

**ANALISIS PENGARUH PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) TERHADAP KINERJA PERAWAT PADA
INSTALASI RAWAT INAP RSUD LANTO DG PASEWANG
KABUPATEN JENEPONTO**

*ANALYSIS ON IMPACT OF PROFESSIONAL NURSING PRACTICE MODEL
(PNPM) ON NURSES' PERFORMANCE IN INPATIENT INSTALLATION OF
REGIONAL GENERAL HOSPITAL OF LANTO DG PASEWANG,
JENEPONTO REGENCY*

ST.PASRIANY



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

TESIS

**ANALISIS PENGARUH PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) TERHADAP KINERJA PERAWAT PADA
INSTALASI RAWATINAP RSUD LANTO DG. PASEWANG
KABUPATEN JENEPONTO**

Disusun dan diajukan oleh

ST. PASRIANY

Nomor Pokok P1806209504

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 19 Agustus 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI
KOMISI PENASEHAT**



Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH
Ketua

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat,

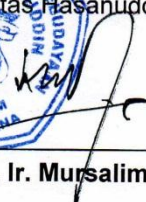


Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc



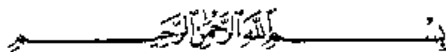
Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc
Anggota

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,



Prof. Dr. Ir. Mursalim

PRAKATA



Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulisan dan penyusunan tesis berjudul “analisis pengaruh penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) terhadap kinerja perawat pada instalasi rawat inap RSUD Lanto dg Pasewang Kabupaten Jeneponto” sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa penyusunan dan penulisan tesis ini dapat berjalan dengan baik berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material. Oleh karena itu perkenankanlah dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. Ir. Mursalim, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar beserta staf yang telah banyak membantu selama mengikuti pendidikan Program Magister Administrasi Rumah Sakit.
2. Bapak Prof. Dr. dr. H. M. AliminMaidin, MPH, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makasssar sekaligus sebagai ketua komisi penasehat yang telah dengan ikhlas meluangkan

waktu, tenaga dan pikirannya dalam memberikan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

3. Bapak Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc, selaku ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar, sekaligus sebagai anggota komisi penasehat yang juga telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dalam memberikan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
4. Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, M.Sc, selaku Ketua Konsentrasi Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan arahan dan bimbingan hingga selesainya tesis ini.
5. Bapak Dr. dr. H. Burhanuddin Bahar MS dan Ibu DR. Indrianty Sudirman SE, M.Si selaku dosen penguji yang juga telah banyak memberikan bimbingan dan arahan penyusunan tesis ini.
6. Bapak/Ibu dosen Magister Administrasi Rumah Sakit Program Studi Kesehatan Masyarakat beserta stafnya.
7. Direktur RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto beserta seluruh jajaran dan stafnya yang telah membantu selama proses penelitian hingga selesainya tesis ini.
8. Suami tercinta Arman Massiri, S.Kom, M.A.P, yang dengan setia memberi perhatian dan dukungan hingga selesainya tesis ini.
9. Kedua orang tua saya, Muh.Syakir Saleh dan Hj.St.Farida yang senantiasa memberikan doa dan restunya.

10. Mertua saya, Massiri Nurdin dan Nurhaedah Tamar yang juga senantiasa memberikan doa restunya.
11. Seluruh teman-teman MARS angkatan X yang dengan setia memberi dukungan hingga selesainya tesis ini.
12. Teman-teman dalam Komite Keperawatan RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto yang telah memberikan sumbangan tenaga dan pikiran hingga selesainya tesis ini.

Semoga segala pengorbanan waktu, tenaga, pikiran, saran, dan sumbangan moril maupun material yang telah diberikan dari semua pihak mendapatkan imbalan dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, olehnya itu dengan lapang dada dan tangan terbuka penulis mengharapkan saran dan kritikan demi perbaikan tesis ini.

Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua dan mendapat Ridha dari Allah SWT.

Makassar, Agustus 2013

Penulis

ABSTRAK

ST. PASRIANY. *Analisis Pengaruh Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Terhadap Kinerja Perawat pada Instalasi Rawat Inap RSUD Lanto Dg. Pasewang, Kabupaten Jeneponto* (dibimbing oleh Alimin Maidin dan Noer Bahry Noor).

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg. Pasewang pada April 2013.

Metode penelitian ini menggunakan rancangan kajian potong lintang (*cross sectional study*) yang dilengkapi dengan kuesioner dan wawancara. Sampel penelitian sebanyak 128 orang perawat yang bekerja di instalasi rawat inap RSUD Lanto Dg. Pasewang, Kabupaten Jeneponto.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh penerapan MPKP terhadap kemampuan dan kesempatan kerja perawat. Terdapat pengaruh positif antara penerapan MPKP dan motivasi perawat. Terdapat pengaruh positif antara kemampuan, motivasi, dan kesempatan terhadap kinerja perawat pada instalasi rawat inap RSUD Lanto Dg. Pasewang. Penerapan MPKP berpengaruh positif terhadap kinerja perawat pada instalasi rawat inap RSUD Lanto Dg. Pasewang.

Kata kunci: model praktik keperawatan profesional (MPKP), kemampuan perawat, motivasi perawat, kesempatan perawat, kinerja



ABSTRACT

ST. PASRIANY. *Analysis on Impact of Professional Nursing Practice Model (PNPM) on Nurses' Performance in Long Stay Installation of Regional General Hospital of Lanto Dg Pasewang, Jeneponto Regency* (supervised by Alimion Maidin and Noer Bahry Noor).

The research aimed at analysing the impact of the application of the Professional Nursing Practice Model (PNPM) on the nurses' performance in the Regional General Hospital of Lanto Dg Pasewang, Jeneponto Regency in April 2013.

This was a *cross sectional study* design research. Data were collected by the questionnaire and interview to 128 nurses who worked in the Long Stay Installation of the Regional General Hospital of Lanto Dg Pasewang, Jeneponto Regency.

The research result indicates that there is no impact of PNPM application the nurses' working capability and opportunity. There is the positive influence between the capability, motivation and opportunity on the nurses' performance. PNPM application has the positive effect on the nurses' performance in the long stay installation of the Regional General Hospital of Lanto Dg Pasewang.



DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PRAKATA	iv
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
Bab I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Kajian Masalah	6
C. Rumusan Masalah	13
D. Tujuan Penelitian	13
E. Manfaat Penelitian	14
Bab II TELAAH PUSTAKA	16
A. Konsep Rumah Sakit	16
B. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)	27
C. Kinerja Perawat	52
D. Kerangka Teori	73
E. Kerangka Konsep	74

	F. Kerangka Operasional	75
	G. Hipotesis	76
Bab III	METODE PENELITIAN	77
	A. Metode Penelitian	77
	B. Lokasi dan Waktu Penelitian	77
	C. Populasi dan Sampel	77
	D. Pengumpulan Data	80
	E. Pengolahan dan Penyajian data	81
	F. Defenisi Operasional Penelitian	83
Bab IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	94
	A. Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian	94
	B. Hasil Penelitian	98
	C. Pembahasan	115
Bab V	Kesimpulan dan Saran	132
	A. Kesimpulan	132
	B. Saran	133
	Daftar Pustaka	134
	Lampiran	138

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.	Pencapaian Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Instalasi Rawat Inap RSUD LDP Kabupaten Jeneponto Juni 2012.	4
Tabel 2.	Defenisi operasional variabel	84
Tabel 3.	Karakteristik Responden Menurut Kelompok Umur RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	99
Tabel 4.	Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	100
Tabel 5.	Karakteristik Responden Menurut Pendidikan RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	101
Tabel 6.	Karakteristik Responden Menurut Status Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	102
Tabel 7.	Karakteristik Responden Menurut Indikator Penerapan MPKP RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	104
Tabel 8	Distribusi tanggapan responden menurut kemampuan perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	105
Tabel 9	Distribusi tanggapan Responden Menurut motivasi Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	106
Tabel 10.	Distribusi tanggapan Responden Menurut kesempatan Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	106
Tabel 11.	Distribusi tanggapan Responden Menurut Dimensi Kinerja Perawat MPKP RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	108
Tabel 12.	Pengaruh penerapan MPKP terhadap kemampuan perawat pada RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013	109
Tabel 13	Pengaruh penerapan MPKP terhadap motivasi perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013.	110

Tabel 14	Pengaruh Penerapan MPKP terhadap Kesempatan Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013.	110
Tabel 15	Pengaruh kemampuan terhadap kinerja Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013.	111
Tabel 16.	Pengaruh motivasi terhadap kinerja Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013.	112
Tabel 17.	Pengaruh Kesempatan terhadap Kinerja Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013.	112
Tabel 18.	Pengaruh penerapan MPKP terhadap Kinerja Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013.	113
Tabel 19.	Pengaruh penerapan MPKP, kemampuan, motivasi dan kesempatan terhadap Kinerja Perawat RSUD LDP Kabupaten Jeneponto 2013.	114

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Proses Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik, Bidang Keperawatan RSUD LDP Kabupaten Jeneponto tahun 2012.	3
Gambar 2. Kualitas Pelayanan Menurut Khan (2007)	7
Gambar 3. Kinerja menurut Mangkunegoro (2002)	8
Gambar 4. Kinerja Menurut Robbins (2003)	8
Gambar 5. Sistem Asuhan Keperawatan “ <i>Case Method Nursing</i> ”	31
Gambar 6. Sistem Asuhan Keperawatan Metode Keperawatan Fungsional	33
Gambar 7. Sistem Asuhan Keperawatan Metode Keperawatan Tim	35
Gambar 8. Sistem Asuhan Keperawatan Metode Keperawatan Primer	38
Gambar 9. Sistem Asuhan Keperawatan Metode Modifikasi	40
Gambar 10. Kerangka Teori	73
Gambar 11. Diagram Kerangka Konsep	74
Gambar 12. Kerangka Operasional Penelitian	75

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. Kuisisioner Penelitian	138
2. Master table	148
3. Uji Statistik	164

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Perawat adalah tenaga profesional dengan jumlah terbesar dalam sebuah rumah sakit yang dituntut untuk selalu melaksanakan asuhan keperawatan dengan benar atau rasional dan baik atau beretika. Keperawatan adalah pelayanan/ asuhan profesional yang bersifat humanistik, menggunakan pendekatan holistik, dilakukan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berorientasi pada kebutuhan objektif klien/pasien, mengacu pada standar profesional keperawatan dan menggunakan etika keperawatan sebagai tuntutan utama.

Keperawatan sebagai profesi mempersyaratkan pelayanan keperawatan diberikan secara professional oleh perawat/ners dengan kompetensi yang memenuhi standar dan memperhatikan kaidah etik dan moral, sehingga masyarakat terlindungi karena menerima pelayanan dan asuhan keperawatan yang bermutu. Perawat juga diharuskan akuntabel

terhadap praktik keperawatan yang berarti dapat memberikan pembenaran terhadap keputusan dan tindakan yang dilakukan dengan konsekuensi dapat digugat secara hukum apabila tidak melakukan praktik keperawatan sesuai dengan standar profesi, kaidah etik dan moral.

Rumah sakit Umum Daerah lanto Dg Pasewang (yang selanjutnya disingkat RSUD LDP) adalah rumah sakit tipe C milik pemerintah Kabupaten Jeneponto yang memiliki Visi "*menjadi pusat pelayanan kesehatan yang bermutu dan bermartabat*". Dari visinya nampak bahwa rumah sakit ini memandang mutu pelayanan sebagai sesuatu yang mutlak untuk ditingkatkan.

RSUD LDP telah berusaha meningkatkan mutu pelayanan dengan melakukan perbaikan-perbaikan dalam berbagai bidang dengan berpedoman pada 3 standar indikator proses peningkatan mutu yang tidak dapat dipisahkan yaitu indikator input, proses dan output.

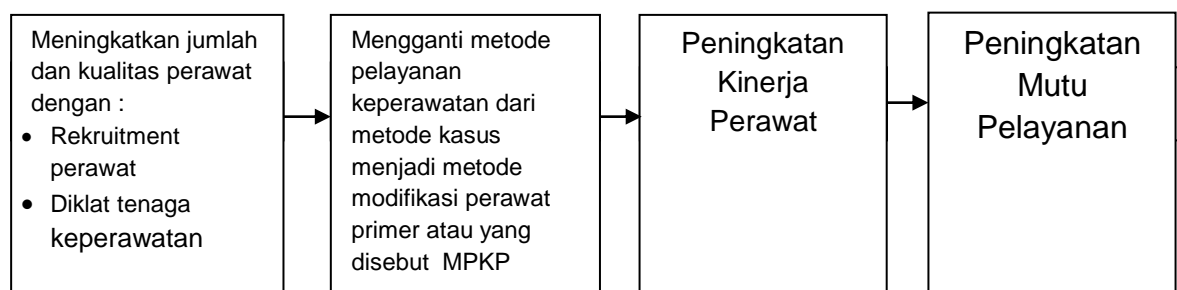
Mutu mempunyai dua sisi yang tidak dapat dipisahkan yaitu pertama kepatuhan terhadap mutu standar input, contoh : standar tenaga, prasarana, metoda, peralatan. Standar proses, seperti proses pelayanan perawatan, medis, dan administrasi dan standar hasil seperti kesembuhan pasien, kematian, lama di rawat dan kepuasan pasien. Kedua kepatuhan terhadap harapan pelanggan yang terdiri dari penyesuaian terhadap tuntutan konsumen dan tuntutan profesi, PPNI.

Dalam bidang keperawatan, RSUD LDP pun telah berusaha memperbaiki kedua standar input dan proses dengan harapan output dapat

meningkat. Peningkatan input dalam bidang keperawatan dilakukan dengan memperbaiki sumber daya keperawatan dalam hal kualitas dan kuantitas di antaranya dengan upaya seleksi tenaga perawat baru yang objektif, mengembangkan program diklat untuk tenaga keperawatan dan meningkatkan jumlah tenaga perawat sesuai perhitungan kebutuhan tenaga pada masing-masing ruangan.

Hasil dari upaya ini adalah meningkatnya jumlah perawat secara keseluruhan dan meningkatnya jumlah perawat dengan jenjang pendidikan yang lebih tinggi (sarjana keperawatan dan ners), menurunnya jumlah tenaga perawat dari lulusan SPK, serta meningkatnya jumlah perawat yang telah mengikuti berbagai diklat keperawatan.

Perbaikan dalam indicator proses dilakukan dengan mengubah metode keperawatan yang pada awalnya menggunakan metode kasus menjadi metode MPKP (penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional) pada setiap unit dalam Instalasi Rawat Inap RSUD LDP sejak Oktober 2010. Dengan upaya ini diharapkan ada peningkatan mutu pelayanan keperawatan klinik pada Instalasi Rawat Inap RSUD LDP.



Gambar 1. Kerangka proses peningkatan mutu pelayanan keperawatan klinik Bidang Keperawatan RSUD LDP Kab. Jeneponto

Kini, MPKP telah diterapkan selama 2 tahun pada RSUD LDP dan dilakukan evaluasi terhadap kinerja perawat dan mutu pelayanan keperawatan pada instalasi rawat inap setelah penerapan MPKP ini.

Tabel 1. Pencapaian Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Instalasi Rawat Inap RSUD Lanto Dg Pasewang Kab.Jeneponto Juni 2012.

INDIKATOR MUTU PELAYANAN	RUANG RAWAT INAP					RATA-RATA	NILAI STANDAR
	INTERN A	ANAK	BEDAH	OBGYN	VIP		
Keselamatan Pasien (Patient Safety)							
• Infeksi Nosokomial/ dekubitus /phlebitis/infeksi pasca operasi	6,9 %	2,2 %	0,9 %	7,6 %	0,9 %	4,9 %	>1,5 %
• Kesalahan Pemberian obat	1,2 %	1,4 %	0,9 %	1,2 %	0,2 %	0,98 %	0
• Resiko Jatuh	1,9 %	1,6 %	1,8 %	1,05 %	0,2 %	1,3 %	0
Perawatan Diri (Self Care)	86 %	65 %	86 %	79 %	98 %	80,8 %	>85 %
Kepuasan Pasien	72 %	68 %	78,2 %	75,2 %	79,3 %	74,6 %	>85%
Kenyamanan pasien	75 %	76 %	76 %	75 %	74,5 %	75,3 %	>85%
Kecemasan	32 %	29 %	12 %	36 %	9 %	27,6 %	<15%
Pengetahuan	69 %	69 %	70 %	72 %	86 %	69,2 %	>85%

Sumber : Bidang Keperawatan RSUD LDP.

Mutu pelayanan yang diberikan adalah salah satu bentuk dari baik atau tidaknya kinerja perawat yang memberikan pelayanan keperawatan. Setelah berjalan 2 tahun pasca penerapan MPKP pada rumah sakit ini terlihat pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan yang tidak sama pada masing-masing unit, peningkatan pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan yang signifikan hanya pada unit perawatan tertentu. Hal ini

tentu saja tidak sesuai dengan salah satu prinsip pemberian pelayanan kesehatan yaitu prinsip *equity*, yaitu prinsip kesetaraan. Pelayanan yang diberikan harus sama, tidak memandang strata ekonomi dan kelas perawatan.

Tabel di atas memperlihatkan kualitas pelayanan yang berbeda pada masing-masing ruang rawat inap. Mutu pelayanan yang dianggap baik hanya pada ruang rawat bedah dan ruang rawat VIP, sedangkan pada ruang rawat lain dinilai buruk karena belum mencapai sasaran standar pelayanan minimal sesuai Kepmenkes 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS. Sehingga nampaknya penerapan MPKP tidak memberikan pengaruh yang sama baiknya pada tiap ruang rawat inap. Sehingga pengaruhnya terhadap kinerja perawat pada instalasi rawat inap pun tidak dapat dinyatakan dengan jelas.

Kehadiran MPKP sebagai tuntunan kerja perawat yang telah diterapkan selama 2 tahun terlihat tidak mampu memperbaiki pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan. Terutama indikator keselamatan pasien dan indikator perawatan diri pasien. Perawat memegang andil yang sangat besar pada kedua indikator ini karena perawat adalah satu-satunya profesi yang hampir 24 jam dekat dengan pasien, sehingga MPKP sebagai sebuah design kerja perawat menjadi satu topik yang perlu diperhatikan dalam hal rendahnya pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan pada rumah sakit ini.

B. Kajian Masalah

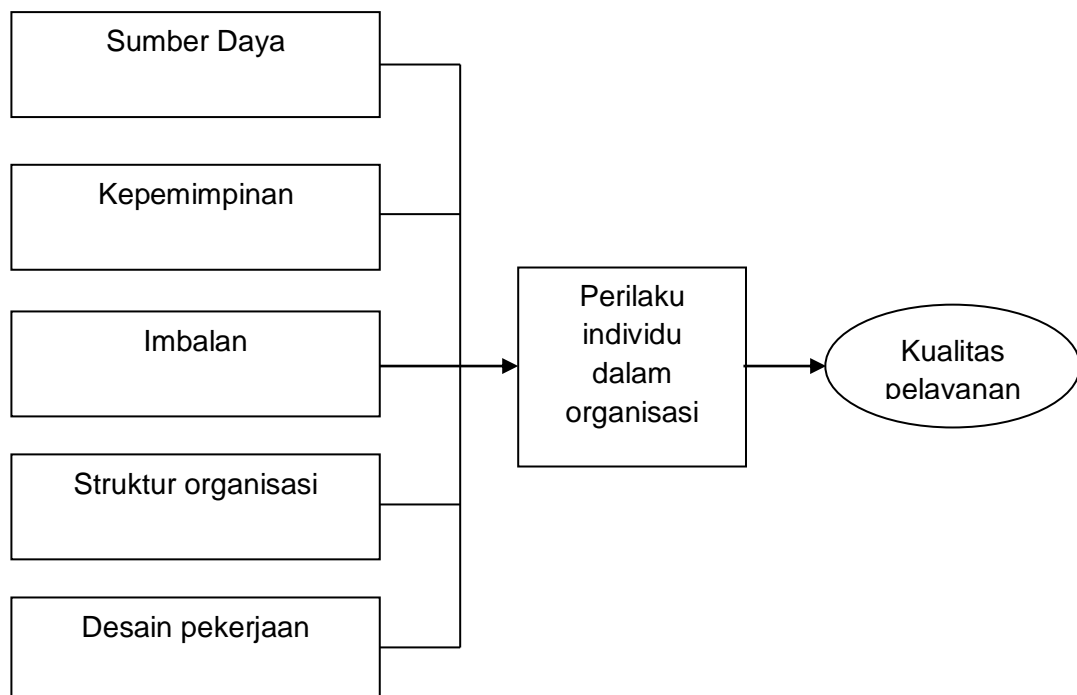
MPKP merupakan suatu desain praktek keperawatan yang sesuai dengan kaidah ilmu manajemen modern dimana kaidah yang dianut dalam pengelolaan pelayanan keperawatan di ruang MPKP adalah pendekatan yang dimulai dengan perencanaan. Dengan pengembangan MPKP, diharapkan nilai profesional dapat diaplikasikan secara nyata, sehingga meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Keperawatan sebagai profesi juga memiliki *body of knowledge* yang jelas berbeda dengan profesi lain, memiliki wadah profesi, memiliki standard dan etika profesi, akuntabilitas, otonomi, dan kesejawatan (Leddy & Pepper, 2003).

Pada MPKP metode yang digunakan adalah modifikasi keperawatan primer (kombinasi metode tim dan keperawatan primer).MPKP adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan yang menopang pemberian asuhan tersebut.(Hoffart & Woods, 1996).

