguan konsep harga diri rendah					
3.	Perawat selalu berperan serta dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) untuk pasien gangguan konsep diri : harga diri rendah					
4.	Perawat selalu berperan serta dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah					
5.	Perawat selalu merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan					
6.	Perawat selalu mengambil peran dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) untuk pasien dengan					

	risiko perilaku kekerasan					
7.	Perawat selalu mengambil peran dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan risiko perilaku kekerasan					
8.	Perawat selalu merawat pasien isolasi sosial					
9.	Perawat selalu berperan serta dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) pasien isolasi sosial					
10.	Perawat selalu berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan isolasi social					
11.	Perawat selalu merawat pasien waham					
12.	Perawat selalu berperan serta dalam TAK untuk pasien waham					
13.	Perawat selalu berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan waham					
14.	Perawat selalu merawat pasien dengan halusinasi					
15.	Perawat selalu berperan serta dalam TAK untuk pasien halusinasi					
16.	Perawat selalu berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan halusinasi					
17.	Perawat selalu merawat pasien dengan risiko bunuh diri					
18.	Perawat selalu berperan serta dalam TAK untuk pasien risiko bunuh diri					
19.	Perawat selalu berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan risiko bunuh diri					
20.	Perawat selalu merawat pasien dengan defisit					

	perawatan diri					
21.	Perawat selalu berperan serta dalam TAK untuk pasien defisit perawatan diri					
22.	Perawat selalu berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien dengan defisit perawatan diri					
23.	Perawat selalu menggunakan strategi pelaksanaan keperawatan saat berinteraksi dengan pasien					
24.	Perawat selalu mengevaluasi kemampuan pasien					
25.	Perawat selalu membuat jadual harian untuk melatih kemampuan pasien					
26.	Perawat juga melatih keluarga merawat selama berada di rumah sakit					
27.	Perawat selalu mengevaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien					
28.	Perawat selalu membantu mempersiapkan keluarga dalam merawat pasien di rumah					
29.	Perawat selalu melakukan evaluasi kembali mengenai kemampuan keluarga untuk merawat pasien setelah membantu persiapan keluarga untuk merawat pasien dirumah					
30.	Perawat selalu mendokumentasikan semua tindakan keperawatan					

KOMPETENSI

No	Pernyataan	5	4	3	2	1
	Keterampilan					
	Mengaplikasikan teknologi :					
1.	Perawat dapat menggunakan alat kesehatan yang ada di ruang perawatan dengan cara yang benar.					
2.	Perawat mampu melakukan pengukuran tanda vital (tekanan darah, denyut jantung, suhu dan pernafasan) pasien dengan tepat.					
	Memecahkan masalah :					
3.	Perawat mampu mengatasi pasien yang mengalami psikosis akut (lepas kendali)					
4.	Perawat mampu mengatasi kendala yang timbul akibat ketidak hadiran rekan perawat yang lain					
5	Perawat mengerti alur untuk mengurus SKTM, gakin, Jamkesmas untuk pasien yang kurang mampu					
	Kreativitas dan inovasi :					
6.	Perawat aktif dalam memberikan saran mengenai kegiatan alternatif (berkebun, olahraga, memasak) yang dapat membantu proses kesembuhan pasien.					
7.	Perawat melibatkan pasien yang sudah dalam keadaan lebih baik untuk membantu pasien lain dalam melakukan kegiatan (ibadah, olah raga, mandi dan merawat diri)					
8	Perawat mengajarkan tanggung jawab dan cara bersikap terhadap orang lain dengan sopan secara langsung					
	Kemampuan menulis yang baik :					
9.	Perawat mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan secara baku (terdapat tanggal, waktu, jenis tindakan dan nama perawat) dalam rekam medis pasien Keadaan pasien selalu dituliskan dalam rekam medis					

	dengan tulisan yang mudah dipahami oleh yang membacanya					
10.	Perawat menuliskan instruksi dokter dengan jelas dan dapat dimengerti oleh rekan sekerja yang lain atau tim medis yang lain					
15 16 17	Oral communication : Perawat selalu melakukan salam terapeutik kepada pasiennya Perawat memiliki kemampuan untuk memberikan *reinforcement* positif terhadap teman sekerja dan atasannya Perawat mampu menjelaskan dengan baik mengenai kondisi pasien, tingkat kemajuan dan terapi yang akan atau telah dilakukan pasien kepada atasan, dokter maupun keluarga pasien					
	Pengetahuan					
18. 19.	Diversity : Perawat mampu untuk merawat pasien gangguan jiwa yang juga memiliki penyakit fisik lainnya seperti hipertensi, diabetes, jantung dan kelainan paru. Perawat mampu menanggulangi kedaruratan medis.					

	Profesional :					
20.	Perawat mampu membedakan dan menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan terhadap pasien berdasarkan rufa					
21.	Perawat mengajarkan teknik untuk menghardik, mengontrol emosi atau hal lain yang membantu penyembuhan pasien sesuai dengan gangguan kejiwaannya					
22.	Perawat memiliki kemampuan untuk memberikan rekomendasi tempat perawatan sesuai dengan perkembangan kondisi pasien.					
	Kepemimpinan:					
23.	Perawat mengambil sikap proaktif dalam melakukan tugas dan mengajak teman sekerja untuk melakukan asuhan keperawat sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan untuk masing-masing pasien secara berkesinambungan					
24.	Perawat mampu mengkoordinir acara/ kegiatan yang dilakukan di lingkungan kerja dan mengajak teman sejawat untuk ikut berpartisipasi					
	Trait (Attitude)					
	Team work :					
25.	Perawat selalu mengingatkan apabila teman sekerja melakukan kelalaian					
26.	Perawat melakukan pendelegasian tugas secara benar kepada perawat yang berdinas selanjutnya					
27.	Jika pekerjaannya telah selesai, perawat dengan kesadaran sendiri membantu pekerjaan temannya					
	Kepedulian lingkungan sosial :					
28.	Perawat memberikan pendidikan kesehatan jiwa terhadap keluarga pasien					
29.	Perawat merujuk pasien yang pulang ke keperawatan					

	kesehatan jiwa masyarakat (CMHN = Community Mental Health Nursing)					