MPKP adalah salah satu bentuk design pekerjaan yang dikembangkan di banyak rumah sakit yang saat ini juga tengah dikembangkan pada RSUD LDP Kabupaten Jeneponto, dengan tujuan agar dapat meningkatkan kinerja perawat pada instalasi rawat inapnya.

Menurut Khan (2007) dan Robbins (2003) Faktor organisasi yaitu sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi dan desain pekerjaan akan mempengaruhi perilaku individu dalam organisasi yang selanjutnya mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan oleh seorang pegawai.

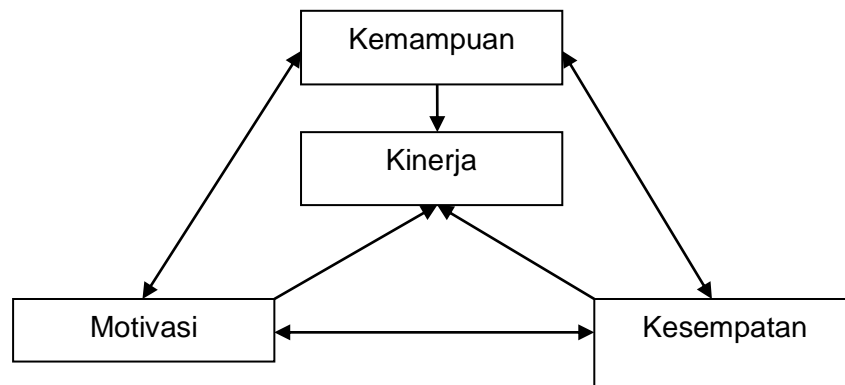


Gambar 2. Kualitas Pelayanan Menurut Khan (2007) dan Robbins (2003)

Robbins mengatakan bahwa selain factor individu seperti latar belakang keluarga, kelas social dan pengalaman kerja, serta cirri-ciri biologis seperti umur, bangsa dan jenis kelamin, kinerja dipengaruhi oleh banyak factor.

Robbins (2003) juga mengatakan bahwakerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan atau ability (A), motivasi atau motivation (M)

dan kesempatan atau opportunity (O) dan ketiga-tiganya dipengaruhi oleh variable organisasi termasuk di dalamnya work design (design pekerjaan) Atau kinerja = $f(A \times M \times O)$. Artinya bahwa kinerja merupakan fungsi dari kemampuan, motivasi dan kesempatan. Dengan demikian, kinerja ditentukan oleh factor-faktor kemampuan, motivasi dan kesempatan.



Gambar 4. Kinerja menurut Robbins (2003)

Kesempatan kerja adalah peluang yang dimiliki dalam melakukan pekerjaan yang merupakan bentuk dari tidak adanya yang hambatan yang menjadi kendala bagi seorang karyawan bekerja.

MPKP adalah salah satu design pekerjaan dalam dunia keperawatan yang diterapkan dengan tujuan meningkatkan kinerja perawat terutama pada instalasi rawat inap, melalui peningkatan kemampuan pegawai, peningkatan motivasi pegawai dan peningkatan kesempatan/peluang kerja pegawai.

Menurut Tsui et all (2004), indicator kinerja dari pegawai adalah :

1. Kualitas kerja karyawan
2. Tingkat keuletan dan daya tahan kerja

3. Tingkat disiplin dan absensi
4. Tingkat kerja sama dengan rekan.
5. Tingkat Inisiatif/kreatifitas yang dimiliki
6. Tingkat profesionalitas kerja yang dimiliki

Menurut Nursalam (2002); dan Sitorus & Yulia (2006), proses pemberian asuhan keperawatan yang harus ditetapkan dalam pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer terdiri dari beberapa komponen. Komponen proses tersebut adalah

1. kontrak/orientasi dengan klien,
2. timbang terima/operan,
3. supervisi,
4. sentralisasi obat,
5. perencanaan pulang dan
6. pendokumentasian.

Ada enam komponen proses dalam penerapan MPKP. Diharapkan dengan menjalankan komponen proses ini, perawat dapat meningkatkan kemampuannya sebagai perawat sesuai tugas yang telah diberikan, motivasi perawat dapat meningkat serta peluang kerja pun meningkat sehingga perawat dapat memperlihatkan kinerja yang baik.

Selain itu dengan penerapan MPKP terjadi perubahan struktur organisasi pada tiap unit dalam Instalasi rawat inap. Dengan perubahan

struktur ini, setiap pasien dapat dengan lebih mudah mendapatkan pelayanan keperawatan yang bermutu.

Pada aspek proses ditetapkan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer (kombinasi metode tim dan metode keperawatan primer). Penetapan metode ini didasarkan pada alasan sebagai berikut:

- a) Pemberian asuhan dilakukan secara berkesinambungan sehingga memungkinkan adanya tanggung jawab dan tanggung gugat yang merupakan esensi dari suatu layanan profesional.
- b) Terdapat satu orang perawat profesional yang disebut PP, yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada MPKP, perawat primer adalah SKp/Ners.
- c) Pada metode keperawatan primer, hubungan profesional dapat ditingkatkan terutama dengan profesi lain, karena ada satu orang perawat profesional (PP) yang memahami kondisi klien secara detail sehingga mampu melakukan hubungan kolaborasi secara optimal.

Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena apabila menggunakan metode ini secara murni dibutuhkan jumlah tenaga SKp/Ners yang lebih banyak, karena setiap PP hanya merawat 4-5 klien dan pada metode modifikasi keperawatan primer, setiap PP merawat 9-10 klien.

Selanjutnya, indikator mutu pelayanan keperawatan klinik telah ditetapkan oleh Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan 2009 yaitu :

1. Keselamatan Pasien (Patient Safety) yaitu keselamatan pasien dari infeksi nosokomial, dekubitus, kesalahan pemberian obat dan resiko jatuh.
2. Perawatan Diri (Self Care) yaitu terpenuhinya kebutuhan diri pasien untuk makan, mandi, berpakaian dan toileting (eliminasi)
3. Kepuasan Pasien, yaitu tingkat kepuasan pasien terhadap keperawatan yang tercapai bila harapan pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan terpenuhi.
4. Kenyamanan pasien, yaitu jika pasien bebas dengan rasa nyeri (nyeri terkontrol)
5. Kecemasan, yaitu pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang dapat membantu menurunkan rasa cemas
6. Pengetahuan dengan pembuatan discharge planning pada setiap pasien.

Menurut kajian di atas, MPKP dapat meningkatkan kinerja perawat yang akan terlihat pada peningkatan pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan. Namun yang terjadi tidaklah seperti itu. Setelah 2 tahun pasca penerapan MPKP ini pun, ternyata pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan telah ditetapkan oleh Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan 2009 belum mencapai standar pelayanan minimal.

Evaluasi setelah penerapan MPKP berjalan 2 tahun dilakukan dengan hasil yang tidak sama pada masing-masing unit. Pada beberapa unit

menunjukkan peningkatan yang cukup baik namun sebaliknya pada beberapa unit tidak memperlihatkan peningkatan yang signifikan, sehingga beberapa pihak menilai penerapan MPKP ini tidak berhasil meningkatkan kinerja perawat pada Instalasi Rawat Inap RSUD LDP. Berdasarkan fenomena ini maka peneliti ingin mengembangkan sebuah penelitian untuk melihat apakah ada pengaruh penerapan MPKP dengan kinerja perawat pada instalasi rawat inap RSUD LDP ini.

Penelitian ini akan dikembangkan berdasarkan pendapat Khan yang menyatakan bahwa *work design* akan mempengaruhi motivasi dan pengembangan pegawai dan kemudian akan mempengaruhi kinerja.

Dan menurut pendapat Robbins yang mengatakan bahwa kinerja dipengaruhi oleh yaitu faktor kesempatan, faktor motivasi dan keduanya dipengaruhi oleh variabel organisasi termasuk di dalamnya *work design* (desain pekerjaan).

C. Rumusan Masalah

Pertanyaan penelitian yang timbul dalam penelitian ini adalah

1. Bagaimana pengaruh MPKP terhadap kemampuan perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang ?
2. Bagaimana pengaruh MPKP terhadap motivasi perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang ?

3. Bagaimana pengaruh MPKP terhadap kesempatanperawat di RSUD Lanto Dg Pasewang ?
4. Bagaimana pengaruh kemampuan terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang ?
5. Bagaimana pengaruh Motivasi terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang ?
6. Bagaimanapengaruh Kesempatan terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang?
7. Bagaimana pengaruh MPKP terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang ?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis pengaruh Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) terhadap kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.

2. Tujuan Khusus.

- a. Untuk menganalisis pengaruh MPKP terhadap kemampuanperawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- b. Untuk menganalisis pengaruh MPKP terhadap motivasiperawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- c. Untuk menganalisis pengaruh MPKP terhadap kesempatanperawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.

- d. Untuk menganalisis pengaruh kemampuan terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- e. Untuk menganalisis pengaruh Motivasi terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- f. Untuk menganalisis pengaruh Kesempatan terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- g. Untuk menganalisis pengaruh MPKP terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.

E. Manfaat Penelitian

Beberapa kegunaan yang bisa diperoleh dari penelitian ini adalah

1. Secara teoritis dapat memperkaya studi tentang manajemen khususnya terkait dengan penerapan model praktik keperawatan profesional dan kinerja perawat
2. Secara praktis, hasil penelitian ini dapat memberi masukan kepada pihak manajemen mengenai kemampuan, motivasi kesempatan dan kinerja perawat sebagai bahan evaluasi untuk memperbaiki sistem kerja dan pelayanan pada RSUD Lanto Dg Pasewang.
3. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi bagi manajemen untuk melanjutkan penerapan MPKP tersebut dan memperluas cakupan pelaksanaannya.

4. Dapat menjadi bahan evaluasi bagi profesi perawat untuk mendukung penerapan MPKP pada tiap unit pelayanan rawat inap pada RSUD Lanto Dg Pasewang.
5. Diharapkan dapat menjadi sumbangan ilmiah dan literatur bagi peneliti selanjutnya, terutama di bidang kinerja perawat .

BAB II

TELAAH PUSTAKA

A. Konsep Rumah Sakit

Ilyas (2001) Rumah Sakit merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialistik dan sub-spesialistik yang berfungsi menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) pasien. Maka sesuai dengan fungsi utama tersebut perlu pengaturan sedemikian rupa sehingga RS mampu memanfaatkan sumberdaya yang dimilikinya dengan lebih berdaya guna (efisiensi) dan berhasil guna (efektif).

World Health Organization (WHO) memberikan batasan tentang RS, yaitu suatu bagian menyeluruh (integral) dan organisasi sosial dan medis yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana pelayanan keluarnya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan. Rumah Sakit juga merupakan pusat latihan tenaga kesehatan dan penelitian biososial.

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang dikelola oleh tenaga medis yang terorganisir didukung oleh fasilitas yang dapat digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan.

Kiagoes (1997), menyatakan bahwa "pelayanan rumah sakit berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggan" untuk dapat berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggan seharusnya rumah

sakit memberikan pelayanan yang cepat (*fast*), tepat (*accurate*), menyenangkan (*convenient*), efisien (*efisien*), ramah dan murah senyum (*face with a smile*).

Fungsi rumah sakit umum meliputi : menyelenggarakan pelayanan medis; menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis; menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan; pelayanan rujukan; menyelenggarakan pendidikan dan latihan; menyelenggarakan penelitian dan pengembangan; dan menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

Karena pentingnya fungsi sebuah rumah sakit, maka pengelolaan segala sumber daya harus dilaksanakan secara efektif dan efisien demi terciptanya pelayanan kesehatan sesuai harapan masyarakat. Untuk mengelola sumber daya tersebut dibutuhkan seorang pemimpin yang tangguh dan memiliki kemampuan untuk memimpin organisasi rumah sakit.

Menurut Undang – undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative.

Organisasi kesehatan dunia (WHO), menjelaskan mengenai Rumah Sakit dan peranannya, bahwa rumah sakit merupakan suatu bagian integral dari organisasi social dan medis yang fungsinya adalah untuk memberikan

pelayanan kesehatan menyeluruh pada masyarakat baik pencegahan maupun penyembuhan dan pelayanan pada pasien yang jauh dari keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya, serta sebagai tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan dan tempat penelitian biososial (Ardisasmito, 2009).

Willan (1990) bahwa hospital berasal dari bahasa latin *hospitiun*, yaitu suatu tempat/ruangan untuk menerima tamu. Sementara Yu (1997) menyatakan bahwa istilah Hospital berasal dari bahasa Prancis kuno dan medieval English, yang dalam kamus Inggris Oxford didefinisikan sebagai : Tempat untuk istirahat dan hiburan, institusi sosial untuk mereka yang membutuhkan akomodasi, lemah dan sakit, Institusi sosial untuk pendidikan dan kaum mudah, dan institusi untuk merawat yang sakit dan cedera.

Menurut WHO (1957), Rumah Sakit adalah suatu bagian yang menyeluruh (integral) dari organisasi sosial dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif. Dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan, juga sebagai pusat untuk latihan tenaga kesehatan serta penelitian sosial (Ilyas, 1999).

Rumah sakit merupakan pusat pelayanan rujukan medis spesialisik dan subspecialistik. Dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat kuratif, rehabilitative pasien (Depkes.RI, 1989).

Menurut keputusan Menteri Kesehatan No.983/Menkes/SK/XI /1992, rumah sakit adalah yang memberikan pelayanan kesehatan yang

bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik didasarkan pada kemampuan pelayanan kesehatan yang disediakan yaitu rumah sakit tipe A, tipe B, tipe C, tipe D, dan tipe E (Ilyas, 1999).

Menurut Guwandi (1991) Rumah sakit adalah suatu usaha yang menyediakan pemondokan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostic, terapeutik dan rehabilitative untuk orang - orang yang menderita sakit, terluka dan untuk mereka yang mau melahirkan.

1. Jenis Rumah Sakit

Menurut Azwar(1996) pembagian jinis Rumah sakit terdiri dari :

a. Menurut pemilik

Terdiri dari dua macam yaitu rumah sakit pemerintah (government hospital) dan rumah sakit swasta (Private hospital)

b. Menurut filosofi yang dianut

Rumah sakit yang mencari keuntungan (Profit hospital) dan rumah sakit yang tidak mencari keuntungan (non profit hospital).

c. Menurut pelayanan yang diselenggarakan

Rumah sakit yang menyelenggarakan semua jenis pelayanan yakni rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus yakni hanya satu jenis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

d. Menurut lokasi rumah sakit

Tergantung pada pembagian wilayah, yakni rumah sakit pusat di ibu Kota Negara, Rumah sakit propinsi, Rumah sakit kabupaten di ibu Kota Kabupaten.

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan undang – undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit, rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya sebagai berikut :

a. Klasifikasi berdasarkan kepemilikan, terdiri dari :

1. Rumah sakit pemerintah, terdiri dari :

- a. Rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan
- b. Rumah sakit Pemerintah daerah
- c. Rumah sakit militer
- d. Rumah sakit Badan Usaha Milik Negara (BUMN)
- e. Rumah sakit yang dikelola oleh masyarakat (swasta)

b. Klasifikasi berdasarkan jenis pelayanan, terdiri dari dua jenis :

1. Rumah sakit umum, memberikan pelayanan kesehatan kepada semua bidang dan jenis penyakit.
2. Rumah sakit khusus, memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, jenis penyakit atau kekhususan lainnya, contoh : rumah sakit kanker maupun rumah sakit jantung.

c. Klasifikasi berdasarkan afiliasi pendidikan, terdiri dari dua jenis :

1. Rumah sakit pendidikan, yaitu rumah sakit yang menyelenggarakan program latihan untuk berbagai profesi.

2. Rumah sakit non pendidikan, yaitu rumah sakit yang tidak memiliki program pelatihan profesi dan tidak ada kerja sama rumah sakit dengan universitas.

d. Klasifikasi Rumah sakit umum pemerintah

Rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah diklasifikasikan menjadi rumah sakit kelas A, B, C, dan D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsure pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan (Siregar dan Amalia, 2004).

1. Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis.
2. Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar.
3. Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.
4. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sedikitnya 2 (dua) spesialis dasar.

3. Fungsi Rumah Sakit

American Hospital Assosiation (19780 menyatakan bahwa rumah sakit adalah yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien dignostik dan therapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah.

Roemer dan Friedmen (1972), (dalam Aditama,20030 menyatakan bahwa rumah sakit punya setidaknya lima fungsi. Pertama harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas dignostik dan therapeutiknya.Berbagai jenis spesialisasi.Baik bedah maupun non bedah, harus tersedia. Palayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keparawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan dignostik serta therapeutik lainnya.Kedua, rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan.Ketiga, rumah sakit juga punya tugas untuk melukan pendidikan dan latihan.Keempat, rumah sakit perlu melakukan penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan, karena keberadaan pasien dirumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian ini.Kelima, rumah sakit juga punya tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi disekitarnya.

4. Kewajiban Rumah Sakit

Adapun beberapa kewajiban Rumah Sakit secara umum antara lain:

- a. Rumah Sakit harus menaati Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI).

- b. Rumah Sakit harus dapat mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua kejadian di rumah sakit.
- c. Rumah Sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan urusan biaya.
- d. Rumah Sakit harus member kesempatan kepada seluruh tenaga rumah sakit untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan serta keterampilan.
- e. Serta senantiasa menyesuaikan kebijakannya pada harapan dan kebutuhan masyarakat setempat.

Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan dengan standar pelayanan dasar dalam rujukan ditingkat Kabupaten Jeneponto, yang saat ini masih berstatus Type C. Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang dibangun diatas lahan seluas 2,0 Ha dan diresmikan penggunaannya oleh Menteri Kesehatan **DR.ADHYATMA M.P.H.** pada tanggal 18 Januari 1990. Struktur organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang mengacu pada Peraturan Daerah Kabupaten Jeneponto No 4 Tahun 2008, tanggal 7 Nopember 2008.

Letak Geografis Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto terletak pada :

- a. Sebelah utara : Kabupaten Gowa dan Takalar
- b. Sebelah timur : Kabupaten Bantaeng
- c. Sebelah selatan : Laut Flores
- d. Sebelah barat : Kabupaten Takalar

Kabupaten Jeneponto mempunyai jumlah penduduk sebanyak 332.334 jiwa yang tersebar di 11 Kecamatan dengan Luas 74.979 Ha atau 749.79 Km Bujur Sangkar.

Rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh pengguna jasa karena mutu pelayanan yang baik tidak hanya diukur dari kemewahan fasilitas, kelengkapan teknologi dan penampilan fisik tugasnya, tetapi juga diukur dari efisiensi dan efektifitas tindakan yang diperlukan terhadap konsumen.

Mutu pelayanan yang menjadi dambaan setiap pengunjung dapat dijadikan suatu indikator keberhasilan pelayanan. Apabila dapat ditingkatkan demi kepuasan klien dengan keterampilan tenaga-tenaga yang profesional, maka mutu pelayanan tentunya dapat terwujud dimana selama tiga tahun terakhir berdasarkan indikator jumlah kunjungan Rawat Jalan maupun Rawat Inap di RSUD Lanto Dg. Pasewang semakin tahun mengalami peningkatan.

Perubahan lingkungan yang cepat serta tidak menentu semakin memaksa organisasi rumah sakit untuk melihat kondisi dan posisi dirinya. Dengan melihat kondisi obyektif RSUD Lanto Dg. Pasewang saat ini sudah sepantasnya melakukan penyesuaian kelembangaan dengan mengusulkan perubahan type dari type C ke type B yang dapat diharapkan sebagai pendongkrak pencapaian Visi, Misi dan Strategi.

a. Status Kepemilikan

Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang adalah Rumah Sakit Umum Daerah Type C Milik Pemerintah Daerah Kabupaten Jeneponto.

b. Akreditasi

RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jenepontopada tanggal 11 Januari 2010 telah terakreditasi 5 Jenis Pelayanan yaitu :Pelayanan Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Pelayanan Rekam Medis.

c. Visi dan Misi

Sehubungan dengan akan ditingkatkannya type Rumah Sakit menjadi Rumah Sakit type B maka perlu dengan mengacu kepada visi, misi dan berbasis pada analisis lingkungan strategis. Adapun Visi Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewangsebagai berikut :

”Menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang Sebagai Pusat Pelayanan Yang Bermutu dan Bermartabat 2013.”

Apabila Visi diatas dikaji lebih mendalam maka dapat memberikan daya ungkit bagi peningkatan pelayanan secara profesional, yang merupakan suatu upaya pelayanankesehatan yang dapat dijadikan sebagai primadona dalam pengembangan dan pembangunan Rumah Sakit kedepan dan jasa pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan demi kepuasan pasien, yang merupakan target RSUD Lanto Dg. Pasewang dalam menunjang Rencana Pembangunan Kesehatan dimana Misinya adalah :

1. Mewujudkan pelayanan yang bermutu terjangkau dan berorientasi kepada kepuasan masyarakat.
2. Mewujudkan kawasan lingkungan yang bersih, aman, nyaman, indah, dan damai.

3. Mewujudkan peningkatan sarana dan prasarana yang representatif dan sesuai dengan kebutuhan.
4. Penguatan dan pemberdayaan kelembangaan organisasi yang bermartabat.
5. Peningkatan sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.
6. Menciptakan suasana kerja yang serasi sesama karyawan sehingga memiliki rasa kebersamaan, rasa disiplin dan tanggung jawab yang tinggi.

Sasaran kegiatan adalah mewujudkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang terjangkau dan bermutu dengan bertumpu pada hal-hal sebagai berikut :

1. Terwujudnya peningkatan pelayanan disemua unit pelayanan sebagai upaya untuk memberikan pelayanan yang prima kepada pelanggan.
2. Terlaksananya pemantapan alur pelayanan sesuai standar pelayanan medis.
3. Terwujudnya peningkatan sumber daya manusia yang terampil dan profesional melalui pendidikan dan pelatihan teknis.
4. Terlaksananya pemantapan sistem informasi manajemen.
5. Terlaksananya akreditasi 5 pelayanan dasar antara lain : pelayanan IGD, pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rekam medik, pelayanan administasi dan manajemen,

sehingga RSUD Lanto Dg. Pasewang mendapat pengakuan dari pemerintah berdasarkan standar pelayanan.

6. Terwujudnya cakupan pelayanan rujukan.
7. Tersedianya peralatan medis dan non medis yang standar dan sesuai dengan kebutuhan.
8. Terwujudnya lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang yang bersih, asri, nyaman dan indah.

B. Model Praktik Keperawatan Professional (MPKP)

1. Tinjauan Umum Tentang MPKP

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, yang berbentuk pelayanan bio, psiko, sosial, dan spritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Kusnanto, 2004)

Pelayanan dan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien di rumah sakit merupakan bentuk pelayanan profesional yang bertujuan untuk membantu pasien dalam pemulihan dan peningkatan kemampuan dirinya melalui tindakan pemenuhan kebutuhan dasar pasien secara komprehensif dan berkesinambungan sampai pasien itu mampu untuk melakukan rutinitasnya sendiri tanpa bantuan. Bentuk pelayanan semacam ini seyogyanya diberikan oleh perawat yang memiliki kemampuan serta sikap

dan kepribadian yang sesuai dengan tuntutan profesi keperawatan. Dan untuk itu tenaga keperawatan lazimnya harus dipersiapkan dan ditingkatkan secara teratur, terencana dan kontinyu (Masmuri, 2008).

Era globalisasi dan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan menuntut perawat, sebagai suatu profesi, memberi pelayanan kesehatan yang optimal. Indonesia juga berupaya mengembangkan model praktik keperawatan profesional (MPKP).

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah suatu sistem tu desain kerja (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan.

a. Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional

Pengembangan MPKP yang ada di berbagai negara lebih menekankan pada aspek proses praktik keperawatan. Hal tersebut terjadi karena struktur yang ada sudah memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional, Namun di Indonesia, berdasarkan analisis tentang struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit, sulit untuk menerapkan proses seperti yang dilakukan di luar negeri.

Kondisi keperawatan di Indonesia yang ada saat ini dilihat dari struktur, mayoritas tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan adalah lulusan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dan jumlah tenaga tidak didasarkan pada derajat ketergantungan klien sehingga pada pemberian asuhan keperawatan, perawat belum mampu

melakukan hubungan yang *caring* antara klien dan perawat, perawat kurang mampu melakukan tindakan terapi keperawatan tetapi lebih pada pelaksanaan tindakan kolaborasi, perawat kurang mampu mengintroduksi hal-hal baru tetapi lebih cenderung bekerja secara rutin, perawat kurang mampu menunjukkan kemampuan kepemimpinan dan tidak ada otonomi dalam membuat keputusan dalam asuhan keperawatan klien (Nurachmah, 2001).

Untuk mengatasi hal-hal tersebut, perlu dikembangkan MPKP yang merupakan tahap awal penataan sistem pemberian asuhan keperawatan dan selanjutnya diharapkan dapat diikuti oleh model-model yang menekankan pada substansi keilmuan keperawatan sehingga mutu asuhan keperawatan dapat lebih ditingkatkan.

MPKP FIKUI - RSUPNCM dikembangkan oleh Sitorus, 1997, yang merupakan penataan struktur dan proses sistem pemberian asuhan keperawatan pada tingkat ruang rawat sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional. Pengembangan model tersebut difasilitasi dengan Surat Keputusan Direktur RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Nomor: 2093/TU.K/34/VII/1996. Pada aspek struktur ditetapkan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien. Penetapan jumlah perawat sesuai kebutuhan klien menjadi hal penting, karena bila jumlah perawat tidak sesuai dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan, tidak ada waktu bagi perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang seharusnya dilakukan sesuai dengan rencana. Akibatnya, waktu perawat hanya cukup untuk melakukan tindakan kolaborasi dan perawat tidak sempat

melakukan tindakan terapi keperawatan, menganalisis tindakan observasi, dan pemberian pendidikan kesehatan (Sitorus, 2005).

Nilai-nilai professional menjadi komponen utama pada suatu praktik keperawatan professional. Dalam mengimplementasikan nilai-nilai tersebut diperlukan pemahaman dan komitmen perawat yang tinggi terhadap tugas dan tanggung jawabnya. Pemahaman dan komitmen ini dipelihara dan ditingkatkan dengan adanya sikap perawat untuk terus belajar sehingga selalu dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi.

Menurut Douglas (1992), klasifikasi derajat ketergantungan klien dibagi dalam tiga kategori:

- 1) Perawatan minimal memerlukan waktu 1 - 2 jam/24 jam. Kriteria:
 - a) Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
 - b) Makan dan minum dilakukan sendiri.
 - c) Ambulasi dengan pengawasan
 - d) Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap jaga (shift)
 - e) Pengobatan minimal dengan status psikologi stabil
- 2) Perawatan parsial memerlukan waktu 3 – 4 jam/24 jam. Kriteria:
 - a) Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu.
 - b) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
 - c) Ambulansidibantu, pengobatan lebih dari sekali
 - d) Klien dengan kateter urine, pemasukan dan pengeluaran dicatat
 - e) Klien dengan infus, persiapan pengobatan memerlukan prosedur.

3) Perawatan total memerlukan waktu 5-6 jam/24 jam. Kriteria:

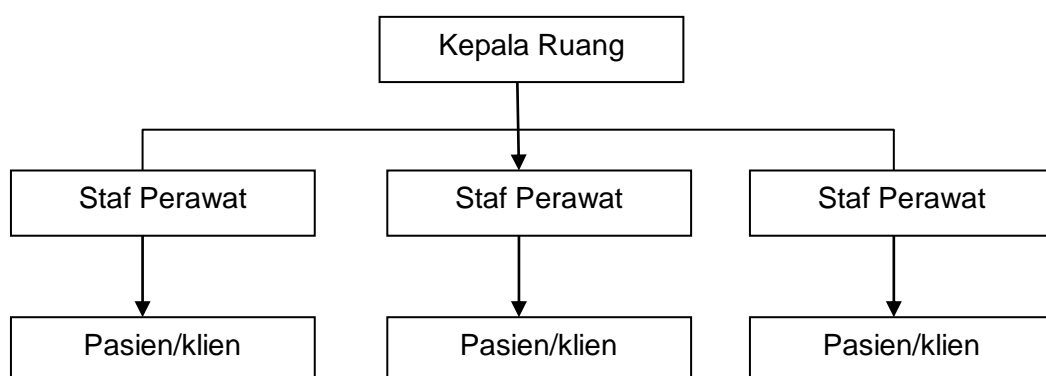
- a) Semua keperluan klien dibantu
- b) Perubahan posisi, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam.
- c) Makan melalui slang atau pipa lambung, terapi intravena
- d) Dilakukan pengisapan lender.
- e) Gelisah atau disorientasi.

b. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan

Dalam perkembangan keperawatan menuju layanan yang professional, digunakan beberapa metode pemberian asuhan keperawatan mulai dari metode kasus, metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer serta manajemen kasus. Dalam praktik keperawatan professional, metode yang paling memungkinkan pemberian asuhan keperawatan professional adalah metode yang menggunakan the breath of keperawatan primer

Menurut Gillies (1989), terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu metode kasus (total), metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer.

1) Metode kasus



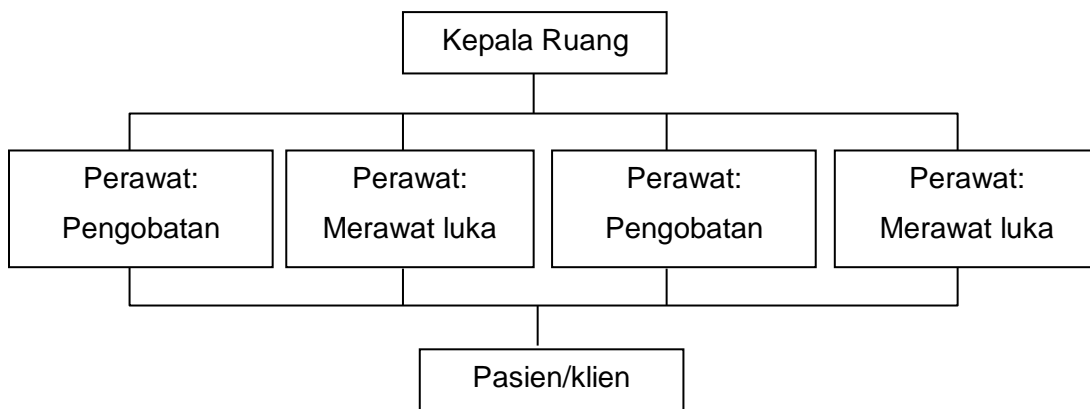
Gambar 5. Sistem Asuhan keperawatan "Case Method Nursing"

Metode kasus merupakan metode pemberian asuhan yang pertama digunakan. Pada metode itu satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat itu dan kompleksnya kebutuhan klien.

Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk keperawatan khusus seperti isolasi, ***intensive care***. Metode ini berdasarkan pendekatan holistik dari filosofi keperawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pada pasien tertentu (Nursalam, 2002).

Kelebihan dari metode ini adalah sistem pemberian asuhan yang memungkinkan perawat hanya memfokuskan kepada kebutuhan satu klien saja, sehingga membina hubungan yang akrab dan memuaskan terhadap klien. Sedangkan kekurangannya adalah mahal karena kurang efisien dan mobilitas perawat juga jadi terbatas dan terisolasi dari rekan kerja lainnya.

2) Metode fungsional



Gambar 6. Sistem asuhan keperawatan metode keperawatan fungsional

Pada metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di suatu ruangan. Seorang perawat dapat bertanggung jawab dalam pemberian obat, mengganti balutan, memonitor infus, dll. Prioritas utama yang dikerjakan ialah kebutuhan fisik dan kurang menekankan pada pemenuhan kebutuhan secara holistik.

Model fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua. Pada saat itu karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat maka setiap perawat hanya melakukan 1 – 2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di bangsal. Model ini berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan, perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada (Nursalam, 2002).

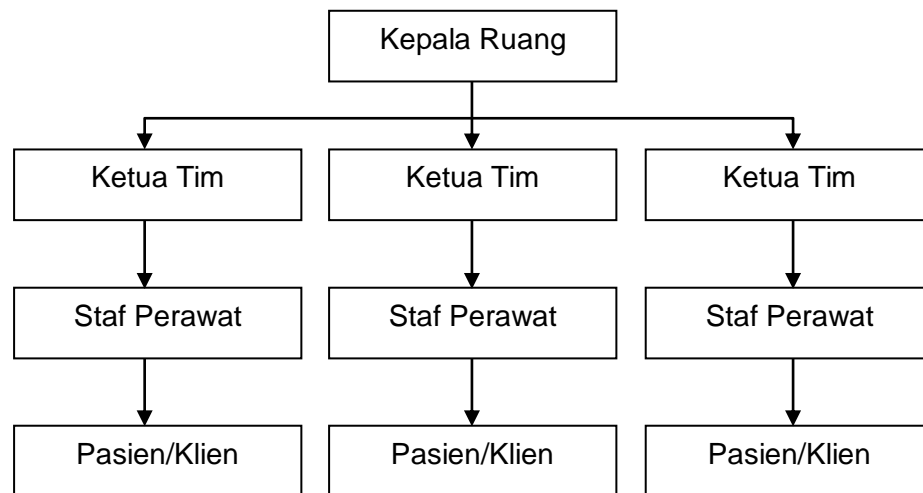
Kelebihan dari metode ini adalah:

- a) Sistem fungsional, yaitu secara administratif sangat efisien, karena setiap perawat mendapat tugas yang spesifik untuk sejumlah pasien dan mudah dilakukan.
- b) Perawat terampil untuk tugas/pekerjaan tertentu
- c) Mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah selesai melaksanakan tugas
- d) Kekurangan tenaga ahli dapat diganti dengan tenaga yang kurang berpengalaman untuk satu tugas sederhana
- e) Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf atau peserta didik yang praktik untuk keterampilan tertentu.

Kelemahannya adalah :

- a) Sistem ini tidak memungkinkan klien untuk menerima asuhan keperawatan secara holistik dan manusiawi dengan keunikan kebutuhan tiap klien sehingga sulit untuk memuaskan pasien
- b) Pelayanan keperawatan terpilah-pilah atau tidak total sehingga proses keperawatan sulit dilakukan
- c) Apabila pekerjaan selesai, perawat cenderung meninggalkan klien dan melakukan tugas non keperawatan
- d) Perawat dengan kompetensi profesional cenderung merasa bosan dan tidak dapat berkomunikasi dan berinteraksi dengan klien
- e) Kepuasan kerja keseluruhan sulit dicapai dan sulit diidentifikasi kontribusinya terhadap pelayanan klien
- f) Perawat hanya melihat asuhan keperawatan sebagai keterampilan saja.

3) Metode tim



Gambar 7. Sistem asuhan keperawatan metode keperawatan tim

Metode tim menurut Douglas (1992) merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Sitorus, 2008). Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi. Dengan demikian, diharapkan mutu asuhan keperawatan meningkat.

Menurut Kron dan Gray, pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep berikut:

- a) Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas perencanaan,

supervisi dan evaluasi asuhan keperawatan. Pelaksanaan konsep tim sangat bergantung pada filosofi ketua tim, yakni apakah berorientasi pada tugas atau pada klien. Tanggung jawab ketua tim adalah:

- 1) Mengkaji setiap klien dan menetapkan rencana asuhan keperawatan (renpra);
 - 2) Mengkoordinasikan renpra dengan tindakan medis;
 - 3) Membagi tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok dan memberikan bimbingan melalui konferensi;
 - 4) Mengevaluasi asuhan keperawatan yaitu proses dan hasil asuhankeperawatan yang diharapkan serta mendokumentasikannya.
- b) Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas renpra terjamin. Terdapat komunikasi yang terbuka melalui berbagai cara, terutama melalui renpra secara tertulis yang merupakan pedoman pelaksanaan asuhan, supervisi dan evaluasi.
- c) Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melakukan tugas sesuai dengan kemampuan mereka.
- d) Peran kepala ruangan penting dalam metode tim. Metode tim akan berhasil baik apabila didukung oleh kepala ruangan. Untuk itu, kepala ruangan diharapkan telah:
- a) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan dari staf;
 - b) Membantu staf menetapkan sasaran dari unit/ruangan;

- c) Memberi kesempatan pada ketua tim untuk pengembangan kepemimpinan;
- d) Mengorientasikan tenaga yang baru tentang fungsi metode tim keperawatan;
- e) Menjadi narasumber bagi ketua tim;
- f) Mendorong staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan;
- g) Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka.

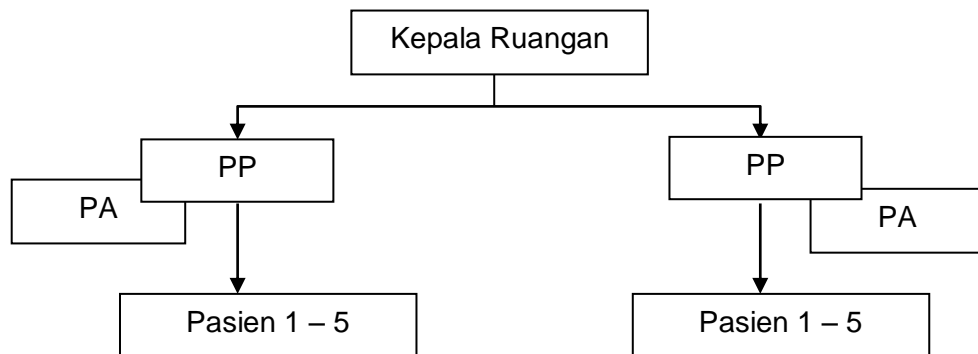
Kelebihan dari metode ini adalah :

- a) Sistem ini mengusahakan meningkatkan kepuasan pasien dan staf perawat pada batas efisiensi biaya
- b) Memberi kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal
- c) Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif
- d) Memungkinkan pencapaian proses keperawatan
- e) Konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim.
- f) Memungkinkan menyatukan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif.

Kelemahannya adalah :

- a) Memungkinkan terjadinya keterlambatan tindakan
- b) Terjadi salah komunikasi, pendelegasian dilakukan secara bertingkat dan tanggung jawab sukar diterjemahkan.
- c) Perawat yang belum terampil dan belum berpengalaman selalu tergantung kepada anggota tim yang mampu atau ketua tim
- d) Akuntabilitas dalam tim kabur.

4) Metode keperawatan primer



Gambar 8. Sistem asuhan keperawatan metode keperawatan primer

Menurut Gillies yang dikutip dari Sitorus (2008) sebagai berikut:

Primary nursing is a method of nursing care delivery that is characterized by a strong and continuing bond between the patient and one particular nurse who is responsible for planning, administering and coordinating the patient's nursing care throughout an entire episode illness.

Kelebihan metode ini adalah :

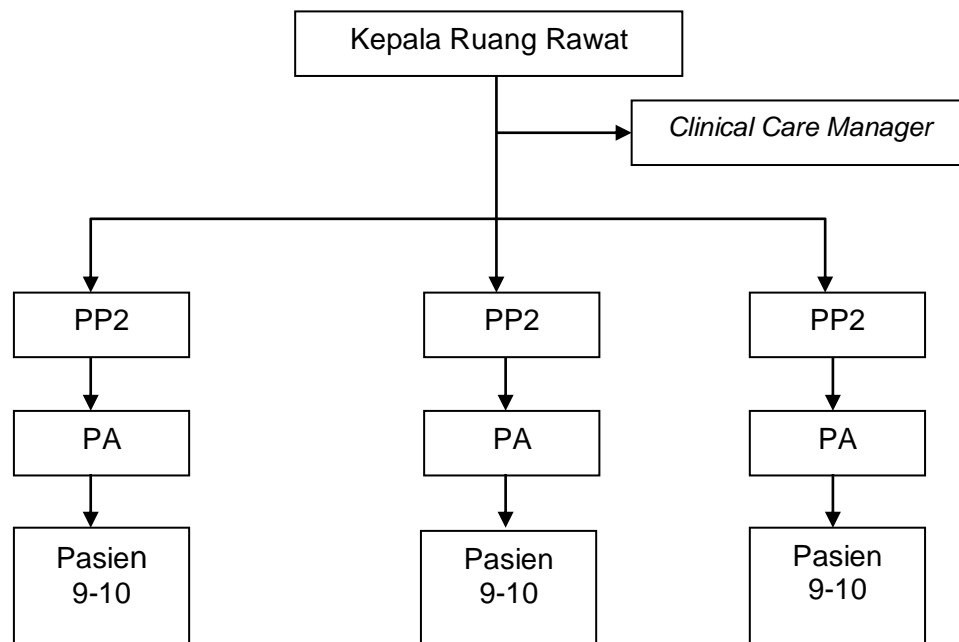
- a) Sistem ini berfokus pada kebutuhan klien yang memberikan otonomi kepada perawatan dan kesinambungan asuhan.
- b) Model praktik keperawatan professional dapat dilakukan atau diterapkan
- c) Memungkinkan asuhan keperawatan yang komprehensif
- d) Memungkinkan penerapan proses keperawatan
- e) Memberikan kepuasan kerja bagi perawat
- f) Memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga menerima asuhan keperawatan.

Kelemahannya adalah sistem keperawatan primer hanya dapat dilakukan oleh perawat dengan kemampuan profesional dan biaya yang relatif lebih tinggi dibandingkan metode lain.

Pada metode itu perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*). Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan sehingga bersifat komprehensif serta dapat dipertanggungjawabkan. Setiap Perawat Primer (PP) biasanya merawat 4-6 klien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama klien itu dirawat di rumah sakit atau di suatu ruangan. Perawat akan melakukan wawancara, mengkaji secara komprehensif, dan merencanakan asuhan keperawatan. Dialah perawat yang paling mengetahui keadaan klien dengan sebaik-baiknya. Demikian juga klien, keluarga, staf medis, dan staf keperawatan akan mengetahui bahwa klien tertentu merupakan tanggung jawab PP tertentu.