LAMPIRAN 2: TABEL UJI VALIDITAS KINERJA PERAWAT

Correlations

		pertanyaan1	pertanyaan2	pertanyaan3	pertanyaan4	pertanyaan5	pertanyaan6	pertanyaan7	pertanyaan8	pertanyaan9	pertanyaan10	pertanyaan11	pertanyaan12	pertanyaan13	pertanyaan14	pertanyaan15	pertanyaan16	pertanyaan17	pertanyaan18	pertanyaan19	pertanyaan20	pertanyaan21	pertanyaan22	pertanyaan23	pertanyaan24	pertanyaan25	pertanyaan26	pertanyaan27	pertanyaan28	pertanyaan29	pertanyaan30	s.total
pertanyaan1	Pearson Correlation	1	.410*	.478**	.468**	.159	.173	.370*	.233	.191	.380*	.437*	.386*	.441*	.015	.121	.213	.363*	.484**	.411*	.222	.342	.343	.366*	.503**	.307	.263	.545**	.106	.101	.374*	.668**
	Sig. (2-tailed)		.025	.009	.009	.403	.360	.044	.215	.337	.039	.016	.035	.015	.937	.523	.259	.049	.007	.024	.239	.064	.064	.047	.005	.099	.160	.002	.579	.595	.007	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan2	Pearson Correlation	.410*	1	.556**	.435*	.102	.207	.230	.456*	.341	.664**	.428*	.359*	.435*	.079	.228	.366*	.298	.489**	.416*	.000	-.038	-.069	.412*	.162	.112	.259	.336	.555**	.429*	.266	.658**
	Sig. (2-tailed)	.025		.001	.016	.593	.273	.221	.011	.065	.000	.019	.051	.016	.677	.226	.045	.110	.006	.025	1.000	.843	.716	.024	.235	.556	.169	.069	.001	.018	.158	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan3	Pearson Correlation	.470**	.556**	1	.295	.073	-.016	.080	.523**	.455*	.608**	.792**	.647**	.627**	-.077	-.038	-.213	.503**	.515**	.481*	-.062	-.258	-.185	.515**	.642**	.375*	.493**	.562**	.148	-.003	.196	.694**
	Sig. (2-tailed)	.009	.001		.113	.700	.934	.674	.003	.012	.000	.000	.000	.000	.040	.075	.259	.005	.004	.010	.832	.172	.329	.004	.000	.041	.006	.001	.436	.986	.300	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan4	Pearson Correlation	.468**	.435*	.295	1	.336	.647**	.823**	.555**	.544**	.598**	.295	.343	.441*	.130	.396*	.467**	.179	.340	.195	.259	-.085	.151	.340	.317	.253	.141	.136	.096	-.015	.048	.636**
	Sig. (2-tailed)	.009	.016	.113		.070	.000	.000	.001	.002	.000	.127	.063	.015	.488	.030	.009	.344	.066	.307	.169	.653	.427	.066	.069	.177	.458	.473	.612	.938	.808	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan5	Pearson Correlation	.159	.102	.073	.336	1	.518**	.256	.471*	.217	.179	.279	.190	.191	.163	.211	.165	.050	.146	.043	.059	.055	.048	.044	-.030	.207	.079	.089	-.037	-.062	.105	.326
	Sig. (2-tailed)	.403	.593	.700	.070		.003	.053	.009	.250	.343	.136	.315	.311	.333	.263	.383	.793	.441	.820	.756	.773	.810	.817	.874	.272	.683	.641	.848	.743	.580	.078
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan6	Pearson Correlation	.173	.207	-.016	.647**	.518**	1	.854**	.356	.466*	.264	-.072	-.012	.065	.426	.496**	.376	-.233	-.028	-.191	.341	.224	.406*	.180	.123	.140	.119	.060	.298	.062	.111	.409
	Sig. (2-tailed)	.360	.273	.934	.000	.003		.000	.053	.009	.159	.704	.950	.733	.019	.006	.041	.215	.885	.313	.065	.235	.009	.342	.519	.459	.532	.752	.110	.628	.559	.025
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan7	Pearson Correlation	.370*	.230	.080	.823**	.256	.854**	1	.418*	.328	.484**	.119	.176	.309	.135	.390*	.364*	.051	.295	.084	.019	.187	.237	.087	.379	.018	.214	.268	.237	.007	.091	.500**
	Sig. (2-tailed)	.044	.221	.674	.000	.053	.000		.022	.077	.007	.532	.351	.096	.475	.033	.036	.789	.114	.659	.920	.321	.207	.611	.662	.926	.256	.152	.207	.969	.633	.005
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan8	Pearson Correlation	.233	.456*	.523**	.555**	.471**	.356	.418*	1	.807**	.772**	.546**	.546**	.546**	-.043	-.049	.063	.339	.284*	.319	-.290	-.210	-.299	.310	.344	.193	.135	.169	.060	-.065	.248	.612**
	Sig. (2-tailed)	.215	.011	.003	.001	.009	.053	.022		.000	.000	.002	.002	.002	.823	.797	.739	.067	.031	.087	.121	.096	.109	.095	.063	.307	.479	.372	.754	.734	.186	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan9	Pearson Correlation	.191	.341	.455*	.544**	.217	.466*	.328	.807**	1	.695**	.376	.376	.467**	.112	-.082	-.006	.148	.189	.195	-.188	-.222	-.140	.251	.422*	.072	.065	.018	-.022	-.152	.060	.491**
	Sig. (2-tailed)	.337	.065	.012	.002	.250	.009	.077	.000		.000	.041	.041	.009	.557	.630	.975	.434	.318	.329	.569	.238	.462	.181	.020	.705	.732	.925	.907	.391	.826	.006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan10	Pearson Correlation	.380*	.664**	.608**	.598**	.179	.264	.484**	.772**	.695**	1	.544**	.593**	.707**	-.164	-.086	.144	.421	.559**	.504**	-.235	-.190	-.208	.442*	.394*	.101	.326	.404*	.104	.023	.180	.734**
	Sig. (2-tailed)	.039	.000	.000	.000	.343	.159	.007	.000	.000		.000	.001	.000	.388	.653	.449	.017	.001	.004	.210	.314	.269	.014	.031	.596	.079	.027	.584	.906	.342	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan11	Pearson Correlation	.437*	.428*	.792**	.295	.279	-.072	.119	.546**	.376	.544**	1	.882**	.807**	-.393*	-.372*	-.163	.765**	.732**	.736**	-.366*	-.296	-.324*	.482*	.532**	.353	.635**	.497**	-.032	-.040	.124	.724**
	Sig. (2-tailed)	.016	.019	.000	.127	.136	.704	.532	.002	.041	.000		.000	.000	.032	.043	.389	.000	.000	.000	.047	.113	.081	.016	.002	.056	.000	.005	.865	.834	.514	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan12	Pearson Correlation	.386	.359	.843**	.343	.190	-.012	.176	.546**	.376	.593**	.882**	1	.829**	-.393*	-.261	-.163	.823**	.642**	.545**	-.497**	-.362*	-.263	.597**	.612**	.418*	.571**	.431*	-.032	-.115	.124	.698**
	Sig. (2-tailed)	.035	.051	.000	.063	.315	.950	.351	.002	.041	.001	.000		.000	.032	.117	.389	.000	.000	.002	.005	.049	.160	.000	.000	.021	.001	.017	.865	.545	.514	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan13	Pearson Correlation	.441*	.435*	.627**	.441*	.191	.065	.309	.546**	.467**	.707**	.807**	.829**	1	-.298	-.258	-.069	.812**	.678**	.617**	-.422*	-.295	-.261	.533**	.601**	.251	.624**	.422*	-.104	-.182	.111	.754**
	Sig. (2-tailed)	.015	.016	.000	.015	.311	.733	.096	.002	.009	.000	.000	.000		.109	.169	.716	.000	.000	.000	.020	.127	.163	.002	.000	.057	.000	.020	.583	.334	.558	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan14	Pearson Correlation	.015	.079	-.077	.130	.163	.426	.135	-.043	.112	-.164	-.393	-.393	-.298	1	.726**	.607**	-.530**	-.411	-.422*	.491	.253	.250	-.252	-.164	-.115	-.303	-.346	.143	.240	.137	-.052
	Sig. (2-tailed)	.937	.677	.040	.488	.333	.019	.475	.823	.557	.388	.032	.032	.109		.000	.000	.003	.024	.020	.010	.177	.183	.179	.385	.544	.103	.061	.451	.196	.471	.785
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan15	Pearson Correlation	.121	.228	-.038	.396*	.211	.496**	.390*	-.049	-.082	-.086	-.372*	-.263	-.258	.726**	1	.629**	-.321	-.107	-.291	.380*	.291	.411*	-.015	-.189	.133	-.219	-.133	.362*	.432*	.263	.157
	Sig. (2-tailed)	.523	.226	.675	.030	.263	.006	.033	.797	.630	.653	.043	.117	.169	.000		.000	.084	.574	.118	.029	.118	.024	.936	.317	.484	.247	.484	.050	.017	.161	.408