PP bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang klien jika diperlukan. Jika PP sedang tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (*associate nurse*). PP bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan klien dan menginformasikan keadaan klien kepada kepala ruangan, dokter dan staf keperawatan. Metode itu dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan karena:

- a) Terdapat satu perawat yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan koordinasi asuhan keperawatan;
 - b) Jangkauan observasi setiap perawat hanya 4-6 klien;
 - c) PP bertanggung jawab selama 24 jam;
 - d) Rencana pulang klien dapat diberikan lebih awal;
 - e) Rencana asuhan keperawatan dan rencana asuhan medik dapat berjalan paralel.
- 5) Modifikasi keperawatan primer (Model praktek Keperawatan modern)



Gambar 9. Sistem asuhan keperawatan metode modifikasi

Perawat yang menggunakan metode keperawatan primer dalam pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (**primary nurse**). Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan dan bersifat komprehensif serta dapat dipertanggung jawabkan, setiap perawat primer biasanya mempunyai 4 – 6 klien dan

bertanggung jawab selama 24 jam selama klien dirawat dirumah sakit. Perawat primer bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang klien jika diperlukan. Jika perawat primer sedang tidak bertugas , kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (**associate nurse**)

Metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara si pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi keperawatan selama pasien dirawat.

Pada MPKP metode yang digunakan adalah modifikasi keperawatan primer (kombinasi metode tim dan keperawatan primer). Penetapan metoda didasarkan pada beberapa alasan :

- a) Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan pada tingkat S1 keperawatan atau setara. Bila menggunakan metoda ini secara murni dibutuhkan jumlah S1 keperawatan atau setara dalam jumlah yang lebih banyak.
- b) Metoda tim tidak digunakan secara murni karena pada metoda ini tanggung jawab tentang asuhan keperawatan klien

terfragmentasi pada berbagai tim. Hal ini sukar menunjukkan akuntabilitas tenaga keperawatan.

- c) Melalui kombinasi kedua metoda ini diharapkan terdapat kontinuitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan terdapat pada PP. Disamping itu karena saat ini jenis pendidikan perawat yang ada di rumah sakit, mayoritas lulusan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan), mereka akan mendapat bimbingan dari PP/ketua tim tentang asuhan keperawatan.

Metoda pemberian asuhan keperawatan yang digunakan sangat mempengaruhi mutu asuhan keperawatan. Berdasarkan literatur, banyak pakar keperawatan menggunakan metoda keperawatan primer sebagai suatu metoda yang efektif dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Pada model PKP yang sudah dikembangkan di rumah sakit metoda ini memberi kepuasan profesional bagi perawat primer dan bagi perawat associate, mengatakan bahwa mereka banyak belajar dan pekerjaan lebih terarah. Pada metoda modifikasi primer, terlihat adanya koordinasi dalam pengelolaan asuhan keperawatan. Perawat primer sebagai perawat profesional bertanggung jawab dalam mengarahkan dan membimbing PA dibawah kelolaannya, untuk melaksanakan rencana keperawatan yang sudah dikembangkan. Perawat primer bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim.

Selain jumlah perawat, perlu ditetapkan pula jenis tenaga yaitu PP dan PA, sehingga peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai

dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam sistem pemberian asuhan keperawatan. Pengaturan ini diperlukan agar semua tindakan keperawatan yang sudah diidentifikasi pada renpra dapat dilakukan. Pada aspek struktur ditetapkan juga standar renpra, artinya pada setiap ruang rawat sudah tersedia standar renpra berdasarkan diagnosis medik dan/atau berdasarkan sistem tubuh. Penetapan standar renpra diperlukan karena berdasarkan observasi, penulisan renpra sangat menyita waktu karena fenomena keperawatan mencakup 14 kebutuhan dasar manusia. Dengan adanya standar renpra, PP hanya melakukan validasi terhadap diagnosis keperawatan yang sudah diidentifikasi pada standar renpra berdasarkan pengkajian yang dilakukan. Validasi standar rencana keperawatan diharapkan dapat dilakukan oleh sarjana keperawatan/ners karena mereka sudah dibekali dengan konsep dan teori yang cukup untuk mampu melakukan analisis dan sintesis standar rencana keperawatan.

Pada aspek proses ditetapkan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer (kombinasi metode tim dan metode keperawatan primer). Penetapan metode ini didasarkan pada alasan sebagai berikut:

- d) Pemberian asuhan dilakukan secara berkesinambungan sehingga memungkinkan adanya tanggung jawab dan tanggung gugat yang merupakan esensi dari suatu layanan profesional.
- e) Terdapat satu orang perawat profesional yang disebut PP, yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada MPKP, perawat primer adalah SKp/Ners.

- f) Pada metode keperawatan primer, hubungan profesional dapat ditingkatkan terutama dengan profesi lain, karena ada satu orang perawat profesional (PP) yang memahami kondisi klien secara detail sehingga mampu melakukan hubungan kolaborasi secara optimal.
- g) Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena apabila menggunakan metode ini secara murni dibutuhkan jumlah tenaga SKp/Ners yang lebih banyak, karena setiap PP hanya merawat 4-5 klien dan pada metode modifikasi keperawatan primer, setiap PP merawat 9-10 klien.

Saat ini terdapat beberapa jenis tenaga keperawatan dengan kemampuan yang berbeda-beda. Kombinasi metode tim dan keperawatan primer menjadi penting sehingga perawat dengan kemampuan yang lebih tinggi dapat mengarahkan dan membimbing perawat lain di bawah tanggung jawabnya.

Metode tim tidak digunakan secara murni karena pada metode ini tanggung jawab terhadap asuhan keperawatan terfragmentasi pada berbagai anggota tim, sehingga sukar menetapkan siapa yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas semua asuhan yang diberikan oleh tim.

2. Tinjauan Kegiatan MPKP

Menurut Nursalam (2002); dan Sitorus & Yulia (2006), proses pemberian asuhan keperawatan yang harus ditetapkan dalam pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer terdiri dari beberapa

komponen. Komponen proses tersebut adalah kontrak/orientasi dengan klien, timbang terima/operan, ronde keperawatan, supervisi, sentralisasi obat, perencanaan pulang dan pendokumentasian.

a. Orientasi/kontrak dengan klien/keluarga

Kontrak antara perawat dengan klien/keluarga merupakan kesepakatan keperawatan. Kontrak ini diperlukan agar hubungan saling percaya antara perawat dan klien dapat terbina. Mutu hubungan ini dimulai sejak klien pertama kali bertemu dengan perawat, kemudian direfleksikan pada tingkat pencapaian tujuan asuhan keperawatan (Sitorus dan Yulia, 2006).

Kontrak diawali dengan pemberian orientasi bagi klien dan keluarganya. Panduan dalam pelaksanaan kontrak/orientasi dengan klien/ keluarganya adalah sebagai berikut :

- 1) Orientasi dilakukan saat pertama kali klien datang (24 jam pertama) dan kondisi klien sedang tenang.
- 2) Orientasi dilakukan oleh perawat primer. Bila perawat primer tidak ada, perawat asosiet dapat memberikan orientasi untuk klien dan keluarga. Selanjutnya orientasi harus dilengkapi kembali oleh perawat primer sesegera mungkin. Hal ini penting karena perawat primer yang bertanggung jawab terhadap semua kontrak atau orientasi yang dilakukan.

- 3) Orientasi diberikan kepada klien dan di dampingi oleh anggota keluarga yang dilakukan di kamar klien dengan menggunakan format orientasi. Selanjutnya klien diinformasikan untuk membaca lebih lengkap format orientasi yang di tempelkan di kamar klien.
- 4) Setelah orientasi berikan daftar nama tim atau badge kepada klien dan keluarga, kemudian gantungkan daftar nama tim.

b. Timbang terima/operan

Adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien dengan tujuan menyampaikan kondisi atau keadaan pasien secara umum, menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindaklanjuti serta hal-hal yang sudah atau belum dilakukan untuk ditindaklanjuti oleh perawat berikutnya.

c. Ronde keperawatan

Suatu kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien yang dilaksanakan oleh perawat di samping melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan. Ronde keperawatan memberikan media bagi perawat untuk membahas lebih dalam masalah dan kebutuhan pasien serta merupakan suatu proses belajar bagi perawat dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor.

d. Sentralisasi Obat

Sentralisasi obat adalah pengelolaan obat di mana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya oleh perawat (Nursalam, 2007).

e. Perencanaan Pulang

Menurut Carpenito, perencanaan pulang adalah suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang (Nursalam, 2007).

Menurut Rorden dan Traft dalam Nursalam (1993) mengungkapkan bahwa perencanaan pulang bertujuan untuk:

- 1) Membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan dan upaya pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi angka kambuh dan penerimaan kembali di rumah sakit.
- 2) Terjadi pertukaran informasi antara pasien sebagai penerima pelayanan dengan perawat dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

f. Supervisi

Menurut Sudjana, supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi agar

mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif. Supervisi keperawatan menurut Depkes RI adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan, dan peralatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu setiap saat (Nursalam 2007).

g. Dokumentasi

Menurut Fiscfbach, Kron& Gray dalam Suryani (2006) dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi kesehatan pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Dokumentasi keperawatan mengkomunikasikan secara tertulis pada staf keperawatan dan tim kesehatan lain yang memerlukan data pasien secara teratur.

Tujuan utama pendokumentasian dalam keperawatan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan. Selain itu, dokumentasi juga berguna untuk penelitian, keuangan, dan etika. Untuk kepentingan tersebut, maka dokumentasi bertujuan sebagai media komunikasi, sarana pendidikan, sumber data keuangan yang sesuai, sebagai jaminan mutu pelayanan

keperawatan, dokumen yang sah sebagai pertanggung jawaban kepada klien dan hukum, serta sebagai sumber data riset keperawatan.

Salah satu cara untuk menilai mutu Asuhan Keperawatan (Askep) adalah menilai dokumentasi yang dibuat perawat sesuai dengan standar Askep, Dokumentasi yang dilakukan meliputi 5 standar Askep (Sitorus & Yulia, 2006):

1) Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan terdiri atas: identitas klien, pemeriksaan fisik meliputi kondisi klien/pengkajian status psikologis, sosial, dan spiritual, serta pola hidup. Format pengkajian harus diisi dalam 24 jam setelah klien masuk, yang terlihat dari tanggal pengkajian dilakukan. Perawat yang bertanggung jawab adalah perawat yang terus menerus bertanggung jawab pada klien tersebut selama dirawat di ruang rawat dan yang menandatangani format pengkajian.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan harus sesuai dengan kondisi klien artinya terdapat keterkaitan antara diagnosis & pengkajian. Mencakup masalah psikososial, misalnya cemas & masalah kurangnya pengetahuan klien. Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan masalah, etiologi, dan ditunjang oleh data-data yang tepat.

3) Perencanaan asuhan keperawatan

Perencanaan disusun dan ditandatangani oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut (perawat primer). Perencanaan keperawatan mencakup tindakan observasi keperawatan, tindakan terapi keperawatan, tindakan pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi. Pelibatan klien dan keluarga terlihat dalam salah satu tindakan yang direncanakan (misalnya penjelasan/pendidikan kesehatan pada klien/keluarga).

4) Implementasi tindakan keperawatan

Tindakan observasi keperawatan, terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi dicatat pada format implementasi

Terdapat penilaian terhadap respon klien dari tiap tindakan yang dilakukan (misalnya untuk tindakan memiringkan klien, respon klien tidak ada kemerahan pada bagian tertentu).

5) Evaluasi : berisi apakah tindakan yang dilakukan dapat menyelesaikan masalah keperawatan atau tidak.

Menurut Gillies (1989), keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan, dimana terdapat hubungan yang dekat dan berkesinambungan antara klien dan seorang perawat tertentu yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pemberian, dan koordinasi asuhan keperawatan klien, selama klien dirawat (Sitorus, 2006).

Pada metode keperawatan primer, perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*) yang disingkat dengan PP. Setiap PP biasanya merawat 4-6 klien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama klien tersebut dirawat dirumah sakit atau disuatu unit. Perawat akan melakukan wawancara, mengkaji secara komprehensif, dan merencanakan asuhan keperawatan. Perawatlah yang paling mengetahui keadaan klien dengan sebaik-baiknya. Demikian juga klien, keluarga, staf keperawatan akan mengetahui bahwa klien tertentu merupakan tanggung jawab PP tertentu.

Jika Perawat Primer sedang tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (*associate nurse*). PP bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan klien dan menginformasikan keadaan klien ke kepala ruangan, dokter, dan staf keperawatan. Seorang PP bukan hanya mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan, tetapi juga mempunyai kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah dan lain-lain. Dengan diberikannya kewenangan tersebut, dituntut akuntabilitas perawat yang tinggi terhadap hasil pelayanan yang diberikan. Metode keperawatan primer memberikan beberapa keuntungan terhadap, klien, perawat, dokter, dan rumah sakit (Sitorus, 2006). Keuntungan

yang dirasakan klien ialah mereka merasa lebih dihargai sebagai manusia karena terpenuhi kebutuhannya secara individu, asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan tercapainya pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi, dan advokasi.

Keuntungan yang dirasakan oleh PP adalah memungkinkan bagi PP untuk pengembangan diri melalui implementasi ilmu pengetahuan. Hal ini dimungkinkan karena adanya otonomi dalam membuat keputusan tentang asuhan keperawatan klien. Staf medis juga merasakan kepuasannya dengan metode ini karena senantiasa mendapat informasi tentang kondisi klien yang mutakhir dan komprehensif.

C. Kinerja Perawat

1. Pengertian

Kinerja karyawan merupakan suatu hasil yang dicapai oleh pegawai tersebut dalam pekerjaannya menurut criteria tertentu yang berlaku untuk suatu pekerjaan tertentu. Gibson (1997) mendefenisikan kinerja sebagai hasil dari pekerjaan yang terkait dengan tujuan organisasi seperti kualitas, efisiensi, dan criteria efektivitas lainnya. Robbins (1996), mengatakan kinerja merupakan suatu hasil yang dicapai oleh pekerja dalam pekerjaannya menurut kriteria tertentu yang berlaku untuk suatu pekerjaan..

Winardi dalam Waridin dan Guritno (2005) mengatakan kinerja merupakan konsep yang bersifat universal yang merupakan efektivitas operasional suatu organisasi, bagian organisasi dan bagian karyawannya berdasarkan standard dan criteria yang telah ditetapkan sebelumnya, karena organisasi pada dasarnya dijalankan oleh manusia, maka kinerja sesungguhnya merupakan perilaku manusia dalam memainkan peran yang mereka lakukan didalam suatu organisasi untuk memenuhi standar perilaku yang telah ditetapkan agar membuahkan tindakan dan hasil yang diinginkan.

Gomes (2001), menyatakan kinerja sebagai catatan terhadap hasil produksi dari sebuah hasil pekerjaan tertentu atau aktiviats tertentu dalam periode waktu tertentu. Sikula dalam Waridin dan Guritno (2005) mendefinisikan kinerja sebagai suatu evaluasi yang sistematis dari pekerjaan pegawai dan potensi yang dapat dikembangkan.

Siagian dalam Waridin dan Masrukhin (2006) kinerja adalah konsep yang bersifat universal yang merupakan efektivitas operasional suatu organisasi, bagian organisasi dan bagian karyawan berdasar standard dan criteria yang telah ditetapkan. Kinerja merupakan perilaku manusia dalam suatu organisasi yang memenuhi standar perilaku yang ditetapkan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Gibson et al dalam Waridin dan Masrukhin (2006) menyatakan kinerja adalah catatan terhadap hasil produksi dan pekerjaan atau aktivitas tertentu dalam periode waktu tertentu. Beberapa factor yang berperan dalam kinerja antara lain adanya efektivitas keseimbangan antara pekerja dan lingkungan

yang berada didekatnya yang meliputi individu, sumberdaya, kejelasan kerja dan umpan balik.

Robinson dkk.dalam sebuah studi (1999) menjelaskan bahwa sesudah masuk ke suatu perusahaan, karyawan menilai apakah perusahaan memenuhi kontrak yang telah disepakati, di mana hal itu akan mempengaruhi perilaku atau sikap terhadap perusahaan itu. Ketika karyawan merasa bahwa majikan mereka gagal memenuhi kewajiban mereka, karyawan cenderung mengurangi kewajiban mereka dengan cara menunjukkan absensi dan menurunnya tingkat komitmen.

2. Faktor yang mempengaruhi Kinerja

Robbins mengatakan bahwa selain factor individu seperti latar belakang keluarga, kelas social dan pengalaman kerja, serta cirri-ciri biologis seperti umur, bangsa dan jenis kelamin, kinerja dipengaruhi oleh banyak factor.

Menurut Robbins (2008) kinerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan atau ability (A), motivasi atau motivation (M) dan kesempatan atau opportunity (O) dan ketiga-tiganya dipengaruhi oleh variable organisasi termasuk di dalamnya work design (design pekerjaan)

Atau kinerja = $f(A \times M \times O)$. Artinya bahwa kinerja merupakan fungsi dari kemampuan, motivasi dan kesempatan. Dengan demikian, kinerja ditentukan oleh factor-faktor kemampuan, motivasi dan kesempatan. Kesempatan kerja adalah tingkat-tingkat kinerja yang tinggi yang sebagian merupakan bentuk

dari tidak adanya yang hambatan yang menjadi kendala bagi seorang karyawan bekerja.

a. **Kemampuan**

Menurut Robbins (2003), Kemampuan merujuk ke kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam pekerjaan tertentu. Itulah penilaian tentang apa yang dapat dilakukan seseorang. Kemampuan keseluruhan seseorang pada hakikatnya tersusun dari dua factor :

a. Kemampuan intelektual

Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan mental. Tes IQ, misalnya, dirancang untuk memastikan kemampuan intelektual umum seseorang. Demikian juga tes saringan masuk universitas yang populer seperti SAT dan ACT serta tes masuk pascasarjana dalam bidang bisnis (GMAT), dalam ilmu hukum (LSAT), dan dalam kedokteran (MCAT). Tujuh dimensi yang paling sering dikutip yang membentuk kemampuan intelektual adalah: kuantitatif, pemahaman verbal, kecepatan perseptual, penalaran induktif, penalaran deduktif, visualisasi ruang, dan daya ingat. Pekerjaan membebani tuntutan-tuntutan berbeda kepada pelaku untuk menggunakan kemampuan intelektual. Singkat kata, makin banyak tuntutan pemrosesan informasi dalam pekerjaan tertentu, makin banyak kecerdasan dan kemampuan verbal umum yang dibutuhkan untuk dapat menyelesaikan pekerjaan tersebut dengan sukses.

b. Kemampuan fisik

Pada derajat yang sama dengan kemampuan intelektual dalam memainkan peran yang lebih besar dalam pekerjaan kompleks yang menuntut persyaratan pemrosesan informasi, kemampuan fisik khusus bermakna penting bagi keberhasilan menjalankan pekerjaan-pekerjaan yang kurang menuntut keterampilan dan yang lebih standar. Misalnya, pekerjaan yang keberhasilannya menuntut stamina, kecekatan fisik, kekuatan tungkai, atau bakat-bakat serupa menuntut manajemen untuk mengenai kapabilitas fisik seorang karyawan. Kinerja bagus karyawan dapat tercapai ketika manajemen telah memastikan tingkatan pekerjaan tertentu menuntut dari kemampuan fisik dan kemudian menjamin bahwa karyawan dalam pekerjaan tersebut mempunyai kemampuan itu.

c. Kesesuaian Pekerjaan dengan Kemampuan

Kemampuan intelektual atau fisik khusus yang diperlukan untuk kinerja pekerjaan yang memadai pada pekerjaan tertentu, bergantung pada persyaratan kemampuan yang diminta untuk pekerjaan itu. Jadi, misalnya, pilot pesawat terbang memerlukan kemampuan visualisasi-ruang yang kuat, penjaga keselamatan pantai memerlukan baik visualisasi-ruang yang kuat maupun koordinasi tubuh; eksekutif senior memerlukan kemampuan verbal; pekerja konstruksi bangunan-tinggi memerlukan keseimbangan; dan wartawan yang berkemampuan penalaran lemah kemungkinan besar akan kesulitan

mernenuhistandar kinerja pekerjaan minimum. Mengarahkan perhatian pada hanya kemampuan karyawan atau persyaratan kemampuan dari pekerjaan itu mengabaikan kenyataan bahwa kinerja karyawan bergantung pada interaksi dari keduanya. Jika karyawan tidak mempunyai kemampuan yang disyaratkan, kemungkinan besar mereka akan gagal. Jika Anda dipekerjakan sebagai seorang pengolah kata dan Anda tidak dapat memenuhi persyaratan mengetik dasar, kinerjanya akan buruk.

Sedangkan menurut Notoatmojo (2007) mengemukakan kemampuan adalah kapasitas yang dimiliki seseorang dalam menerima suatu beban pekerjaan, baik yang bersifat fisik maupun mental. Kemampuan atau kapasitas kerja seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain status gizi (kesehatan), pendidikan, pengalaman, jenis kelamin serta ukuran bentuk tubuh.

Kemampuan seorang karyawan sangat bergantung pada keterampilan yang dimiliki serta profesionalisme mereka dalam bekerja. Ini memberikan daya untuk menyelesaikan tugas-tugas yang diemban kepada mereka (Sutrisno, 2007).

Kemampuan menunjukkan potensi orang untuk melaksanakan tugas/pekerjaan. Kemampuan pegawai dalam melaksanakan tugasnya merupakan perwujudan dari pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Blanchard : "Kematangan pekerjaan (kemampuan) dikaitkan dengan kemampuan untuk melakukan

sesuatu. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan dan ketrampilan” (Gibson, 1996).

Faktor yang mempengaruhi kinerja pegawai adalah faktor kemampuan (ability). Secara psikologi, kemampuan (Ability) pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan Kemampuan reality (Knowledge Skill). Artinya, pegawai yang memiliki IQ di atas rata-rata (IQ 110-120) dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya yang terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Oleh karena itu, tenaga honorer perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya.

Kemampuan fisik adalah kemampuan seseorang dalam hal kekuatan static (angkat berat), kekuatan dinamik (mencabut), koordinasi tubuh (lompat tali), dan stamina. Seseorang dikatakan kreatif apabila memiliki kemampuan yang bisa dipertanggungjawabkan. Hal ini perlu diketahui ciri-ciri orang yang memiliki. Beberapa pendapat ahli tentang ciri-ciri pegawai yang mampu.

Pendidikan dengan berbagai program mempunyai peranan penting dalam proses memperoleh meningkatkan kualitas kemampuan profesional individu. Melalui pendidikan, seseorang dipersiapkan untuk memilih bekal agar siap tahu, mengenal dan mengembangkan metode berpikir secara sistematis agar dapat memecahkan masalah yang akan dihadapi dalam kehidupan di kemudian hari. Hal tersebut nantinya akan nampak pada kinerjanya, yang pada akhirnya akan menjamin produktivitas kerja yang masih meningkat.

Robbin, dkk (2008), Kemampuan (ability) berarti kapasitas seorang individu untuk melakukan beragam tugas dalam suatu pekerjaan. Kemampuan adalah sebuah penilaian terkini atas apa yang dapat dilakukan seseorang. Kemampuan keseluruhan individu pada dasarnya terdiri atas dua kelompok faktor yaitu intelektual dan fisik. Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktivitas mental-berfikir, menalar dan memecahkan masalah. Kemampuan fisik yaitu kemampuan melakukan tugas-tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan dan karakteristik serupa.

b. Motivasi

1) Pengertian

Berikut ini adalah beberapa teori tentang motivasi (Drs. Malayu S.P Hasibuan, 1996) :

- a. Menurut Drs. Malayu S.P Hasibuan, motivasi adalah pemberian daya gerak yang menciptakan kegairahan kerja seseorang agar mereka mau bekerja sama, bekerja efektif dan terintegrasi dengan segala daya dan upaya untuk mencapai kepuasan.
- b. Harol Koontz mengartikan sebagai "*motivation refers to the drive and effort to satisfy a want or goal*. Motivasi mengacu pada dorongan dan usaha untuk memuaskan kebutuhan atau suatu tujuan.
- c. Stephen P. Robbins, yaitu "*we 'll define motivation as the willingness to exert high levels of effort toward organizational goals, conditional by effort's ability to satisfy some individual need*. Motivasi didefinisikan

sebagai suatu keinginan untuk berusaha seoptimal mungkin dalam pencapaian tujuan organisasi yang dipengaruhi oleh kemampuan usaha untuk memuaskan beberapa kebutuhan individu.

- d. Teori motivasi Freud mengatakan bahwa kebanyakan orang tidak menyadari kekuatan psikologis nyata membentuk perilaku mereka. Ia melihat seseorang sebagai yang tumbuh makin dewasa dan menekan banyak dorongan. Dorongan ini tidak pernah hilang atau berada di bawah kendali sempurna. Menurutny, seseorang tidak pernah utuh dalam memahami motivasinya.
- e. Sedangkan teori motivasi menurut Abraham Maslow mencoba menjelaskan mengapa seseorang didorong oleh kebutuhan manusia tersusun secara berjenjang, mulai dari yang paling banyak menggerakkan sampai yang paling sedikit memberikan dorongan. Pertama tama orang akan memuaskan kebutuhan yang paling penting dulu baru kemudian memenuhi kebutuhan berikutnya. Berdasarkan urutan kepentingannya, jenjang kebutuhan adalah kebutuhan fisiologis, rasa aman, social, penghargaan dan kebutuhan aktualisasi diri.
- f. Motivasi menurut Hilgard dan Atkinson (1975) merumuskan motivasi sebagai keadaan aktif di dalam seseorang yang mengarahkannya kepada perilaku pencapaian tujuan (an activated state within a person that leads to goal-directed behaviour).

g. Terry, (2000) Motivasi menyangkut soal perilaku manusia dan merupakan elemen vital didalam manajemen. Motivasi dapat diartikan sebagai mengusahakan supaya seseorang dapat menyelesaikan pekerjaan dengan semangat karena ia ingin menyelesaikannya.

2) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi

Menurut Davis (Elaine, 1998 dalam Abidah, 2008), Motivasi dipengaruhi oleh faktor-faktor ekstrinsik dan intrinsik. Faktor ekstrinsik adalah faktor-faktor yang terjadi diluar pekerjaan, misalnya tunjangan tambahan, hari libur, dan lain-lain. Sedangkan faktor intrinsik adalah faktor-faktor yang terjadi pada saat pekerjaan dilaksanakan, misalnya dukungan positif yang diberikan oleh atasan, hubungan antar karyawan dan lain-lain.

Teori yang terkenal tentang motivasi adalah teori hirarki kebutuhan dari Abraham Maslow. Ia menghipotesa bahwa pada setiap orang melekat suatu hirarki kebutuhan yang terdiri dari :

- a) Kebutuhan Fisiologis (*Physiological-need*), termasuk makanan, pakaian, tempat tinggal, kebutuhan seks, dan kebutuhan jasmani lainnya.
- b) Kebutuhan Rasa Aman (*Safety-need*), termasuk jaminan serta perlindungan terhadap gangguan emosi.
- c) Kebutuhan Sosial (*Social-need*), rasa kasih sayang, termasuk, termasuk rasa memiliki, rasa menerima dan persahabatan.

- d) Kebutuhan Penghargaan (*Esteem-need*), penghargaan internal, seperti rasa harga diri, otonomi, keberhasilan; dan faktor penghargaan eksternal, seperti status, pengakuan, dan perhatian.
- e) Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Self-actualization need*), dorongan untuk mewujudkan kemampuan seseorang, termasuk pertumbuhan, pemenuhan potensi dan pemenuhan keinginan diri sendiri (*self fulfillment*), (Sofyandi&Garniwa, 2007).

Gregor (dalam Stonner et.al, 1996) mengidentifikasi dua set asumsi yang berbeda mengenai karyawan, yaitu teori X dan teori Y. Teori X berpendapat bahwa dalam diri seseorang terdapat sikap tidak suka terhadap pekerjaan, sedang dalam teori Y menyatakan bahwa dalam diri seseorang terdapat sikap menyukai terhadap pekerjaan.

Kemudian dengan adanya berbagai keterbatasan, muncul teori selanjutnya. Menurut Landy dan Backer (dalam Stonner et.al, 1996) pandangan mengenai motivasi dikelompokkan dalam banyak pendekatan pada teori dan praktek motivasi menjadi lima kategori, yaitu teori kebutuhan, teori penguatan, teori keadilan, teori harapan, teori penetapan sasaran.

Dalam penelitian ini penulis menggunakan teori motivasi dengan pendekatan kebutuhan dengan alasan bahwa pemenuhan kebutuhan merupakan faktor yang masih dominan dalam memotivasi para perawat dalam melaksanakan pekerjaannya.

Menurut Maslow (dalam Stonner, 1996) dinyatakan bahwa di dalam diri manusia ada suatu jenjang hierarki kelima kebutuhan sebagai berikut :

- a) Faali(*Fisiologis*), rasa lapar, haus, pakaian, rumah, seks dan kebutuhan ragawi.
- b) Keamanan, keselamatan dan perlindungan terhadap kerugian fisik dan emosional.
- c) Sosial, kasih sayang, rasa memiliki, diterima baik dan persahabatan.
- d) Penghargaan, mencakup rasa hormat internal, harga diri, otonomi, prestasi dan faktor hormat external misalnya status pengakuan dan perhatian.
- e) Aktualisasi diri, dorongan untuk menjadi apa yang ia mampu, mencakup pertumbuhan, mencapai potensial dan pemenuhan diri.

Menurut teori ini, akan mengatakan meskipun tidak ada kebutuhan yang pernah dipenuhi secara lengkap, suatu kebutuhan yang dipuaskan secara cukup banyak (substansialnya) tidak lagi memotivasi.

Jadi bila akan memotivasi seseorang, menurut Maslow perlu memahami sedang berada pada anak tangga manakah orang itu dan memfokuskan pada pemenuhan kebutuhan-kebutuhan di atas tingkat itu. Maslow memisahkan kelima kebutuhan itu sebagai order tinggi dan order rendah yaitu kebutuhan faali dan keamanan sebagai order

rendah sedangkan kebutuhan sosial, kebutuhan akan penghargaan dan aktualisasi diri merupakan kebutuhan order tinggi.

Kelima kebutuhan tersebut sangat penting dan terkait dalam bentuk tingkatan yang teratur. Satu tingkat kebutuhan menjadi kuat setelah tingkat kebutuhan yang lebih rendah terpenuhi kepuasannya.

Teori kebutuhan menurut Alderfer (dalam Stonner et. al, 1996) menyatakan bahwa motivasi karyawan dapat diukur menurut hierarki kebutuhan, yaitu kebutuhan existensi, yang merupakan kebutuhan mendasar, kemudian kebutuhan keterkaitan (*relatedness*) yang merupakan kebutuhan hubungan antar pribadi dan kebutuhan pertumbuhan (*growth*) yang merupakan kebutuhan akan kreativitas pribadi atau pengaruh produktif.

Setiap kegiatan yang dilakukan manusia, dilandasi oleh sebuah motivasi tertentu. Motivasi ini menggerakkan manusia untuk mencapai sesuatu yang diinginkannya. Jika motivasi ini tinggi, maka energi yang dihasilkannya tinggi. Sebaliknya jika motivasinya rendah, maka energi yang dihasilkannya rendah pula.

Sumber motivasi seseorang berbeda-beda, karena tidak ada manusia yang sama satu sama lain. Akan tetapi yang terpenting adalah bahwa dengan motivasi yang dimilikinya itu, orang tersebut akan lebih mempunyai ketahanan dan kekuatan untuk mencapai apa yang diinginkannya.

Bagi seorang karyawan yang bekerja di dalam organisasi, motivasinya untuk mencapai tujuan organisasi akan membuatnya bersemangat untuk melaksanakan pekerjaannya. Jika karyawan bersemangat dalam bekerja, maka kinerjanya akan meningkat. Selain itu akan terbentuk komitmen perawat untuk mencapai kinerja yang telah ditetapkan hingga tercapai. Berdasarkan uraian tersebut, dapat diketahui bahwa motivasi yang dimiliki karyawan mempunyai pengaruh yang signifikan dengan kinerjanya (Stonner, 1996).

Bagi seorang perawat, tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau memacu individu, kelompok, dan masyarakat agar timbul keinginan dan kemauannya untuk dapat berperilaku hidup bersih dan sehat, sehingga tercapai tujuan yang diharapkan dalam upaya meningkatkan peran, fungsi, dan kemampuan individu dalam membuat keputusan untuk memelihara kesehatan.

c. Kesempatan

Setiap individu mempunyai pengaruh terhadap individu-individu lainnya; pengaruh tersebut makin lama makin tumbuh. Beberapa individu mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap individu-individu lainnya dan beberapa kondisi lebih berpengaruh terhadap kondisi-kondisi tersebut.

Kesempatan adalah peluang yang bersifat positif yang dihadapi oleh seorang perawat, yang apabila dapat dimanfaatkan akan besar peranannya dalam meningkatkan kinerja perawat.

Kesempatan kerja adalah terlaksananya pelayanan pada pasien tanpa adanya rintangan/hambatan terhadap perawat. meskipun seorang perawat memiliki kemampuan dan keterampilan namun bisa saja ada rintangan yang menjadi penghambat untuk bekerja. Rintangan – rintangan dapat berupa pimpinan tidak pernah menempatkan perawat dalam posisi yang sesuai dengan kemampuan dan pengalaman kerjanya, atau tidak adanya kerjasama dari rekan kerja atau perawat lain.

Kesempatan juga diartikan sebagai peluang untuk mengembangkan pengetahuan dan keahlian yang telah dimiliki, serta kesempatan untuk bertindak sendiri dan tidak bergantung pada perawat lain.

3. Indikator Penilaian Kinerja.

Tsui et al (1997) dalam Mas'ud (2004) merumuskan indikator-indikator kinerja karyawan sebagai berikut :

1. Kualitas kerja karyawan
2. Tingkat keuletan dan daya tahan kerja
3. Tingkat disiplin dan absensi
4. Tingkat kerja sama dengan rekan.
5. Tingkat Inisiatif/kreatifitas yang dimiliki
6. Tingkat profesionalitas kerja yang dimiliki

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer Perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitas (Swansburg, 1987). Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif

dalam mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Perawat manajer dapat menggunakan proses aprasial kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, bimbingan perencanaan karir, serta pemberian penghargaan kepada perawat yang berkompeten.

Satu ukuran Pengawasan yang digunakan oleh manajer perawat guna mencapai hasil organisasi adalah sistem penilaian pelaksanaan kerja perawat. Melalui evaluasi reguler dari setiap pelaksanaan kerja pegawai, manajer harus dapat mencapai beberapa tujuan. Hal ini berguna untuk membantu kepuasan perawat dan untuk pelaksanaan kerja mereka, memberitahu perawat bahwa kerja mereka kurang memuaskan serta mempromosikan jabatan dan kenaikan gaji, mengenal pegawai yang memenuhi syarat penugasan khusus, memperbaiki komunikasi antara atasan dan bawahan serta menentukan pelatihan dasar untuk pelatihan karyawan yang memerlukan bimbingan khusus.

Dalam merencanakan sistem penilaian kerja pegawai, manajer perawat sebaiknya menetapkan orang yang akan bertanggung jawab untuk mengevaluasi setiap pekerja. Idealnya, setiap supervisor pegawai terdekat hendaknya mengevaluasi pelaksanaan kerjanya. Dimana satu orang mengevaluasi kerja rekannya secara akurat, keduanya harus selalu mengadakan kontak, langsung dan diperpanjang sehingga evaluator memiliki kesempatan untuk menganalisa sample yang memadai seluruh aspek dari pelaksanaan kerja pegawai. Adalah suatu hal mustahil bagi seorang

supervisor yang jangkauan pengawasannya terlalu luas untuk melakukan kontak yang sering dan lama dengan setiap orang bawahannya. Karenanya, supervisor tidak dapat mengenali pelaksanaan kerja total seluruh pekerjanya yang ada di bawah pengawasannya serta tidak mungkin mengevaluasi mereka dengan tepat. Apabila sistem penilaian pelaksanaan kerja ditujukan untuk menghasilkan informasi yang benar, maka jangkauan pengawasannya harus cukup kecil sehingga setiap manajer memiliki waktu dan kesempatan untuk menganalisa seluruh aktifitas kerja utama masing-masing karyawan.

a. Manfaat yang dapat dicapai dalam penilaian kinerja adalah :

1. Meningkatkan prestasi kerja staf baik secara individu atau kelompok dengan memberikan kesempatan pada mereka untuk memenuhi kebutuhan aktualisasi diri dalam kerangka pencapaian tujuan pelayanan RS.
2. Peningkatan yang terjadi pada prestasi staf secara perorangan pada gilirannya akan mempengaruhi atau mendorong SDM secara keseluruhannya.
3. Merangsang minat dalam pengembangan pribadi dengan tujuan meningkatkan hasil karya dan prestasi dengan cara memberikan umpan balik kepada mereka tentang prestasinya.
4. Membantu RS untuk dapat menyusun program pengembangan dan pelatihan staf yang lebih tepat guna. Sehingga RS akan mempunyai

tenaga yang cakap dan tampil untuk pengembangan pelayanan keperawatan dimasa depan.

5. Menyediakan alat dan sarana untuk membandingkan prestasi kerja dengan meningkatkan gajinya atau sistem imbalan yang baik.
 6. Memberikan kesempatan kepada pegawai atau staf untuk mengeluarkan perasaannya tentang pekerjaannya atau hal lain yang ada kaitannya melalui jalur komunikasi dan dialog, sehingga dapat mempererat hubungan antara atasan dan bawahan.
- b. Standar Instrumen Penilaian Kerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Kepada Klien

Dalam menilai kualitas pelayanan keperawatan kepada klien digunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar praktik keperawatan telah-dijabarkan oleh PPNI (2000) yang mengacu dalam tahapan proses keperawatan, yang meliputi :

a. Standar I : Pengkajian Keperawatan

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan.

Kriteria pengkajian keperawatan, meliputi :

1. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik serta dari pemeriksaan penunjang.
2. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain.

3. Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi :

- a. Status kesehatan klien masa lalu.
- b. Status kesehatan klien saat ini.
- c. Status biologis-psikologis-sosial-spiritual.
- d. Respon terhadap terapi.
- e. Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal.
- f. Resiko-resiko tinggi masalah.

b. Standar II: Diagnosa Keperawatan

Perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Adapun kriteria proses:

- a. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan.
- b. Diagnosa keperawatan terdiri dari : masalah (P), Penyebab (E), dan tanda atau gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE).
- c. Bekerjasama dengan klien, dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.
- d. Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

c. Standar III: Perencanaan Keperawatan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien. Kriteria prosesnya, meliputi:

- a. Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan.
- b. Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
- c. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
- d. Mendokumentasi rencana keperawatan.

d. Standar IV: Implementasi

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Kriteria proses, meliputi :

- a. Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- b. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain.
- c. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien.
- d. Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, ketrampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
- e. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan

respon klien.

e. Standar V: Evaluasi Keperawatan

Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Adapun kriteria prosesnya :

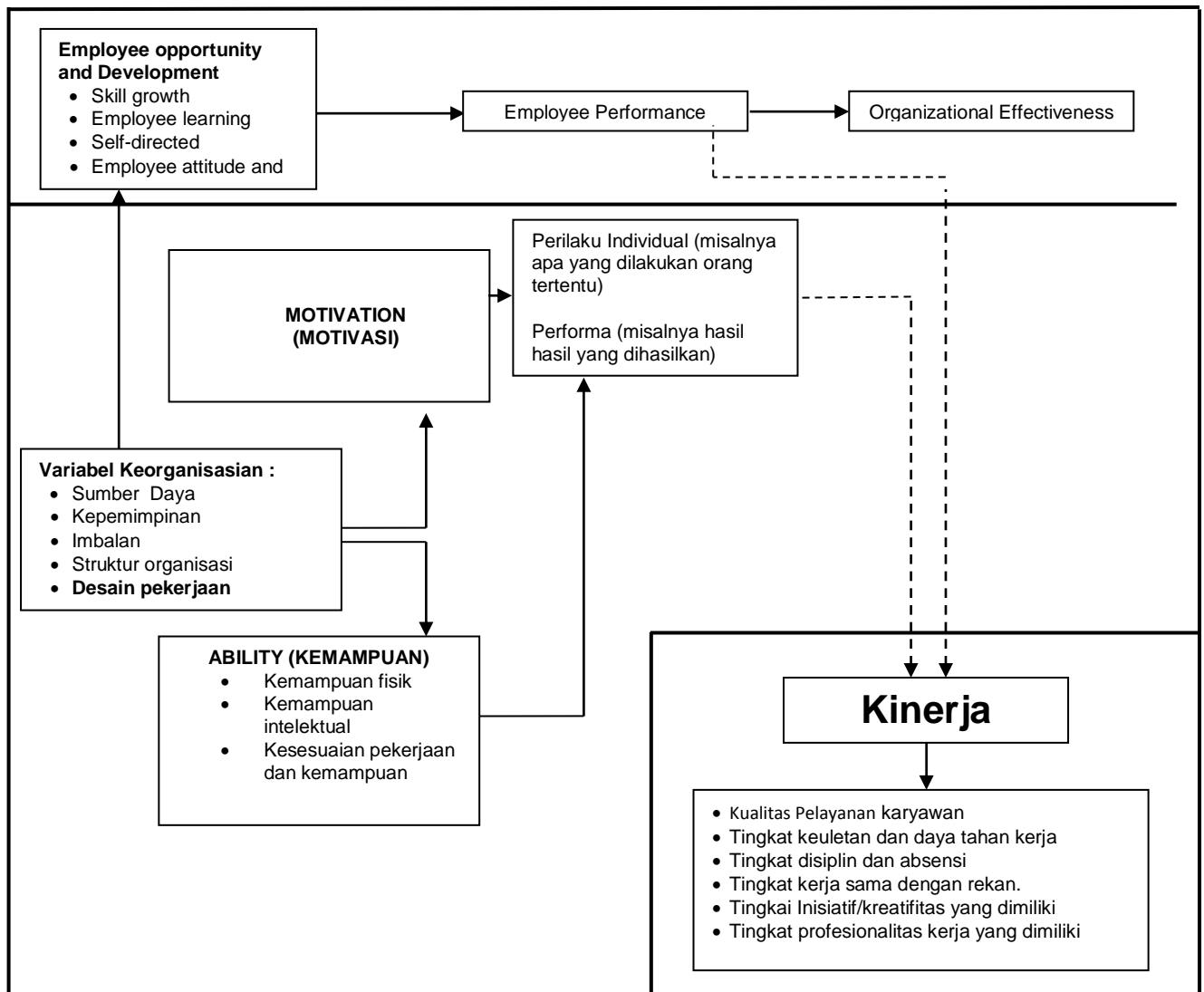
- a. Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus.
- b. Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan.
- c. Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat.
- d. Bekerjasama dengan klien keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- e. Mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

Dengan- standar asuhan keperawatan tersebut, maka pelayanan keperawatan menjadi lebih terarah. Standar adalah pernyataan deskriptif mengenai tingkat penampilan yang diinginkan ada kualitas struktur, proses, atau hasil yang dapat dinilai. Standart pelayanan keperawatan adalah pernyataan deskriptif mengenai kualitas pelayanan yang

diinginkan untuk mengevaluasi pelayanan keperawatan yang telah diberikan pada pasien (Gillies, 1989).