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan16	Pearson Correlation	.213	.366*	-.213	.467**	.165	.376*	.364*	.063	-.006	.144	-.163	-.163	-.069	.607**	.629**	1	-.067	.284	.031	.364*	.166	.265	.020	-.175	.043	-.014	-.043	.265	.550**	.288	.310
	Sig. (2-tailed)	.259	.045	.259	.009	.383	.041	.036	.739	.975	.449	.389	.389	.716	.000	.000		.723	.823	.869	.049	.379	.158	.918	.356	.822	.941	.822	.158	.002	.122	.096
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan17	Pearson Correlation	.363*	.298	.503**	.179	.050	-.233	.051	.339	.148	.421	.765**	.623**	.612**	-.530**	-.321	-.067	1	.921**	.946**	-.205	-.170	-.195	.406*	.418*	.347	.586**	.442*	.039	.103	.212	.629**
	Sig. (2-tailed)	.049	.110	.005	.344	.793	.215	.789	.067	.434	.017	.000	.000	.000	.003	.084	.723		.000	.000	.277	.368	.301	.007	.022	.060	.001	.015	.838	.589	.260	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan18	Pearson Correlation	.484**	.489**	.515**	.340	.146	-.028	.295	.284*	.189	.559**	.732**	.642**	.678**	-.411	-.107	.284	.921**	1	.926**	-.165	-.058	-.093	.597**	.391	.260	.596**	.484*	.130	.152	.255	.767**
	Sig. (2-tailed)	.007	.006	.004	.066	.441	.885	.114	.031	.318	.001	.000	.000	.000	.024	.574	.823	.000		.000	.384	.760	.626	.001	.036	.051	.001	.010	.494	.422	.174	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan19	Pearson Correlation	.411*	.416*	.481*	.195	.043	-.191	.084	.319	.195	.504**	.736**	.545**	.617**	-.422*	-.291	.031	.946**	.926**	1	-.064	-.032	-.148	.402*	.380*	.254	.586**	.362*	.000	.126	.201	.658**
	Sig. (2-tailed)	.024	.025	.010	.307	.820	.313	.659	.087	.329	.004	.000	.002	.000	.020	.118	.869	.000	.000		.736	.866	.436	.007	.034	.175	.001	.037	1.000	.501	.286	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan20	Pearson Correlation	.222	.000	-.062	.058	.059	.341	.019	-.290	-.188	-.235	-.366*	-.497**	-.422*	.491	.380*	.364*	-.205	-.165	-.064	1	.837**	.808**	-.066	.000	.022	-.150	-.022	.162	.175	.017	.040
	Sig. (2-tailed)	.239	1.000	.832	.759	.758	.065	.920	.121	.588	.210	.047	.005	.020	.010	.029	.048	.277	.384	.736		.000	.000	.537	1.000	.909	.429	.909	.394	.355	.928	.832
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan21	Pearson Correlation	.342	-.038	-.258	-.085	.055	.224	.187	-.210	-.222	-.190	-.296	-.362*	-.295	.253	.291	.166	-.170	-.058	-.032	.837**	1	.852**	.018	.112	.086	-.084	.154	.138	.004	.009	.086
	Sig. (2-tailed)	.064	.843	.172	.653	.773	.235	.321	.096	.238	.314	.113	.049	.127	.177	.118	.379	.368	.760	.866	.000		.000	.926	.555	.728	.821	.416	.473	.982	.964	.652
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan22	Pearson Correlation	.343	-.069	-.185	.151	.048	.406*	.237	-.299	-.140	-.208	-.324	-.263	-.261	.250	.411*	.265	-.195	-.093	-.148	.808**	.852**	1	.196	.205	.202	-.033	.202	.258	.077	.000	.171
	Sig. (2-tailed)	.064	.716	.329	.427	.010	.009	.207	.109	.462	.269	.081	.160	.163	.183	.024	.156	.301	.626	.436	.000	.000		.326	.276	.285	.862	.285	.183	.685	1.000	.366
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan23	Pearson Correlation	.366*	.412*	.515**	.340	.044	.180	.087	.310	.251	.442*	.482*	.597**	.533**	-.252	-.015	.020	.486**	.587**	.482*	-.090	.018	.188	1	.656**	.584**	.449*	.315	.130	.066	.196	.668**
	Sig. (2-tailed)	.047	.024	.004	.066	.817	.342	.611	.095	.181	.014	.010	.000	.002	.179	.938	.918	.007	.001	.007	.637	.626	.326		.000	.001	.013	.090	.494	.729	.300	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan24	Pearson Correlation	.503**	.162	.642**	.317	-.030	.123	.379	.344	.422	.394	.532**	.612**	.601**	-.164	-.189	-.175	.418*	.381	.380*	.000	.112	.205	.656**	1	.531**	.349	.396*	.033	-.127	.158	.622**
	Sig. (2-tailed)	.005	.035	.000	.088	.874	.519	.062	.063	.020	.031	.002	.000	.000	.388	.317	.356	.022	.038	.034	1.000	.555	.276	.000		.003	.059	.029	.863	.503	.406	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan25	Pearson Correlation	.307	.112	.375*	.253	.207	.140	.019	.193	.072	.101	.353	.418*	.351	-.115	.133	.043	.347	.360	.254	.022	.066	.202	.594**	.531**	1	.493**	.413*	.000	.175	.533**	.538**
	Sig. (2-tailed)	.099	.556	.041	.177	.272	.459	.920	.307	.705	.596	.056	.021	.057	.544	.484	.822	.060	.051	.175	.909	.729	.285	.001	.003		.006	.023	1.000	.355	.002	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan26	Pearson Correlation	.263	.259	.493**	.141	.079	.119	.214	.135	.065	.326	.635**	.571**	.624**	-.303	-.218	-.014	.586**	.597**	.586**	-.150	-.094	-.033	.448*	.349	.493**	1	.579**	.106	.230	.390*	.618**
	Sig. (2-tailed)	.160	.169	.006	.458	.683	.532	.256	.479	.732	.079	.000	.001	.000	.103	.247	.941	.001	.001	.001	.429	.621	.862	.013	.059	.006		.001	.577	.222	.033	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan27	Pearson Correlation	.545**	.336	.562**	.136	.089	.060	.268	.169	.018	.404*	.497**	.431*	.422*	-.346	-.133	-.043	.442*	.484*	.382*	-.022	.154	.202	.315	.398*	.413*	.579**	1	.323	.325	.413*	.604**
	Sig. (2-tailed)	.002	.069	.001	.473	.641	.752	.152	.372	.925	.027	.005	.017	.020	.061	.484	.822	.015	.010	.037	.909	.416	.285	.086	.029	.023	.001		.082	.080	.023	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan28	Pearson Correlation	.106	.555**	.148	.096	-.037	.298	.237	.060	-.022	.104	-.032	-.032	-.104	.143	.362*	.265	.039	.130	.000	.162	.136	.250	.130	.033	.000	.106	.323	1	.598**	.192	.283
	Sig. (2-tailed)	.579	.001	.436	.612	.846	.110	.207	.754	.907	.584	.865	.865	.583	.451	.050	.156	.838	.494	1.000	.394	.473	.183	.494	.863	1.000	.577	.082		.001	.310	.130
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan29	Pearson Correlation	.101	.429*	-.003	-.015	-.062	.062	.007	-.065	-.152	.023	-.040	-.115	-.182	.243	.432*	.550**	.103	.152	.128	.175	.004	.077	.088	-.127	.175	.230	.325	.598**	1	.503**	.250
	Sig. (2-tailed)	.595	.019	.988	.938	.743	.628	.969	.734	.391	.906	.834	.545	.334	.196	.017	.002	.589	.422	.501	.355	.982	.685	.729	.503	.355	.222	.080	.001		.001	.173
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan30	Pearson Correlation	.374	.266	.196	.048	.105	.111	.091	.248	.060	.180	.124	.124	.111	.137	.263	.288	.212	.265	.201	.017	.009	.000	.196	.158	.533**	.390*	.413*	.192	.503**	1	.416*
	Sig. (2-tailed)	.087	.156	.300	.808	.580	.559	.633	.186	.628	.342	.514	.514	.558	.471	.161	.122	.260	.174	.286	.928	.964	1.000	.300	.406	.002	.033	.023	.310	.001		.022
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
s.total	Pearson Correlation	.668**	.658**	.694**	.636**	.326	.409*	.500**	.612**	.491**	.734**	.724**	.698**	.754**	-.052	.157	.310	.629**	.767**	.658**	.040	.086	.171	.668**	.622**	.538**	.618**	.604**	.283	.255	.416*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.078	.025	.005	.000	.006	.000	.000	.000	.000	.785	.408	.096	.000	.000	.000	.832	.652	.366	.000	.000	.002	.000	.000	.130	.173	.022	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

LAMPIRAN 3 : TABEL UJI VALIDITAS KOMPETENSI PERAWAT

Correlations

		pertanyaan1	pertanyaan2	pertanyaan3	pertanyaan4	pertanyaan5	pertanyaan6	pertanyaan7	pertanyaan8	pertanyaan9	pertanyaan10	pertanyaan11	pertanyaan12	pertanyaan13	pertanyaan14	pertanyaan15	pertanyaan16	pertanyaan17	pertanyaan18	pertanyaan19	pertanyaan20	pertanyaan21	pertanyaan22	pertanyaan23	pertanyaan24	pertanyaan25	total
pertanyaan1	Pearson Correlation	1	.802**	.436	.488*	.388	.442*	.547**	.482*	.103	.394	.307	.387	.363	.508*	.471*	-.227	.483*	.039	.139	.190	.214	.239	.244	.474*	-.304	.509*
	Sig. (2-tailed)		.000	.016	.006	.045	.014	.002	.006	.587	.021	.099	.047	.739	.004	.009	.227	.006	.837	.463	.316	.257	.222	.195	.009	.103	.004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan2	Pearson Correlation	.802**	1	.458*	.410*	.372	.396	.526**	.486**	-.042	-.032	.312	.191	.139	.306	.245	-.197	.526**	.096	.067	.042	.242	.252	.234	.492**	-.339	.464*
	Sig. (2-tailed)	.000		.011	.024	.705	.030	.003	.007	.827	.866	.093	.311	.463	.100	.192	.297	.003	.851	.647	.827	.197	.179	.214	.006	.069	.010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan3	Pearson Correlation	.436	.458*	1	.743**	.452*	.259	.485**	.345	.042	-.075	.259	.225	.430	.191	.371*	.280	.376	.491**	.120	.196	-.053	.000	.079	-.021	.134	.574**
	Sig. (2-tailed)	.016	.011		.000	.012	.171	.005	.062	.825	.695	.052	.232	.018	.313	.044	.116	.041	.006	.529	.300	.779	1.000	.680	.910	.480	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan4	Pearson Correlation	.488*	.410*	.743**	1	.359	.404*	.618**	.410*	.111	-.074	.446*	.226	.421*	.285	.571**	.352	.462*	.424*	.365*	.294	.141	.094	.274	.234	-.106	.655**
	Sig. (2-tailed)	.006	.024	.000		.052	.027	.000	.024	.559	.698	.013	.067	.020	.127	.001	.793	.006	.020	.047	.114	.457	.621	.143	.260	.576	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan5	Pearson Correlation	.388	.372	.452*	.259	1	.038	.235	-.159	.135	.126	-.023	.407*	.395*	-.026	.075	.410*	-.157	.331	.250	.254	-.172	.119	-.095	-.028	.472*	.368*
	Sig. (2-tailed)	.045	.705	.012	.052		.846	.211	.425	.476	.477	.905	.026	.031	.863	.696	.024	.408	.074	.058	.055	.364	.530	.619	.882	.009	.034
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan6	Pearson Correlation	.442*	.396*	.259	.404*	.038	1	.538**	.543**	.099	.114	.488*	.188	.092	.280*	.211	.148	.574**	.282	.345	.439*	.201	.360	.503**	.350	-.063	.633**
	Sig. (2-tailed)	.014	.030	.171	.027	.846		.002	.002	.603	.550	.006	.341	.630	.038	.263	.434	.001	.131	.062	.015	.374	.039	.005	.059	.627	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan7	Pearson Correlation	.547**	.526**	.485**	.618**	.235	.538**	1	.738**	-.076	-.173	.235	.387*	.367*	.298	.445*	-.110	.491*	.286	.364	.251	.129	.395	.362	.369	-.270	.584**
	Sig. (2-tailed)	.002	.003	.005	.000	.211	.002		.000	.688	.360	.211	.035	.046	.109	.013	.460	.006	.112	.039	.182	.509	.127	.050	.150	.144	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan8	Pearson Correlation	.482**	.486**	.345	.410*	-.159	.543**	.738**	1	-.296	-.365*	.227	-.056	-.041	.308	.341	-.090	.515**	-.007	.060	.349	.167	.089	.315	.150	-.450*	.342
	Sig. (2-tailed)	.006	.007	.062	.024	.425	.002	.000		.112	.047	.228	.767	.829	.097	.065	.636	.004	.970	.753	.797	.289	.602	.090	.427	.012	.064
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan9	Pearson Correlation	.103	-.042	.042	.111	.135	.099	-.076	-.296	1	.760**	.474**	.472**	.527**	.469**	.327	.045	.264	.342	.596**	.498**	.267	.268	.168	.443*	.210	.529**
	Sig. (2-tailed)	.587	.827	.825	.559	.479	.603	.688	.112		.000	.008	.008	.003	.009	.078	.812	.159	.065	.000	.005	.053	.155	.220	.014	.265	.003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan10	Pearson Correlation	.394	-.032	-.075	-.074	.126	.114	-.173	-.365*	.760**	1	.360	.426*	.363	.510**	.275	.224	.170	.294	.415*	.604**	.247	.394	.363	.410*	.446*	.485**
	Sig. (2-tailed)	.021	.866	.695	.698	.477	.550	.360	.047	.000		.051	.019	.037	.004	.142	.234	.370	.279	.023	.000	.360	.055	.743	.025	.014	.007
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan11	Pearson Correlation	.307	.312	.259	.446*	-.023	.488*	.235	.227	.474**	.360	1	.407*	.516**	.610**	.447*	.125	.540**	.331	.247	.354	.472**	.239	.189	.491**	-.025	.862**
	Sig. (2-tailed)	.099	.093	.052	.013	.905	.006	.211	.228	.008	.051		.026	.003	.000	.013	.509	.002	.074	.188	.055	.008	.205	.316	.008	.896	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan12	Pearson Correlation	.387	.191	.225	.339	.407*	.188	.387	-.056	.472**	.426*	.407*	1	.798**	.289	.272	.051	.226	.642**	.671**	.567**	.342	.427*	.362	.467*	.136	.858**
	Sig. (2-tailed)	.047	.311	.232	.067	.026	.341	.035	.767	.008	.019	.026		.000	.124	.146	.853	.231	.000	.000	.001	.064	.019	.105	.010	.473	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan13	Pearson Correlation	.363	.139	.430	.421	.395	.092	.367	-.041	.527**	.363	.516**	.798**	1	.259	.279	.194	.202	.717**	.515**	.595**	.229	.139	.137	.169	.275	.855**