D. Kerangka Teori

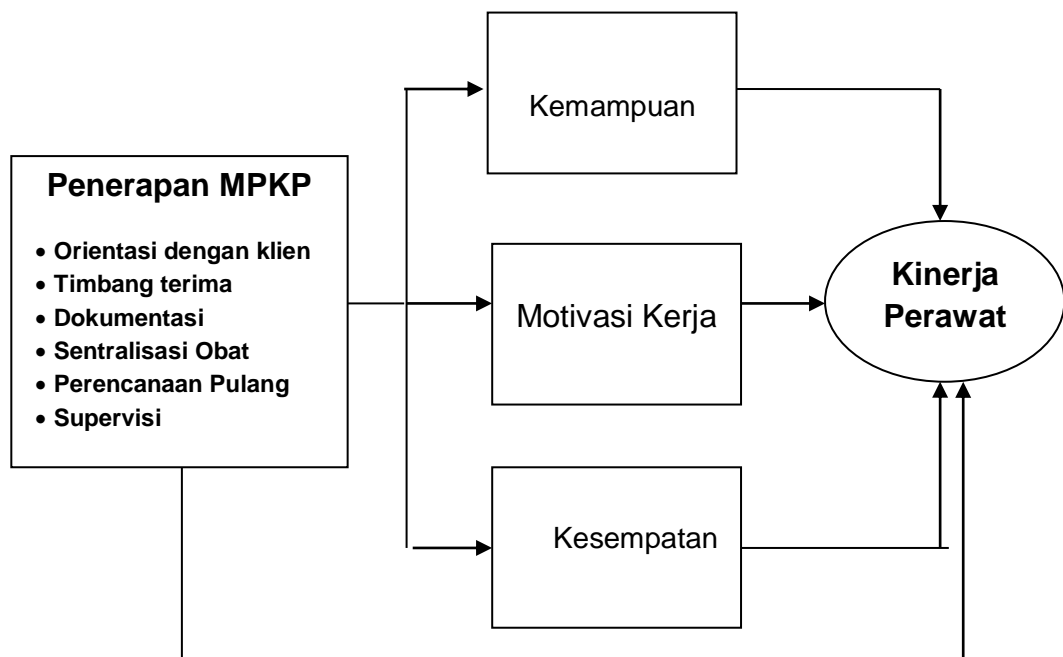
Adapun kerangka teori dari penelitian ini adalah



Gambar 10. Modifikasi kerangka teori. Sumber: Khan (2007); Mangkunegoro (2000); Robbins (2008); Tsuiet all (2004)


E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dari penelitian adalah



Keterangan :

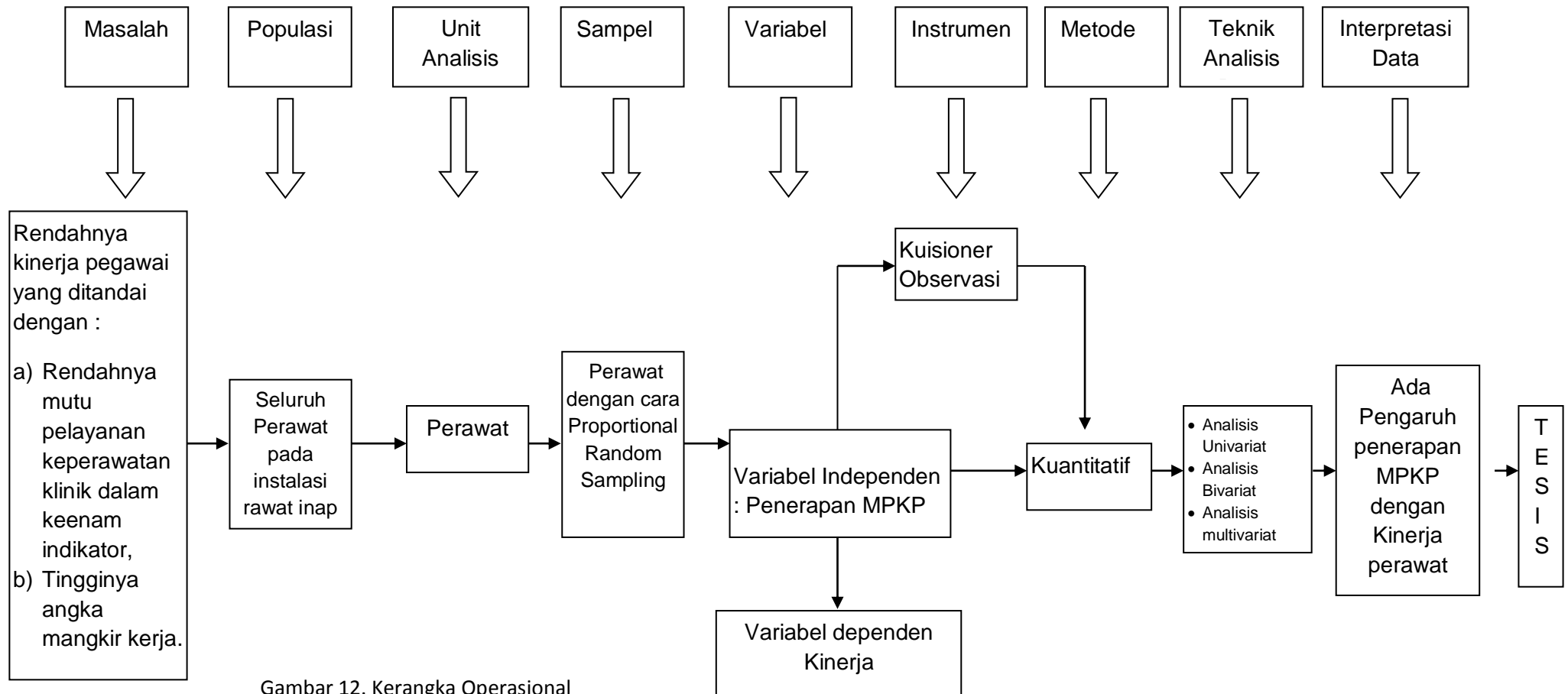
 = Variabel independen

 = Variabel dependen

Gambar 11. Diagram kerangka konsep

F. Kerangka Operasional

ANALISIS PENGARUH PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) TERHADAP KINERJA PERAWAT PADA INSTALASI RAWAT INAP RSUD LANTO DG PASEWANG KABUPATEN JENEPONTO



Gambar 12. Kerangka Operasional

G. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

- a. Ada pengaruh MPKP terhadap kemampuan perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- b. Ada pengaruh MPKP terhadap motivasi perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- c. Ada pengaruh MPKP terhadap kesempatan perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- d. Ada pengaruh kemampuan terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- e. Ada pengaruh Motivasi terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.
- f. Ada pengaruh Kesempatan terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang
- g. Ada pengaruh penerapan MPKP terhadap kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah survaianalitik dengan rancangan *Cross Sectional Study*. Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh MPKP terhadap kemampuan, motivasi, kesempatan dan kinerja pegawai pada Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewangkabupaten Jeneponto pada bulan April 2013.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah seluruh perawat yang bekerja di RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto yang berjumlah 188 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto sebanyak 128 orang

3. Metode Pengambilan Sampel

Penentuan jumlah besar sampel dengan menggunakan rumus Slovinyaitu :

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

(Sumber: Bambang Prasetyo, 2005)

Keterangan:

n = besar sampel

N = jumlah populasi

e = nilai kritis (batas ketelitian) yang diinginkan (persen kelonggaran ketidaktelitian karenakesalahan penarikan sampel) ditetapkan 0,05.

Pada penelitian ini, diketahui N sebesar 188 orang, sehingga berdasarkan rumus tersebut, maka didapatkan jumlah sampel sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Jadi : } n &= 188 / \{1 + 188 \times (0,05)^2\} \\ &= 188 / 1,47 \\ &= 127,89 = 128 \text{ sampel} \end{aligned}$$

Penarikan sampel dilakukan secara *Proportional Random Sampling*, yaitu populasi dikelompokkan ke dalam beberapa sub populasi yakni berdasarkan unit ruang perawatan, kemudian dari setiap sub populasi atau unit ini diambil sampelnya atau pengambilan sampel secara berkelompok. Gugusan atau kelompok yang diambil sebagai sampel ini terdiri dari unit geografis, unit organisasi, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005). Untuk menentukan sampel dari tiap unit dengan menggunakan rumus :

$$\frac{Jmlpekerjatiapunitxn}{N}$$

Berdasarkan rumus di atas diperoleh jumlah sampel secara Proporsional Random Sampling dari tiap unit sebagai berikut:

a) Perawatan Obgyn.

Dengan jumlah perawat 40 orang, sehingga jumlah sampel pada unit perawatan obgyn sebanyak

$$= \frac{40 \times 128}{188} = 27 \text{ orang}$$

b) Perawatan Interna.

Dengan jumlah perawat 45 orang, sehingga jumlah sampel pada unit perawatan interna sebanyak

$$= \frac{45 \times 128}{188} = 31 \text{ orang}$$

c) Perawatan Bedah

Dengan jumlah perawat 37 orang, sehingga jumlah sampel pada unit perawatan bedah sebanyak

$$= \frac{37 \times 128}{188} = 25 \text{ orang}$$

d) Perawatan VIP

Dengan jumlah perawat 35 orang, sehingga jumlah sampel pada unit perawatan VIP sebanyak

$$= \frac{35 \times 128}{188} = 24 \text{ orang}$$

e) Perawatan anak

Dengan jumlah perawat 31 orang, sehingga jumlah sampel pada unit perawatan anak sebanyak

$$= \frac{31 \times 128}{188} = 21 \text{ orang}$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh jumlah sampel masing – masing unit ruang perawatan adalah Perawatan Obgyn yaitu 27 sampel, Perawatan Interna sebanyak 31 sampel, Perawatan Bedah sebanyak 25 sampel, VIP 24 sampel dan Perawatan anak 21 sampel. Sehingga secara keseluruhan jumlah sampel sebanyak 128 orang. Penarikan sampel dari tiap unit kerja untuk menjadi responden dilakukan dengan cara memilih secara random dari daftar nama perawat.

D. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer diperoleh melalui wawancara langsung dengan responden dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah tersedia.

2. Data Sekunder

Data sekunder berupa rekapitulasi kehadiran tenaga keperawatan pada Instalasi Rawat Inap diperoleh dari hasil pencatatan dan pelaporan RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto.

E. Pengolahan dan Penyajian Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan aplikasi SPSS for Windows dan menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariate sebagai berikut :

- a. Karakteristik responden menurut umur yang dinyatakan dalam persentase.
- b. Karakteristik responden menurut jenis kelamin yang dinyatakan dalam persentase.
- c. Karakteristik responden menurut pendidikan yang dinyatakan dalam persentase.
- d. Karakteristik responden menurut status perawat yang dinyatakan dalam persentase.
- e. Karakteristik responden menurut penerapan MPKP yang dinyatakan dalam persentase.

- f. Karakteristik responden menurut kemampuan perawat yang dinyatakan dalam persentase.
- g. Karakteristik responden menurut motivasi perawat yang dinyatakan dalam persentase.
- h. Karakteristik responden menurut kesempatan perawat yang dinyatakan dalam persentase.
- i. Analisis pengaruh penerapan MPKP dengan kemampuan perawat, dilakukan dengan menggunakan uji korelasi.
- j. Analisis pengaruh penerapan MPKP dengan motivasi perawat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi.
- k. Analisis pengaruh penerapan MPKP dengan kesempatan perawat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi.
- l. Analisis pengaruh kemampuan dengan kinerja perawat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi.
- m. Analisis pengaruh motivasi dengan kinerja perawat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi.
- n. Analisis pengaruh kesempatan dengan kinerja perawat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi.
- o. Analisis pengaruh penerapan MPKP dengan kinerja perawat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi.

2. Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan *cross tabulasi* disertai dengan narasi untuk menjelaskan hasil penelitian yang peroleh dan pembahasannya.

F. Definisi Operasional Variabel

Penggunaan definisi operasional (*indicator empiric*) untuk mengukur konsep, dipakai untuk menjawab permasalahan-permasalahan penelitian. Untuk mengukur suatu konsep, maka harus diukur adalah makna atau konsepsi dari konsep tersebut, yang harus diungkap lewat definisi yang jelas. Alat untuk mengukur makna dari suatu konsep adalah indikator empirik.

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
1.	Model Praktik Keperawatan Profesional	Adalah satu desain kerja (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yang mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan keperawatan itu diberikan.	<p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dilakukan orientasi saat pertama kali klien datang (24 jam pertama). 2) Klien diinformasikan untuk membaca lebih lengkap format orientasi. <p>Timbang terima</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Timbang terima dilaksanakan tepat pada saat pergantian shift yang dipimpin oleh kepala ruangan atau penanggung jawab pasien dan diikuti oleh semua perawat yang telah dan yang akan dinas. 2) Lama timbang terima untuk pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan keterangan rumit. 	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p> <p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Diterapkan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak Diterapkan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p> <p>Diterapkan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak Diterapkan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
			<p>Dokumentasi</p> <p>dilakukan pendokumentasian berupa ada data objektif dan subjektif pasien, analisa masalah pasien, rencana keperawatan pasien dan tindakan keperawatan pasien yang dilengkapi Tanda tangan/nama perawat yang melaksanakan</p> <p>Sentralisasi Obat</p> <p>1) Obat yang telah diresepkan ditunjukkan kepada perawat dan obat yang telah diambil oleh keluarga diserahkan kepada perawat dengan menerima lembar terima obat.</p> <p>2) Obat yang telah diserahkan selanjutnya disimpan oleh perawat dalam kotak obat.</p>	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p> <p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Diterapkan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak Diterapkan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p> <p>Diterapkan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak Diterapkan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
			<p>3) Pada saat pemberian obat, perawat menjelaskan macam obat, kegunaan obat, jumlah obat, dan efek samping.</p> <p>Perencanaan Pulang</p> <p>1) Pemberian informasi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.</p> <p>2) Informasi tertulis tentang perawatan yang harus dilakukan di rumah.</p> <p>3) Menyediakan format perencanaan pulang</p>	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Diterapkan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak Diterapkan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
			<p>Supervisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Catatan tindakan Keperawatan 2) Catatan Perkembangan Keperawatan 3) Kegiatan terencana yang dilakukan oleh manajer keperawatan 4) Dilakukan observasi pelaksanaan asuhan keperawatan 	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan. Skor 3 bila sering dilakukan. Skor 2 bila jarang dilakukan. Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Diterapkan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5. Tidak Diterapkan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>
3	Kemampuan	kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam pekerjaan tertentu.	Kemampuan fisik berupa kemampuan menggunakan dan memanfaatkan kekuatan otot, kemampuan menggerakkan tubuh secara fleksibel, kemampuan mengkoordinasikan gerakan secara bersamaan dari bagian tubuh yang berbeda.	<p>Skor 4 bila sangat setuju. Skor 3 bila setuju. Skor 2 bila tidak setuju. Skor 1 sangat tidak setuju.</p>	<p>Baik jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5. Tidak baik jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
			<p>Kemampuan intelektual berupa kemampuan menghafal dan menghitung angka, kemampuan memahami apa yang dibaca dan didengar, kemampuan mengidentifikasi, kemampuan menggunakan logika dan menilai akibat dari sesuatu, kemampuan membayangkan sebuah objek dan posisinya dalam ruang tubuh, kemampuan menyimpan dan mengingat.</p>		
3	Motivasi	kondisi yang berpengaruh membangkitkan semangat kerja perawat dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhannya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesesuaian gaji dan insentif dengan beban kerja 2. kesesuaian pekerjaan dengan kemampuan dan pendidikan 3. Keinginan untuk berprestasi, wewenang dan tanggung jawab. 4. Adanya dukungan rekan kerja 	<p>Skor 4 bila sangat setuju. Skor 3 bila setuju. Skor 2 bila tidak setuju. Skor 1 sangat tidak setuju.</p>	<p>Baik jika rata-rata jawaban perawat > 2,5. Tidak baik jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
4	Kesempatan	Peluang yang dimiliki dalam melakukan pekerjaan dan peluang mengembangkan pengetahuan dan keterampilan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesempatan pengembangan pengetahuan melalui pendidikan formal 2. Kesempatan pengembangan keterampilan melalui diklat 3. Kesempatan bertindak sendiri (self-directed) 4. Kesempatan bekerja dan menerapkan keahlian serta keterampilan yang dimiliki. 	<p>Skor 4 bila sangat setuju.</p> <p>Skor 3 bila setuju.</p> <p>Skor 2 bila tidak setuju.</p> <p>Skor 1 sangat tidak setuju.</p>	<p>Baik jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak baik jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>
5.	Kinerja	Pemberian proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan jabaran	<p>Pengkajian Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pengumpulan data dilakukan dengan caraanamnesa, observasi, pemeriksaan fisik serta dari pemeriksaan penunjang. 5. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orangyang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain. 6. Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi : <ol style="list-style-type: none"> g. Status kesehatan klien masa lalu. h. Status kesehatan klien saat ini. 	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
		seperti pada alat ukur terlampir	<p>i. Status biologis-psikologis-sosial-spiritual.</p> <p>j. Respon terhadap terapi.</p> <p>k. Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal.</p> <p>l. Resiko-resiko tinggi masalah.</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>e. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasidata, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan.</p> <p>f. Diagnosa keperawatan terdiri dari : masalah (P), Penyebab (E), dan tanda atau gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE).</p> <p>g. Bekerjasama dengan klien, dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.</p>	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
			<p>h. Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.</p> <p>Perencanaan Keperawatan</p> <p>e. Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan.</p> <p>f. Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.</p> <p>g. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.</p> <p>h. Mendokumentasi rencana keperawatan.</p>	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
			<p>Implementasi</p> <p>f. Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.</p> <p>g. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain.</p> <p>h. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien.</p> <p>i. Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep ketrampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.</p> <p>j. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.</p>	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

No	Variabel	Defenisi	Indikator	Skor	Kriteria
			<p>Evaluasi Keperawatan</p> <p>f. Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus.</p> <p>g. Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan.</p> <p>h. Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat.</p> <p>j. Bekerjasama dengan klien keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.</p> <p>k. Mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.</p>	<p>Skor 4 bila selalu dilakukan.</p> <p>Skor 3 bila sering dilakukan.</p> <p>Skor 2 bila jarang dilakukan.</p> <p>Skor 1 bila tidak pernah dilakukan.</p>	<p>Dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawatan > 2,5.</p> <p>Tidak dilaksanakan jika rata-rata jawaban perawat < 2,5.</p>

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Letak Geografis

Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang merupakan Rumah Sakit dengan tipe C milik Pemerintah Daerah Kabupaten Jeneponto dan merupakan satu-satunya Rumah Sakit di Kabupaten Jeneponto dan menjadi pusat rujukan ditingkat Kabupaten Jeneponto.

RSUD LDP terletak di ibukota Kabupaten Jeneponto. Letak Geografis RSUD LDP Kabupaten Jeneponto terletak pada :

- e. Sebelah utara : Kabupaten Gowa dan Takalar
- f. Sebelah timur : Kabupaten Bantaeng
- g. Sebelah selatan : Laut Flores
- h. Sebelah barat : Kabupaten Takalar

Letak geografis ini selain memberi peluang juga memberi ancaman bagi RSUD LDP. Penduduk pada daerah perbatasan yaitu penduduk yang tinggal pada batas barat dan batas timur Kabupaten Jeneponto yang berbatasan dengan Kabupaten Takalar dan Kabupaten Bantaeng lebih memilih berobat ke RSUD Kabupaten Takalar atau Bantaeng yang memiliki

jarak tempuh yang lebih dekat dari tempat tinggal penduduk tersebut. Ini merupakan ancaman bagi RSUD LDP.

Di sisi lain, penduduk Kabupaten Gowa yang berbatasan dengan tepi utara Kabupaten Jeneponto, lebih memilih berobat ke RSUD LDP dibandingkan ke RSUD Kab.Gowa karena jarak yang lebih dekat dan akses yang lebih mudah. Ini merupakan peluang bagi RSUD LDP.

2. Visi dan Misi

Dalam menjalankan fungsinya sebagai tempat pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten Jeneponto, RSUD LDP mempunyai visi sebagai berikut :
:"Menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg. Pasewang Sebagai Pusat Pelayanan Yang Bermutu dan Bermartabat 2013."Visi ini dirembukkan bersama dan ditetapkan oleh Bupati Jeneponto pada tahun 2009. Apabila visi di atas dikaji lebih mendalam maka dapat memberikan daya ungkit yang sangat besar bagi peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit ini. Pusat pelayanan yang bermutu ini diartikan sebagai pusat pelayanan yang dikelola secara profesional yang berfokus pada kepuasan dan keselamatan pasien sebagai pelanggan. Pusat pelayanan yang bermartabat diartikan sebagai pusat pelayanan yang menjadi kebanggaan penduduk Kabupaten Jeneponto, yang sejajar dengan rumah sakit terpadang lain di Provinsi Sulawesi Selatan.