	Sig. (2-tailed)	.039	.463	.018	.020	.031	.630	.046	.829	.003	.037	.003	.000		.167	.136	.305	.285	.000	.004	.001	.221	.466	.470	.374	.142	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan14	Pearson Correlation	.508*	.306	.191	.285	-.026	.280	.298	.308	.469*	.510**	.610**	.289	.259	1	.665**	-.082	.493*	.382	.336	.558**	.571**	.536**	.355	.552**	-.366	.847**
	Sig. (2-tailed)	.004	.100	.313	.127	.890	.038	.109	.097	.009	.004	.000	.124	.167		.000	.745	.006	.745	.070	.004	.001	.002	.054	.002	.051	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan15	Pearson Correlation	.471*	.245	.371*	.571**	.075	.211	.445*	.341	.327	.275	.447*	.272	.279	.665**	1	-.226	.403*	.220	.372*	.365*	.133	.261	.139	.367*	-.315	.521**
	Sig. (2-tailed)	.009	.192	.044	.001	.696	.263	.013	.065	.078	.142	.013	.146	.136	.000		.232	.027	.216	.043	.047	.484	.164	.467	.046	.090	.003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan16	Pearson Correlation	-.227	-.197	.280	.352	.410*	.148	-.133	-.090	.045	.224	.125	.051	.194	-.082	-.226	1	-.133	.147	-.150	.197	-.109	.060	.032	-.102	.050*	.276
	Sig. (2-tailed)	.227	.297	.116	.793	.024	.434	.483	.636	.812	.234	.509	.853	.305	.745	.212		.485	.438	.429	.321	.636	.754	.868	.337	.003	.139
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan17	Pearson Correlation	.483*	.526**	.376*	.462*	-.157	.574**	.491*	.515**	.264	.170	.540**	.226	.202	.493*	.403*	-.133	1	.225	.403*	.286	.433*	.274	.339	.416*	-.223	.809**
	Sig. (2-tailed)	.006	.003	.041	.006	.408	.001	.006	.004	.159	.370	.002	.231	.285	.006	.027	.485		.232	.027	.125	.017	.140	.067	.022	.062	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan18	Pearson Correlation	.039	.066	.491*	.424*	.331	.282	.286	-.007	.342	.294	.331	.642**	.717**	.382	.232	.147	.225	1	.624**	.646**	.366	.160	.288	.079	.211	.803**
	Sig. (2-tailed)	.837	.651	.006	.020	.074	.131	.112	.970	.065	.279	.074	.000	.000	.745	.216	.438	.232		.000	.000	.045	.334	.155	.677	.262	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan19	Pearson Correlation	.139	.067	.120	.365*	.250	.345	.364*	.060	.596**	.415*	.247	.671**	.515**	.336	.372*	-.150	.403*	.624**	1	.695**	.311	.432*	.429*	.396*	-.339	.849**
	Sig. (2-tailed)	.463	.647	.529	.047	.058	.062	.031	.750	.000	.023	.188	.000	.004	.070	.043	.429	.027	.000		.000	.094	.017	.018	.029	.039	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan20	Pearson Correlation	.190	.042	.196	.294	.254	.439*	.251	.049	.498**	.604**	.354	.567**	.595**	.558**	.365*	.197	.286	.646**	.695**	1	.408*	.495**	.262	.369	.312	.738**
	Sig. (2-tailed)	.316	.827	.300	.114	.055	.015	.182	.797	.005	.000	.055	.001	.001	.001	.047	.321	.125	.000	.000		.025	.005	.162	.152	.063	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan21	Pearson Correlation	.214	.242	-.053	.141	-.172	.201	.129	.167	.267	.247	.472**	.342	.229	.571**	.133	-.109	.433*	.366	.311	.408*	1	.455*	.417*	.659**	.369	.506**
	Sig. (2-tailed)	.257	.197	.779	.457	.364	.374	.509	.298	.053	.360	.008	.064	.233	.001	.484	.606	.017	.045	.094	.025		.013	.022	.000	.067	.004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan22	Pearson Correlation	.239	.252	.000	.094	.119	.360*	.295	.089	.268	.294	.239	.427*	.139	.536**	.291	.060	.274	.160	.432*	.495**	.455*	1	.596**	.542**	.000	.543**
	Sig. (2-tailed)	.222	.179	1.000	.621	.530	.038	.137	.652	.155	.055	.205	.019	.466	.002	.164	.754	.140	.334	.017	.005	.013		.001	.002	1.000	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan23	Pearson Correlation	.244	.234	.079	.274	-.095	.503**	.362	.315	.189	.363	.189	.362	.137	.355	.139	.022	.339	.288	.429*	.262	.417*	.596**	1	.431*	-.089	.510**
	Sig. (2-tailed)	.195	.214	.680	.143	.619	.005	.050	.090	.320	.743	.316	.105	.470	.054	.467	.898	.067	.155	.018	.162	.022	.001		.017	.650	.004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan24	Pearson Correlation	.474*	.492**	-.021	.234	-.028	.350	.369	.150	.443	.410*	.491**	.467*	.169	.552**	.367*	-.102	.416*	.079	.369	.369	.659**	.542**	.431*	1	-.170	.554**
	Sig. (2-tailed)	.009	.006	.910	.260	.882	.059	.153	.427	.014	.025	.006	.010	.374	.002	.046	.337	.022	.677	.029	.152	.000	.002	.017		.370	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
pertanyaan25	Pearson Correlation	-.304	-.339	.134	-.106	.472**	-.063	-.270	-.450*	.210	.446*	-.025	.136	.275	-.366	-.315	.050*	-.223	.211	-.039	.312	.369	.000	-.089	-.170	1	.198
	Sig. (2-tailed)	.103	.068	.480	.576	.008	.627	.044	.012	.265	.014	.896	.473	.142	.051	.090	.000	.062	.262	.836	.000	.067	1.000	.650	.370		.314
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
total	Pearson Correlation	.509**	.464**	.574**	.655**	.368*	.633**	.584**	.342	.529**	.485**	.862**	.858**	.855**	.847**	.521**	.276	.809**	.803**	.849**	.738**	.506**	.543**	.510**	.554**	.198	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.010	.001	.000	.034	.000	.001	.064	.003	.007	.000	.000	.000	.000	.003	.139	.000	.000	.000	.000	.004	.002	.004	.001	.314	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