Untuk mencapai visi tersebut maka ditetapkanlah beberapa misi sebagai berikut :

7. Mewujudkan pelayanan yang bermutu terjangkau dan berorientasi kepada kepuasan masyarakat.
8. Mewujudkan kawasan lingkungan yang bersih, aman, nyaman, indah, dan damai.
9. Mewujudkan peningkatan sarana dan prasarana yang representatif dan sesuai dengan kebutuhan.
10. Penguatan dan pemberdayaan kelembangaan organisasi yang bermartabat.
11. Peningkatan sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.
12. Menciptakan suasana kerja yang serasi sesama karyawan sehingga memiliki rasa kebersamaan, rasa disiplin dan tanggung jawab yang tinggi.

Sampai saat ini upaya yang real untuk mencapai visi dan misi tersebut adalah dengan peningkatan sumber daya manusia kesehatan baik dalam kualitas maupun kuantitas, relokalisasi dan pembangunan gedung baru RSUD LDP, upaya peningkatan sarana berupa alat kesehatan dan ipal serta penghijauan pada daerah sekitar rumah sakit.

3. Sarana dan Prasarana

Bangunan yang ada saat ini meliputi:

- a. Bangunan Kantor : 1 Unit
- b. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari:

- 1) Klinik Umum : 1 Unit
- 2) Klinik Interna : 1 Unit
- 3) Klinik Bedah : 1 Unit
- 4) Klinik Anak : 1 Unit
- 5) Klinik Kandungan : 1 Unit
- 6) Klinik Gigi dan Mulut : 1 Unit
- 7) Klinik / Konsultasi gizi : 1 Unit
- 8) Klinik Saraf : 1 Unit
- 9) Klinik THT : 1 Unit
- 10) Klinik Mata : 1 Unit
- 11) Klinik Kulit dan Kelamin : 1 Unit
- 12) Klinik Jiwa : 1 Unit

c. Instalasi Rawat Inap

Instalasi rawat inap terdiri dari :

- 1) Perawatan Kandungan dan Kebidanan : 1 Unit
- 2) Perawatan Penyakit Dalam : 1 Unit
- 3) Perawatan Bedah : 1 Unit
- 4) Perawatan anak : 1 Unit
- 5) VIP : 1 Unit
- 6) ICU : 1 Unit

d. Instalasi Gawat Darurat (IGD) terdiri dari:

- 1) Bedah : 1 Unit
- 2) Non Bedah : 1 Unit

e. Pelayanan penunjang medik terdiri dari:

- | | |
|---------------------------|----------|
| 1) Instalasi Radiologi | : 1 Unit |
| 2) Instalasi Laboratorium | : 1 Unit |
| 3) Instalasi Farmasi | : 1 Unit |
| 4) Instalasi Gizi | : 1 Unit |
| 5) Instalasi IPSRS | : 1 Unit |
| 6) Rehabilitasi Medik | : 1 Unit |

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ianto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto yang dilaksanakan mulai tanggal 12 April sampai 12 Mei 2013. Jumlah responden yang diperoleh pada saat penelitian sebanyak 128 orang perawat.

Data dikumpulkan dengan wawancara langsung menggunakan kuesioner. Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah menggunakan program SPSS dan hasilnya ditampilkan dalam bentuk tabel disertai dengan penjelasan. Hasil lengkap pengolahan data disajikan sebagai berikut :

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden adalah ciri khas yang melekat pada diri responden. Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi meliputi umur, jenis kelamin, status perawat dan tingkat pendidikan perawat.

a. Umur

Umur adalah lama hidup responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir dan dinyatakan dalam satuan tahun. Umur responden bervariasi mulai 20 hingga 54 tahun. Pengelompokan umur menggunakan interval sepuluh tahunan. Distribusi responden menurut kelompok umur dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3. Distribusi responden menurut kelompok umur Di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto Tahun 2013

Umur	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
20-29 tahun	17	18	21	22	18	96
	73.9%	75.0%	91.3%	66.7%	72.0%	75.0%
30-39 tahun	6	4	2	10	6	28
	26.1%	16.7%	8.7%	30.3%	24.0%	21.9%
40-49 tahun	0	1	0	1	0	2
	.0%	4.2%	.0%	3.0%	.0%	1.6%
>50 tahun	0	1	0	0	1	2
	.0%	4.2%	.0%	.0%	4.0%	1.6%
Total	23	24	23	33	25	128
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sumber : Data Primer

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden dengan umur 20-29 tahun adalah responden dengan jumlah terbesar yaitu sebanyak 96 orang (75,0%) dan responden dengan umur 40-50 tahun adalah responden dengan jumlah yang paling sedikit yaitu sebanyak 4 orang (3,12%).

Beberapa pakar berpendapat bahwa kinerja akan merosot dengan meningkatnya usia. Responden dengan usia terbanyak adalah responden pada usia termuda yaitu 20-29 tahun adalah usia yang dianggap produktif. Beberapa pakar berpendapat bahwa kinerja merosot dengan meningkatnya usia yang disebabkan karena penurunan kemampuan individu dalam hal

kecepatan, kecekatan, kekuatan dan koordinasi yang menurun serta rangasanganintelektualitas yang menurun pula.Pekerja dengan usia tua biasanya kurang luwes dan sering kali menolak teknologi baru, namun di sisi lain pekerja dengan usia tua memiliki pula sejumlah kualitas positif khususnya pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap mutu.

b. Jenis Kelamin

Distribusi responden menurut jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.Distribusi responden menurut jenis kelamin di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontotahun 2013

Jenis Kelamin	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
Laki-laki	6	8	0	2	3	19
	26.1%	33.3%	.0%	6.1%	12.0%	14.8%
Perempuan	17	16	23	31	22	109
	73.9%	66.7%	100.0%	93.9%	88.0%	85.2%
Total	23	24	23	33	25	128
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sumber : Data Primer

Tabel 4menunjukkan bahwa respondenperempuan lebih banyak yaitu sebanyak 109 orang (85,2%) dibandingkan laki-laki sebanyak 19 orang (14,8%).

Menurut penelitian-penelitian psikologis menunjukkan bahwa para pria lebih agresif dan memiliki kemungkinan yang lebih berhasil dari pada para wanita, namun perbedaan itu tidaklah besar.Perubahan yang signifikan terjadi dalam 30 tahun terakhir dalam hal peningkatan partisipasi wanita dalam dunia kerja dan menghembuskanissu tidak adanya perbedaan berarti

dalam hal produktivitas pekerjaan antara pria dan wanita. Satu hal yang membedakan dalam hal jenis kelamin, khususnya pada wanita yang memiliki anak berusia pra-sekolah adalah pemilihan jadwal kerja. Ibu-ibu bekerja kemungkinan besar lebih memilih pekerjaan paruh waktu, waktu yang lebih fleksibel dan menyelesaikan pekerjaan kantor di rumah agar mereka dapat memenuhi tanggung jawab mereka terhadap keluarga di samping tanggung jawab terhadap pekerjaan.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal yang telah ditamatkan responden. Distribusi responden menurut pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5. Distribusi responden menurut pendidikan di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontahun 2013

Pendidikan	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
SPK	0 .0%	2 8.3%	0 .0%	2 6.1%	0 .0%	4 3.1%
D3	18 78.3%	16 66.7%	21 91.3%	21 63.6%	19 76.0%	95 74.2%
S1	4 17.4%	5 20.8%	2 8.7%	1 3.0%	4 16.0%	16 12.5%
Ners	1 4.3%	1 4.2%	0 .0%	9 27.3%	2 8.0%	13 10.2%
Total	23 100.0%	24 100.0%	23 100.0%	33 100.0%	25 100.0%	128 100.0%

Sumber : Data Primer

Tabel 5 menunjukkan bahwa umumnya responden telah mempunyai pendidikan diploma tiga sebanyak 95 orang (74,2%) dan paling sedikit responden yang berpendidikan SPK yaitu 4 orang (3,1%).

Jenjang pendidikan dengan responden terbanyak adalah jenjang pendidikan Diploma tiga. Jenjang pendidikan diploma tiga ini adalah jenjang pendidikan yang telah mendidik perawat agar dapat secara ahli dan terampil menjalankan tugas sebagai perawat yaitu asuhan keperawatan.

d. Status Perawat

Status perawat adalah status pekerjaan di RSUD LDP. Pengelompokan status perawat dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6. Distribusi responden menurut status perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontotahun 2013

Status Perawat	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
PNS	10 43.5%	12 50.0%	4 17.4%	10 30.3%	7 28.0%	43 33.6%
Honorar	13 56.5%	12 50.0%	19 82.6%	23 69.7%	18 72.0%	85 66.4%
Total	23 100.0%	24 100.0%	23 100.0%	33 100.0%	25 100.0%	128 100.0%

Sumber : Data Primer

Tabel 6 menunjukkan bahwa umumnya responden adalah tenaga honorere sebanyak 85 orang (66,4%) dan paling sedikit responden adalah PNS sebanyak 43 orang (33,6%).

Jumlah perawat yang berstatus magang lebih banyak dari pada perawat yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, hal ini disebabkan karena kurang rekrutment pegawai khususnya perawat baik oleh pemerintah pusat maupun oleh pemerintah daerah, sehingga kebutuhan perawat berusaha dipenuhi dengan pengangkatan tenaga magang sukarela atau tenaga kontrak.

Mangkunegoro mengatakan bahwa ada perbedaan komitmen organisasi antara tenaga kerja tetap dan tenaga kerja tidak tetap. Tenaga kerja tetap biasanya memiliki komitmen organisasi yang lebih besar. Di sisi lain, motivasi kerja pegawai tidak tetap biasanya lebih tinggi dari pada pegawai tetap. Hal ini biasanya dikaitkan dengan upah atau gaji serta keinginan mendapatkan penghargaan dalam bentuk perubahan status dari pegawai tidak tetap menjadi pegawai tetap.

2. Deskripsi Variabel Penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini adalah penerapan MPKP motivasi dan kesempatan sedangkan variabel dependen adalah kinerja perawat.

a. Penerapan MPKP

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer terdiri dari beberapa komponen. Komponen proses tersebut adalah kontrak/orientasi dengan klien, timbang terima/operan, ronde keperawatan, supervisi, sentralisasi obat, perencanaan pulang dan pendokumentasian.

Penilaian penerapan tiap indicator dimaksudkan untuk mengenali indicator mana yang telah diterapkan dengan baik dan sebaliknya. Adanya satu atau lebih indicator yang tidak dilaksanakan dengan baik akan mempengaruhi penerapan MPKP secara keseluruhan. Namun penilaian tiap indicator dapat membantu dalam hal pemilihan titik intervensi dan tindak lanjut perbaikan penerapannya.

Tabel 7. Distribusi tanggapan responden menurut dimensi penerapan MPKP di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontahun 2013

Penerapan MPKP	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
Orientasi dengan klien						
Diterapkan	13	18	6	23	8	68
	56.5%	75.0%	26.1%	69.7%	32.0%	53.1%
Tidak diterapkan	10	6	17	10	17	60
	43.5%	25.0%	73.9%	30.3%	68.0%	46.9%
Timbang Terima						
Diterapkan	15	17	5	24	20	81
	65.2%	70.8%	21.7%	72.7%	80.0%	63.3%
Tidak diterapkan	8	7	18	9	5	47
	34.8%	29.2%	78.3%	27.3%	20.0%	36.7%
Dokumentasi						
Diterapkan	18	23	12	26	21	100
	78.3%	95.8%	52.2%	78.8%	84.0%	78.1%
Tidak diterapkan	5	1	11	7	4	28
	21.7%	4.2%	47.8%	21.2%	16.0%	21.9%
Sentralisasi Obat						
Diterapkan	11	20	7	17	15	70
	47.8%	83.3%	30.4%	51.5%	60.0%	54.7%
Tidak diterapkan	12	4	16	16	10	58
	52.2%	16.7%	69.6%	48.5%	40.0%	45.3%
Perencanaan Pulang						
Diterapkan	15	19	8	19	17	78
	65.2%	79.2%	34.8%	57.6%	68.0%	60.9%
Tidak diterapkan	8	5	15	14	8	50
	34.8%	20.8%	65.2%	42.4%	32.0%	39.1%
Supervisi						
Diterapkan	10	1	10	32	18	71
	43.5%	4.2%	43.5%	97.0%	72.0%	55.5%
Tidak diterapkan	13	23	13	1	7	57
	56.5%	95.8%	56.5%	3.0%	28.0%	44.5%
Rata-rata Penerapan MPKP						
Diterapkan	12	12	6	22	15	67
	52.2%	50.0%	26.1%	66.7%	60.0%	52.3%
Tidak diterapkan	11	12	17	11	10	61
	47.8%	50.0%	73.9%	33.3%	40.0%	47.7%
Total	23	24	23	33	25	128
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sumber : Data Primer

Dari Tabel 7 menunjukkan bahwa indikator dengan tingkat penerapan yang paling rendah terletak pada indikator Orientasi dengan Klien yaitu hanya sebesar 53,1 %, dengan indikator yang dilaksanakan paling baik adalah indikator pendokumentasian yaitu sebesar 78,1 %.

Rata-rata penerapan MPKP menunjukkan bahwa telah menerapkan MPKP yakni sebanyak 67 orang (52.2%), dan yang tidak menerapkan MPKP sebanyak 61 orang (47.8%). Secara keseluruhan penerapan MPKP pada Instalasi Rawat Inap RSUD LDP dinilai belum baik karena persentase penerapannya tidak mencapai 62,5 %.

b. Kemampuan

Kemampuan perawat yang diukur berdasarkan kuisioner yang diberikan adalah sebagai berikut :

Tabel 8. Distribusi tanggapan responden menurut kemampuan perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto tahun 2013

Kemampuan	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
Baik	17 73.9%	19 79.2%	13 56.5%	21 63.6%	14 56.0%	84 65.6%
Kurang Baik	6 26.1%	5 20.8%	10 43.5%	12 36.4%	11 44.0%	44 34.4%
Total	23 100.0%	24 100.0%	23 100.0%	33 100.0%	25 100.0%	128 100.0%

Sumber : Data Primer

Tabel 8 menunjukkan bahwa yang memiliki kemampuan baik lebih banyak dari pada perawat yang memiliki kemampuan yang kurang baik.

c. Motivasi perawat

Distribusi tanggapan responden mengenai motivasi perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 9. Distribusi tanggapan responden menurut motivasi perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto tahun 2013

Motivasi	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
Baik	17	18	6	9	15	65
	73.9%	75.0%	26.1%	27.3%	60.0%	50.8%
Kurang Baik	6	6	17	24	10	63
	26.1%	25.0%	73.9%	72.7%	40.0%	49.2%
Total	23	24	23	33	25	128
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sumber : Data Primer

Tabel 9 menunjukkan bahwa responden yang mempunyai motivasi yang baik lebih besar dibanding responden yang memiliki motivasi yang kurang baik.

d. Kesempatan perawat

Distribusi jawaban yang diberikan responden mengenai kesempatan perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 10. Distribusi tanggapan responden menurut kesempatan perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto tahun 2013

Kesempatan Perawat	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
Baik	18	19	7	10	11	65
	78.3%	79.2%	30.4%	30.3%	44.0%	50.8%
Kurang Baik	5	5	16	23	14	63
	21.7%	20.8%	69.6%	69.7%	56.0%	49.2%
Total	23	24	23	33	25	128
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sumber : Data Primer

Tabel 10 menunjukkan bahwa umumnya responden mempunyai kesempatan bekerja dan mengembangkan diri serta kemampuan sebanyak 65 orang (50,8%) sedangkan yang menyatakan kesempatan kurang baik sebanyak 60 orang (49,2%). Namun secara umum dapat disimpulkan bahwa Kesempatan (peluang) kerja dan kesempatan untuk mengembangkan diri dan kemampuan perawat pada Instalasi Rawat Inap RSUD LDP tidak baik.

e. Kinerja perawat

Pengukuran kinerja perawat yang didasarkan pada pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi pada masing-masing ruangan perawatan menunjukkan hasil yang bervariasi pada masing-masing ruang rawat. Namun jika secara umum hasil pengukuran kinerja perawat menunjukkan bahwa responden yang mempunyai kinerja baik lebih banyak dari responden yang memiliki kinerja yang kurang baik.

Hasil dari penerapan asuhan keperawatan untuk masing-masing proses pun mulai dari standar pengkajian hingga standar evaluasi juga memperlihatkan hasil yang bervariasi. Namun secara umum, perawat yang melaksanakan masih lebih banyak dari pada yang kurang melaksanakan pada hampir semua dimensi kinerja perawat.

Distribusi indikator kinerja perawat dapat dilihat pada Tabel 11 berikut:

Tabel 11. Distribusi jawaban responden menurut dimensi kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto tahun 2013

Kinerja Perawat	Ruang Perawatan					Total
	Anak	VIP	Kebidanan	Interna	Bedah	
Standar Pengkajian						
Baik	10	4	10	29	14	67
	43.5%	16.7%	43.5%	87.9%	56.0%	52.3%
Kurang baik	13	20	13	4	11	61
	56.5%	83.3%	56.5%	12.1%	44.0%	47.7%
Standar Diagnosa Keperawatan						
Baik	14	7	7	24	12	64
	60.9%	29.2%	30.4%	72.7%	48.0%	50.0%
Kurang baik	9	17	16	9	13	64
	39.1%	70.8%	69.6%	27.3%	52.0%	50.0%
Standar Perencanaan						
Baik	12	3	10	24	16	65
	52.2%	12.5%	43.5%	72.7%	64.0%	50.8%
Kurang baik	11	21	13	9	9	63
	47.8%	87.5%	56.5%	27.3%	36.0%	49.2%
Standar Implementasi						
Baik	15	18	9	19	12	73
	65.2%	75.0%	39.1%	57.6%	48.0%	57.0%
Kurang baik	8	6	14	14	13	55
	34.8%	25.0%	60.9%	42.4%	52.0%	43.0%
Standar Evaluasi						
Baik	14	5	10	23	16	68
	60.9%	20.8%	43.5%	69.7%	64.0%	53.1%
Kurang baik	9	19	13	10	9	60
	39.1%	79.2%	56.5%	30.3%	36.0%	46.9%
Rata-rata Kinerja Perawat						
Baik	16	22	11	9	10	68
	69.6%	91.7%	47.8%	27.3%	40.0%	53.1%
Kurang baik	7	2	12	24	15	60
	30.4%	8.3%	52.2%	72.7%	60.0%	46.9%

Sumber : Data Primer

3. Analisis Hasil Penelitian

Analisis hasil penelitian dilakukan dengan tabulasi silang dan dengan uji korelasi untuk melihat pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Hasil tabulasi silang dan uji korelasi antar variable dapat dilihat pada table berikut :

a. Pengaruh Penerapan MPKP dengan Kemampuan Perawat

Tabel 12. Pengaruh penerapan MPKP dengan kemampuan perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto tahun 2013

Penerapan MPKP	Kemampuan Perawat				Total		P Cramer's V
	Baik		Kurang Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Diterapkan	46	68.7	21	31.3	67	100,0	0,463
Tidak Diterapkan	38	62.3	23	37.7	61	100,0	
Jumlah	84	65.6	44	34.4	128	100,0	

Sumber : Data Primer

Tabel 12 menunjukkan bahwa hasil uji analisis didapatkan nilai $P = 0.463$ ($p > \alpha 0,05$) berarti secara statistik tidak terdapat pengaruh antara penerapan MPKP dengan kemampuan perawat. Sedangkan hasil uji cramers V sebesar 0,067 menunjukkan hubungan yang sangat lemah.

b. Pengaruh Penerapan MPKP dengan Motivasi Perawat

Berdasarkan hasil uji analisis didapatkan nilai $P = 0.046$ ($p < \alpha 0,05$) berarti secara statistik terdapat pengaruh antara penerapan MPKP dengan motivasi perawat. Sedangkan hasil uji cramers V sebesar 0,452 menunjukkan hubungan yang sedang.

Analisis pengaruh penerapan MPKP dengan motivasi perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 13. Pengaruh penerapan MPKP dengan motivasi perawat Di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto Tahun 2013

Penerapan MPKP	Motivasi Perawat				Total		P Cramer's V
	Baik		Kurang Baik		N	%	
	n	%	n	%			
Diterapkan	40	59.7	27	40.3	67	100,0	0,046
Tidak Diterapkan	25	41.0	36	59.0	61	100,0	
Jumlah	65	50.8	63	49.2	128	100,0	

Sumber : Data Primer

c. Pengaruh Penerapan MPKP dengan Kesempatan Perawat

Pengaruh penerapan MPKP dengan kesempatan perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 14. Pengaruh penerapan MPKP dengan kesempatan perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontotahun 2013

Penerapan MPKP	Kesempatan Perawat				Total		P Cramer's V
	Baik		Kurang Baik		n	%	
	N	%	n	%			
Diterapkan	37	55.2	30	44.8	67	100,0	0,376
Tidak Diterapkan	28	45.9	33	54.1	61	100,0	
Jumlah	65	50.8	63	49,2	128	100,0	

Sumber : Data Primer

Tabel 14 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji analisis didapatkan nilai $P = 0.376$ ($p > \alpha 0,05$) berarti secara statistik tidak terdapat pengaruh antara penerapan MPKP dengan kesempatan perawat untuk bekerja dan

mengembangkan diri. Sedangkan hasil uji cramers V sebesar 0,093 menunjukkan hubungan yang sangat lemah.

d. Pengaruh Kemampuan dengan Kinerja Perawat

Pengaruh kemampuan dengan kinerja perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 15. Pengaruh kemampuan dengan Kinerja Perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto tahun 2013

Kemampuan Perawat	Kinerja Perawat				Total		P Cramer's V
	Baik		Kurang Baik		n	%	
	N	%	N	%			
Baik	58	69.0	26	31.0	84	100,0	0,001 0,441
Kurang Baik	10	22.7	34	77.3	44	100,0	
Jumlah	68	53.1	60	46.9	128	100,0	

Sumber : Data Primer

Tabel 15 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji analisis didapatkan nilai $P = 0.001$ ($p < \alpha 0,05$) berarti secara statistik terdapat pengaruh antara kemampuan dengan kinerja perawat. Sedangkan hasil uji cramers V sebesar 0,441 menunjukkan pengaruh yang sedang.

e. Pengaruh Motivasi dengan Kinerja Perawat

Berdasarkan hasil uji analisis didapatkan nilai $P = 0.001$ ($p < \alpha 0,05$) berarti secara statistik terdapat pengaruh antara motivasi dengan kinerja perawat. Sedangkan hasil uji cramers V sebesar 0,453 menunjukkan pengaruh yang sedang.