LAMPIRAN 4 : UJI RELIABILITAS KOMPETENSI PERAWAT

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	60	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.951	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Y2	73.0500	127.167	.610	.949
Y3	73.0833	125.129	.684	.948
Y4	73.1500	128.570	.554	.950
Y6	73.1000	128.295	.493	.951
Y7	73.2000	126.129	.613	.949
Y8	72.9667	124.440	.758	.947

Y9	73.0000	124.271	.677	.948
Y10	73.2000	122.095	.773	.947
Y11	73.2167	119.122	.754	.947
Y12	73.3000	120.315	.720	.948
Y13	73.4500	120.150	.752	.947
Y17	73.1000	122.769	.733	.947
Y18	73.2500	121.886	.780	.947
Y19	73.2167	122.037	.774	.947
Y23	73.1500	121.147	.721	.948
Y24	73.0167	125.881	.613	.949
Y25	73.3500	126.130	.628	.949
Y26	73.2500	124.665	.701	.948
Y27	73.2333	125.436	.653	.949
Y28	73.0500	126.523	.582	.949
Y30	73.0000	124.102	.598	.949

LAMPIRAN 5 : UJI RELIABILITAS KINERJA PERAWAT

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	60	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.951	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Y2	73.0500	127.167	.610	.949
Y3	73.0833	125.129	.684	.948
Y4	73.1500	128.570	.554	.950

Y6	73.1000	128.295	.493	.951
Y7	73.2000	126.129	.613	.949
Y8	72.9667	124.440	.758	.947
Y9	73.0000	124.271	.677	.948
Y10	73.2000	122.095	.773	.947
Y11	73.2167	119.122	.754	.947
Y12	73.3000	120.315	.720	.948
Y13	73.4500	120.150	.752	.947
Y17	73.1000	122.769	.733	.947
Y18	73.2500	121.886	.780	.947
Y19	73.2167	122.037	.774	.947
Y23	73.1500	121.147	.721	.948
Y24	73.0167	125.881	.613	.949
Y25	73.3500	126.130	.628	.949
Y26	73.2500	124.665	.701	.948
Y27	73.2333	125.436	.653	.949
Y28	73.0500	126.523	.582	.949
Y30	73.0000	124.102	.598	.949

LAMPIRAN 6 : DATA ANALISIS DEKSRIPTIF

	jenis kelamin	umur	pendidikan	Masa Kerja
1	2	33	3	5
2	2	52	3	17
3	1	48	3	2
4	1	28	3	3
5	1	32	4	6
6	2	29	3	1,5
7	1	34	3	5
8	2	38	3	2
9	2	38	4	14
10	2	33	4	10
11	1	43	4	10
12	2	45	3	22
13	2	36	4	5
14	1	24	3	2
15	1	24	3	5
16	2	49	3	1
17	2	32	3	8
18	1	19	3	8
19	1	25	3	1
20	2	27	3	1
21	2	28	4	1
22	2	28	3	5
23	2	28	3	5
24	2	27	3	2
25	2	28	3	5
26	1	32	3	1
27	2	30	3	3
28	2	43	3	20
29	2	44	3	20
30	2	24	3	1
31	2	31	3	3
32	2	23	3	1
33	2	35	3	11
34	2	36	3	14
35	2	35	1	12
36	2	35	3	16
37	2	44	3	17
38	2	34	3	5

39	2	34	3	10
40	2	30	4	2
41	2	52	1	7
42	1	30	4	5
43	2	30	3	2
44	2	25	3	3
45	2	33	3	9
46	1	31	3	5
47	1	31	4	2
48	2	32	3	5
49	2	32	3	5
50	2	35	4	13
51	2	28	3	3
52	2	43	3	20
53	2	43	3	16
54	2	32	3	9
55	2	26	3	1
56	2	23	3	2
57	2	37	3	10
58	2	29	3	3
59	2	37	3	5
60	2	28	3	3

LAMPIRAN 7 : HASIL ANALISIS DESKRIPTIF

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=JK UMUR PENDIDIKAN MASAKERJA
  /STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE RANGE MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.
```

Descriptives

```
[DataSet0]
```

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
JK	60	1.00	1.00	2.00	1.7833	.41545	.173	-1.411	.309	-.011	.608
UMUR	60	33.00	19.00	52.00	33.2500	7.42562	55.140	.759	.309	.213	.608
PENDIDIKAN	60	3.00	1.00	4.00	3.1000	.54306	.295	-1.235	.309	6.649	.608
MASAKERJA	60	21.00	1.00	22.00	6.8333	5.82562	33.938	1.077	.309	.152	.608
Valid N (listwise)	60										

LAMPIRAN 8 : DATA ANALISIS REGRESI

X1	D1	X2	D2	Y
4,86	0	3	1	4,18
3,55	0	3	1	3,50
4,05	1	3	1	3,82
4,09	1	3	1	3,55
3,82	1	3	1	4,05
4,09	0	3	1	4,27
3,55	1	3	1	3,00
3,86	0	3	1	3,77
3,64	0	3	1	3,45
4,36	0	3	1	3,59
4,32	1	2	1	4,41
4,09	0	2	1	4,23
3,82	0	2	1	3,91
3,82	1	2	1	3,91
3,95	1	2	1	4,27
3,55	0	3	0	3,45
3,68	0	3	0	3,64
3,82	1	4	0	3,55
3,77	1	3	0	3,59
3,64	0	3	0	3,55
4,09	0	3	0	3,09
4,36	0	2	0	3,59
3,82	0	3	0	2,86
4,36	0	3	0	3,82
4,09	0	3	0	3,55
4,09	1	3	0	3,55
4,36	0	2	0	3,59
3,73	0	2	0	3,82
3,91	0	2	0	3,82
3,23	0	1	0	3,18
3,95	0	2	0	3,55
3,91	0	2	0	3,41
3,68	0	2	0	3,45
3,68	0	2	0	3,50
3,86	0	2	0	3,45
3,86	0	2	0	3,91
3,91	0	2	0	3,73
3,86	0	2	0	3,73

3,86	0	2	0	3,64
3,86	0	2	0	3,86
4,00	0	2	0	2,77
3,82	1	2	0	3,45
3,86	0	2	0	3,50
3,86	0	2	0	3,64
3,77	0	2	0	3,55
4,23	1	2	1	4,14
3,91	1	2	1	4,14
3,95	0	2	1	4,09
4,00	0	2	1	4,00
4,05	0	2	1	4,27
4,23	0	2	1	4,50
4,14	0	2	1	4,41
3,95	0	3	1	4,14
4,23	0	2	1	3,32
4,14	0	2	1	6,05
4,14	0	2	1	4,18
4,09	0	2	1	4,18
4,23	0	2	1	4,36
4,27	0	2	1	4,68
4,05	0	2	1	4,55

LAMPIRAN 9 : HASIL ANALISIS REGRESI BERGANDA

```
REGRESSION
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT kinerja
  /METHOD=ENTER Kompetensi JKperawat kondisipasien penerapanmpkp
  /SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED)

  /RESIDUALS DURBIN NORM(ZRESID).
```

Regression

```
[DataSet1] C:\Users\User\Documents\DATA N HASIL SPSS TERBARU.sav
```

Variables Entered/Removed[b]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	penerapanmpkp, kondisipasien, JKperawat, Kompetensi[a]	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: kinerja

Model Summary[b]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.666[a]	.443	.403	.39273	2.299

a. Predictors: (Constant), penerapanmpkp, kondisipasien, JKperawat, Kompetensi

b. Dependent Variable: kinerja

ANOVA[b]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6.751	4	1.688	10.942	.000[a]
	Residual	8.483	55	.154		
	Total	15.234	59			

a. Predictors: (Constant), penerapanmpkp, kondisipasien, JKperawat, Kompetensi

b. Dependent Variable: kinerja

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2.093	.840		2.493	.016		
	Kompetensi	.503	.210	.258	2.399	.020	.872	1.146
	JKperawat	-.047	.131	-.039	-.362	.719	.882	1.134
	kondisipasien	-.218	.097	-.235	-2.255	.028	.932	1.073
	penerapanmpkp	.498	.111	.494	4.500	.000	.838	1.193

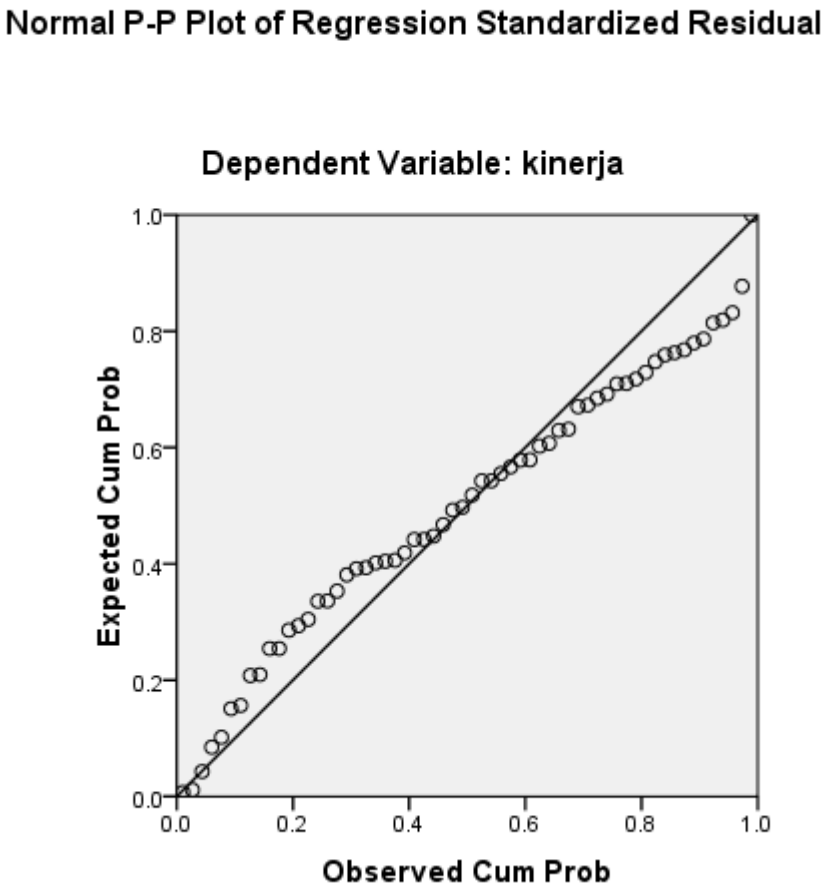
a. Dependent Variable: kinerja

Residuals Statistics[a]

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3.0939	4.3810	3.8118	.33826	60
Residual	-.96248	1.81279	.00000	.37918	60
Std. Predicted Value	-2.122	1.683	.000	1.000	60
Std. Residual	-2.451	4.616	.000	.966	60

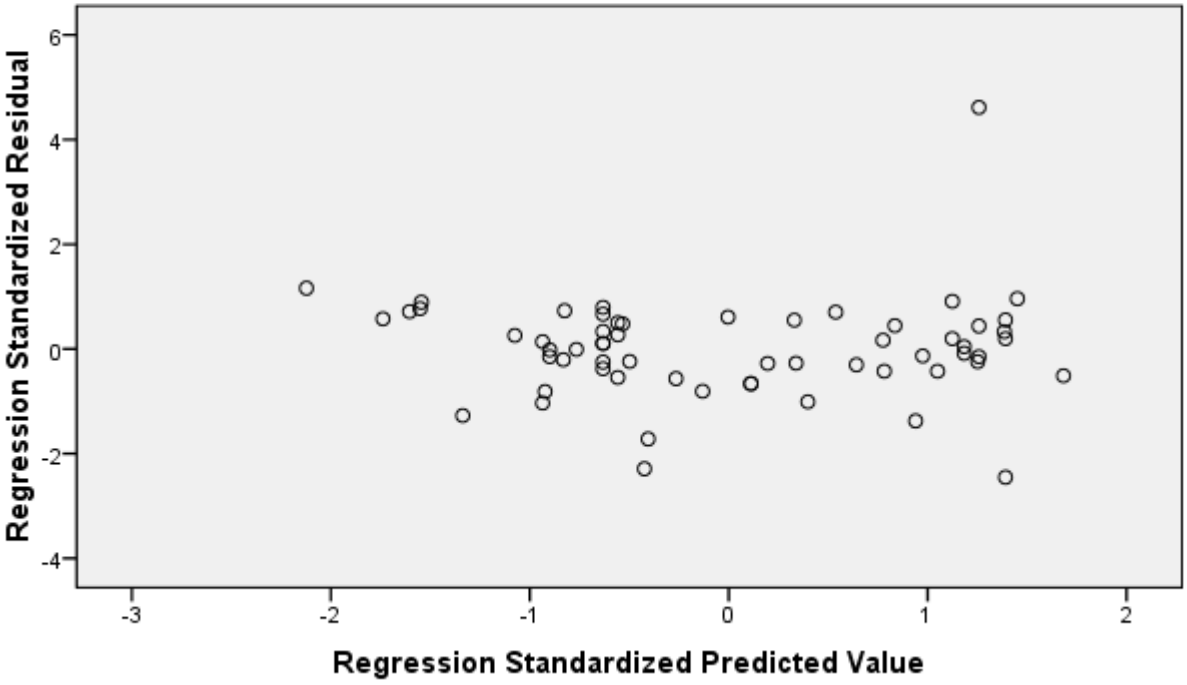
a. Dependent Variable: kinerja

Charts


Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: kinerja
Expected Cum Prob
Observed Cum Prob
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

Scatterplot

Dependent Variable: kinerja



LAMPIRAN 10 : PERBANDINGAN NILAI RATA-RATA MPKP DAN NON MPKP

DATA MPKP

	X1	D1	X2	Y
	4,86	0	3	4,18
	3,55	0	3	3,50
	4,05	1	3	3,82
	4,09	1	3	3,55
	3,82	1	3	4,05
	4,09	0	3	4,27
	3,55	1	3	3,00
	3,86	0	3	3,77
	3,64	0	3	3,45
	4,36	0	3	3,59
	4,32	1	2	4,41
	4,09	0	2	4,23
	3,82	0	2	3,91
	3,82	1	2	3,91
	3,95	1	2	4,27
	4,23	1	2	4,14
	3,91	1	2	4,14
	3,95	0	2	4,09
	4,00	0	2	4,00
	4,05	0	2	4,27
	4,23	0	2	4,50
	4,14	0	2	4,41
	3,95	0	3	4,14
	4,23	0	2	3,32
	4,14	0	2	6,05
	4,14	0	2	4,18
	4,09	0	2	4,18
	4,23	0	2	4,36
	4,27	0	2	4,68
	4,05	0	2	4,55
RATA2	4,05		2,38	4,10
%	80,97			81,94

Rasio PP:PW 3:10

% PP 30

DATA NON MPKP

	X1	D1	X2	Y
	3,55	0	3	3,45
	3,68	0	3	3,64
	3,82	1	4	3,55
	3,77	1	3	3,59
	3,64	0	3	3,55
	4,09	0	3	3,09
	4,36	0	2	3,59
	3,82	0	3	2,86
	4,36	0	3	3,82
	4,09	0	3	3,55
	4,09	1	3	3,55
	4,36	0	2	3,59
	3,73	0	2	3,82
	3,91	0	2	3,82
	3,23	0	1	3,18
	3,95	0	2	3,55
	3,91	0	2	3,41
	3,68	0	2	3,45
	3,68	0	2	3,50
	3,86	0	2	3,45
	3,86	0	2	3,91
	3,91	0	2	3,73
	3,86	0	2	3,73
	3,86	0	2	3,64
	3,86	0	2	3,86
	4,00	0	2	2,77
	3,82	1	2	3,45
	3,86	0	2	3,50
	3,86	0	2	3,64
	3,77	0	2	3,55
RATA2	3,88		2,3	3,53
%	77,52			70,52

Rasio PP:PW 2:15

% PP 13,3333