Pengaruh motivasi dengan kinerja perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 16. Pengaruh Motivasi dengan Kinerja Perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontotahun 2013

Motivasi Perawat	Kinerja Perawat				Total		P Cramer's V
	Baik		Kurang Baik		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	49	75.4	16	24.6	65	100,0	0,001 0,453
Kurang Baik	19	30.2	44	69.8	63	100,0	
Jumlah	68	53.1	60	46.9	128	100,0	

Sumber : Data Primer

f. Pengaruh Kesempatan dengan Kinerja Perawat

Pengaruh kesempatan dengan kinerja perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 17. Kesempatan dengan Kinerja Perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontotahun 2013

Kesempatan Perawat	Kinerja Perawat				Total		P Cramer's V
	Baik		Kurang Baik		n	%	
	N	%	n	%			
Baik	51	78.5	14	21.5	65	100,0	0,001 0,516
Kurang Baik	17	27.0	46	73.0	63	100,0	
Jumlah	68	53.1	60	40.9	128	100,0	

Sumber : Data Primer

Tabel 17 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji analisis didapatkan nilai $P = 0.000$ ($p < \alpha 0,05$) berarti secara statistik terdapat pengaruh antara kesempatan perawat untuk bekerja dan mengembangkan diri dengan kinerja perawat. Sedangkan hasil uji cramers V sebesar 0,516 menunjukkan pengaruh yang sedang.

g. Pengaruh Penerapan MPKP dengan Kinerja Perawat

Pengaruh penerapan MPKP dengan kinerja perawat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 18. Pengaruh penerapan MPKP dengan kinerja perawat di RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jenepontotahun 2013

Penerapan MPKP	Kinerja Perawat				Total		P Cramer's V
	Baik		Kurang Baik		N	%	
	N	%	n	%			
Diterapkan	42	62.7	25	37.3	67	100,0	0,033
Tidak diterapkan	26	42.6	35	57.4	61	100,0	
Jumlah	68	53.1	60	46.9	128	100,0	

Sumber : Data Primer

Tabel 18 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji analisis didapatkan nilai $P = 0.033$ ($p < \alpha 0,05$) berarti secara statistik terdapat pengaruh antara penerapan MPKP dengan kinerja perawat. Sedangkan hasil uji cramers V sebesar 0,201 menunjukkan pengaruh yang lemah.

h. Analisis multivariabel

Analisis inferensial dimaksudkan untuk melihat pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Dalam penelitian ini analisis inferensial yang dimaksudkan adalah analisis logistik regresi. Hasil analisis logistik regresi dapat disusun sebagai berikut :

Terdapat pengaruh penerapan MPKP, Kemampuan, Motivasi dan Kesempatan, terhadap Kinerja Perawat

Penerapan MPKP, kesempatan, kemampuan dan motivasi merupakan faktor yang mempengaruhi kinerja perawat. Pengaruh keempat variabel ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 19. Pengaruh penerapan MPKP, Kemampuan, Motivasi dan Kesempatan, terhadap Kinerja Perawat

No	Variabel	Kemaknaan (p)	Df	95 % CI
1	Penerapan MPKP	0.033	1	0.179 – 1.088
2	Kemampuan	0.001	1	0.071 – 0.504
3	Motivasi	0,001	1	0.199 – 1.512
4	Kesempatan	0,000	1	0.060 – 0.453
	Konstan	0,000	1	
R square = 0.572				

Sumber: Hasil Pengolahan Data

Pada tabel 19 di atas dapat dijelaskan bahwa penerapan MPKP dengan kemaknaan 0.033 ($\text{sig} < \alpha 0.05$) yang berarti bahwa penerapan MPKP berpengaruh terhadap kinerja perawat. Kemampuan perawat dengan tingkat signifikansi 0.001 ($\text{sig} < \alpha 0.05$) yang berarti bahwa kemampuan berpengaruh terhadap kinerja perawat. Motivasi dengan kemaknaan 0.001 ($\text{sig} < \alpha 0.05$) yang berarti bahwa motivasi berpengaruh terhadap kinerja perawat. Kesempatan perawat dengan tingkat signifikansi 0.000 ($\text{sig} < \alpha 0.05$) yang berarti bahwa kesempatan berpengaruh terhadap kinerja perawat

Nilai R square sebesar 0.572 yang menunjukkan bahwa hanya 57.2% pengaruh variabel penerapan MPKP, Kemampuan, Motivasi dan Kesempatan, terhadap Kinerja Perawat. Hal ini menunjukkan bahwa masih

ada 42.8% faktor lain yang mempengaruhi kinerja perawat selain keempat faktor tersebut.

C. Pembahasan

Salah satu usaha untuk memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan profesional tersebut adalah pengembangan model praktek keperawatan profesional (MPKP) yang memungkinkan perawat professional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut.

Di atas kertas nampaknya MPKP sangat bermanfaat bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan dokter, profesi lain bahkan pasien. Dengan MPKP, perawat dapat memahami tugas dan tanggung jawabnya terhadap pasien sejak masuk hingga keluar rumah sakit, sehingga diharapkan penerapan MPKP pada ruang rawat inap dapat memperbaiki pelaksanaan pemberian pelayanan keperawatan klinik yang pada akhirnya nanti dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan klinik yang akan tampak pada peningkatan capaian indikator mutu pelayanan keperawatan klinik yaitu indikator keselamatan pasien (patient safety), Indikator perawatan diri (self care), kepuasan pasien, kenyamanan pasien, kecemasan pasien dan pengetahuan pasien.

Implementasi MPKP harus ditunjang dengan sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang memadai. Jumlah pegawai dengan gelar *Ners* harus sesuai dengan jumlah kebutuhan akan Clinical Case

Manager. Demikian pula dengan jumlah perawat dengan jenjang pendidikan SPK seharusnya sudah tidak ada pada instalasi rawat inap. Sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan MPKP seperti pengadaan lembar perencanaan dan implementasi keperawatan, rak obat pada tiap unit perawatan, sarana yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan sarana lain harus diadakan secara berkesinambungan.

Model Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP) diartikan sebagai suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang diperlukan untuk menopang pemberian asuhan keperawatan tersebut. Model pelayanan keperawatan profesional merupakan suatu model yang memberi kesempatan kepada perawat profesional untuk menerapkan otonominya dalam mendesain, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan/asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Sehingga diharapkan dengan MPKP pembagian tugas masing-masing perawat jelas dan tidak tumpang tindih dengan demikian setiap perawat memiliki kesempatan yang sama untuk bekerja, sehingga perawat dapat termotivasi untuk bekerja dan mengaplikasikan pengetahuan serta keterampilan yang dimiliki bahkan dapat mengembangkannya pada pasien asuhannya masing-masing. Setiap pasien memiliki perawat masing-masing, sehingga pasien akan merasa lebih dekat dengan pelayanan keperawatan.

Jika dilihat penerapan MPKP pada masing-masing ruang rawat sejalan dengan pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan. Ruang

rawat yang memperlihatkan penerapan MPKP yang baik juga memiliki pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan yang baik pula, seperti yang dapat ditemukan pada ruang rawat VIP dan ruang rawat bedah.

Namun hal sebaliknya terlihat jika pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan dibandingkan dengan kinerja perawat terutama pada ruang rawat VIP. Dimensi kinerja pada ruang rawat VIP yang menonjol hanya pada dimensi implementasi namun ternyata dimensi implementasi yang baik dapat meningkatkan pencapaian indikator mutu pelayanan. Berbeda dengan ruang rawat bedah yang memperlihatkan hasil yang baik pada hampir semua dimensi kinerja.

Berdasarkan hasil analisis *chi square* menunjukkan bahwa penerapan MPKP berpengaruh terhadap motivasi dan kinerja perawat, namun tidak berpengaruh terhadap kemampuan dan kesempatan perawat pada instalasi rawat inap di RSUD Lanto Dg Pasewang. Hal ini tentu tidak sejalan dengan teori Khan yang menyatakan bahwa desain pekerjaan yang dalam penelitian ini dimaksud adalah MPKP mempengaruhi kemampuan, motivasi dan kesempatan perawat.

Di sisi lain teori Robbins (2008) dan Mangkunegoro (2000), sejalan dengan hasil perhitungan statistik yang diperoleh. Keduanya menunjukkan bahwa kemampuan, motivasi dan kesempatan perawat member pengaruh positif terhadap kinerja perawat. Semakin baik kemampuan maka semakin baik pula kinerja perawat; semakin baik motivasi perawat maka semakin baik

pula kinerja; semakin baik kesempatan kerja yang dimiliki perawat maka semakin baik pula kinerja.

Ini menunjukkan bahwa ada faktor lain yang mungkin mempengaruhi hingga hal ini dapat terjadi. Berdasarkan analisis multivariate yang menghitung pengaruh keempatnya terhadap kinerja memperlihatkan bahwa ada faktor lain yang memberi kontribusi sebesar 42,8% hal yang dapat meningkatkan kinerja.

Hasil penelitian relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosanti (2005) yang menemukan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna dari penerapan MPKP terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan, penerapan standar asuhan keperawatan (SAK) dengan $P=0,000$ ($P<0,05$), pelaksanaan nilai-nilai profesional dengan $P=0,000$ ($P<0,05$), motivasi kerja perawat $P=0,000$ ($P<0,05$) dan persepsi pasien $P=0,000$ ($P<0,05$)

Jadi dapat dikatakan bahwa penerapan model praktik keperawatan profesional efektif dalam meningkatkan kinerja perawat pada instalasi rawat inap RSUD Lanto Dg Pasewang Kabupaten Jeneponto. Namun demikian masih perlu dilakukan analisa lebih dalam mengenai faktor lain yang ternyata memberi kontribusi 42,8 % diluar variable yang telah diteliti dalam penelitian ini.

Pengaruh masing-masing variable penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut:.

1. Pengaruh Penerapan MPKP terhadap Kemampuan

Berdasarkan hasil perhitungan statistic pada lembar terdahulu telah nampak tidak ada pengaruh penerapan MPKP terhadap kemampuan perawat pada Instalasi rawat inap RSUD Lanto Dg Pasewang. Hal ini tentu tidak sejalan dengan teori yang telah dikemukakan oleh Khan yang menyatakan bahwa *Work Design* dalam hal ini MPKP mempengaruhi kemampuan kerja perawat.

MPKP menuntun perawat untuk senantiasa melakukan segala bentuk aktivitas dalam melakukan asuhan keperawatan berdasarkan perencanaan dan standar operasional prosedur keperawatan. Sehingga jika dilaksanakan dengan baik maka MPKP akan sangat mungkin dapat meningkatkan kemampuan perawat.

Namun hasil penelitian kali ini tidak memperlihatkan hal demikian. Ini dapat disebabkan oleh banyak faktor di antaranya adalah faktor sumber daya manusia sendiri yang memiliki kemampuan terbatas dalam memberikan asuhan keperawatan. Faktor lain yang mungkin menjadi penyebab adalah sarana dan prasarana yang tidak lengkap yang menjadi penghambat bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang baik, sehingga mereka akhirnya memberikan asuhan keperawatan seadanya sesuai dengan sarana dan prasarana yang tersedia.

Supervisi keperawatan yang lemah diduga memegang andil yang cukup besar dalam hal ini. Karena supervise yang gagal menandakan evaluasi yang tidak adekuat sehingga perawat pelaksana terkadang telah

merasa melakukan hal yang benar padahal belum benar sesuai standar asuhan keperawatan. Mereka melakukan hal yang salah berulang-ulang tanpa mendapatkan teguran dan upaya perbaikan, sehingga kemampuan yang mereka miliki tidak berkembang.

2. Pengaruh Penerapan MPKP terhadap Motivasi

Terhadap motivasi, ditemukan bahwa MPKP memberikan pengaruh dengan intensitas sedang. Hal ini sesuai dengan teori yang telah dikemukakan oleh Khan bahwa *Work Design* dalam hal ini MPKP dapat meningkatkan motivasi perawat. Dengan penerapan MPKP, perawat akan terbiasa memberikan asuhan keperawatan dengan pembagian tugas yang jelas, kegiatan yang terencana dan sesuai standar operasional prosedur keperawatan sehingga perawat dapat bekerja dengan tenang, merasa aman dan nyaman serta member iklim kerja yang baik baik dengan sesama perawat maupun dengan profesi lain yang berkolaborasi dalam satu ruang rawat.

Iklim motivasi dapat ditumbuhkan melalui pemberian harapan yang jelas kepada staf dan mengkomunikasikan harapan tersebut secara efektif, bersikap fair dan konsisten terhadap semua staf, membuat keputusan yang bijaksana, mengembangkan konsep kerja kelompok, mengintegrasikan kebutuhan dan keinginan staf dengan kebutuhan dan tujuan organisasi, mengenali staf secara pribadi dan membiarkan staf mengetahui bahwa pimpinan mengetahui keunikan dirinya, menghilangkan blok tradisionil antara staf dengan pekerjaan yang telah dikerjakan, memberikan tantangan kerja

sebagai kesempatan untuk mengembangkan diri, melibatkan staf dalam pengambilan semua keputusan, memastikan bahwa staf mengetahui alasan di belakang semua keputusan dan tindakan, memberikan kesempatan kepada staf untuk membuat penilaian sesering mungkin, menciptakan hubungan saling percaya dan saling tolong dengan staf, memberi kesempatan staf untuk mengontrol lingkungan kerjanya, menjadi role model bagi staf, dan memberikan reinforcement sesering mungkin.

Di ruang MPKP penciptaan iklim motivasi diterapkan dengan cara sebagai berikut:

- Budaya pemberian reinforcement positif. Reinforcement positif adalah upaya menguatkan perilaku positif dengan memberikan reward. Reward yang diberikan di MPKP adalah pemberian pujian yang tulus. Masing-masing staf dibudayakan untuk memberikan pujian yang tulus diantara mereka terhadap kinerja dan penampilan.
- Doa bersama sebelum memulai kegiatan.
- Memanggil staf secara periodik untuk mengenal masalah setiap personil secara mendalam dan membantu penyelesaiannya.
- Manajemen Sumber Daya Manusia melalui penerapan pengembangan jenjang karir dan kompetensi.
- Sistem reward yang fair sesuai dengan kinerja.

Aktivitas menciptakan iklim motivasi dievaluasi oleh kepala ruangan dan ketua tim setiap 6 bulan sekali (per semester) dengan menggunakan suatu instrumen/kuisisioner.

Sehingga dapat dikatakan bahwa semakin baik penerapan MPKP maka semakin baik pula motivasi perawat pada Instalasi rawat inap RSUD Lanto Dg Pasewang Kab.Jeneponto.

3. Pengaruh Penerapan MPKP terhadap Kesempatan

Selanjutnya ditemukan bahwa MPKP tidak berpengaruh terhadap kesempatan kerja dan kesempatan perawat untuk mengembangkan diri dan kemampuannya. Hal ini pun tidak sejalan teori Khan yang menyatakan bahwa *Work Design* dalam hal ini MPKP dapat meningkatkan kesempatan perawat.

Dengan penerapan MPKP masing-masing perawat dapat mengetahui pembagian tugas yang jelas, siapa mengerjakan apa, dan pada pasien yang mana. Sehingga perawat memiliki kesempatan kerja yang sama, sehingga mereka dapat mengabdikan ilmu dan keterampilan yang telah diperoleh pada bangku sekolah.

Namun dari hasil analisis data kuisioner yang telah diberikan pada perawat, menunjukkan bahwa ternyata MPKP tidak mempengaruhi kesempatan perawat. Dari hasil wawancara yang dilakukan, ditemukan bahwa program pendidikan dan pelatihan pada RSUD Lanto Dg Pasewang memang sangat terbatas sehingga tidak ada sarana bagi perawat untuk mendapatkan tambahan pendidikan dan pelatihan dengan dana yang bersumber dari rumah sakit. Untuk mendapatkan tambahan keterampilan mereka harus mengeluarkan biaya sendiri. Ini adalah salah satu penyebab mengapa responden member tanggapan yang memperlihatkan rendahnya

kesempatan pengembangan diri yang mereka peroleh dalam kurun waktu 2 tahun terakhir.

Penerapan MPKP pada instalasi rawat inap RSUD Lanto Dg Pasewang ini masih sangat perlu dibenahi karena cakupan penerapannya yang masih dinilai belum baik. Telah diketahuinya pengaruh antara penerapan MPKP dengan peningkatan kemampuan, motivasi, kesempatan dan kinerja perawat hendaknya menjadi penyemangat bagi pihak manajemen rumah sakit untuk meningkatkan upaya menuju perbaikan penerapan MPKP tersebut. Karena jelas bahwa kinerja perawat yang akan menjadi salah satu penentu kinerja organisasi akan meningkat dengan semakin baiknya penerapan MPKP di rumah sakit tersebut. Harus ditinjau lebih dalam factor apa saja yang menyebabkan kurang efektifnya pelaksanaan MPKP pada instalasi rawat inap yang telah dirintis selama kurang lebih 2 tahun. Faktor lingkungan dan sarana pun harus mendapat perhatian lebih, karena aktivitas pelaksanaan MPKP tentu saja sangat tergantung pada lingkungan kerja dan fasilitas yang menunjang pelaksanaannya.

4. Pengaruh Kemampuan terhadap Kinerja Perawat

Hasil analisis chi square menunjukkan bahwa variabel kemampuan berpengaruh terhadap kinerja perawat. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi kemampuan yang dimiliki oleh perawat akan semakin meningkatkan kinerja perawat untuk bekerja lebih profesional.

Kemampuan perawat yang tentu saja dilihat baik dari segi fisik maupun dari segi intelektual akan sangat mendukung pelaksanaan tugas yang diamanatkan kepadanya.

Kemampuan perawat sering digunakan sebagai kriteria utama untuk menentukan jabatan perawat seperti Clinical Care Manager (CCM), Perawat Primer (PP) dan bahkan kepala ruangan. Rumah Sakit akan mempromosikan pegawai yang memenuhi kriteria kemampuan yang dibutuhkan dan dipersyaratkan untuk ke jenjang yang lebih tinggi. Karena kompetensi merupakan suatu kecakapan dan kemampuan individu dalam mengembangkan dan menggunakan potensi-potensi dirinya dalam merespon perubahan-perubahan yang terjadi pada lingkungan organisasi atau tuntutan dari pekerjaan yang menggambarkan satu kinerja.

Kemampuan perawat dapat juga digunakan sebagai kriteria untuk menentukan penempatan kerja perawat. Perawat yang ditempatkan pada tugas tertentu akan mengetahui kompetensi apa yang diperlukan, serta jalan yang harus ditempuh untuk mencapainya dengan mengevaluasi kompetensi-kompetensi yang sesuai dengan tolok ukur penilaian kinerja. Sehingga sistem pengelolaan sumber daya manusia lebih terarah, karyawan dapat dikembangkan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, keahlian, tingkat kompetensi dan kinerjanya.

Kemampuan yang tidak dikembangkan dan diasah dapat luntur. Seorang perawat bisa saja lupa cara merawat infus pasien jika tidak sering melakukannya. Sama halnya seorang koki akan lupa resep masakannya, jika

tidak memasak makanan tersebut dalam waktu yang lama. Penerapan MPKP memungkinkan tiap perawat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri, sehingga mereka dapat mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki kepada pasiennya.

Peranan sumber daya manusia dalam organisasi perusahaan sangat menentukan arah kehidupan rumah sakit/organisasi. Manusia sebagai individu mempunyai perilaku (*behavior*) dan sikap (*attitude*) yang berbeda satu dengan yang lain. Perilaku dapat mempengaruhi kinerja organisasi. Penentuan tingkat kompetensi dibutuhkan untuk merefleksikan efisiensi dan efektifitas kinerja pegawai. Kecenderungan organisasi menggunakan beberapa kompetensi seperti, kemampuan pegawai, sikap, perilaku, dan tanggung jawab sebagai refleksi efisiensi dan efektifitas individu dalam menggunakan *knowledge* dan *skill*. Sejumlah kompetensi dapat dianggap menentukan kesuksesan seorang karyawan. Pendekatan kompetensi sedikit visibel dan dapat dikontrol dan diarahkan secara luas dengan perilaku. Penentuan tingkat kemampuan dibutuhkan untuk mengetahui efektifitas tingkat kinerja yang diharapkan. Prediksi siapa yang berkinerja baik dan kurang baik dapat diukur dari kriteria atau standar yang digunakan (tolak ukur penilaian kinerja).

Penentuan ambang kemampuan yang dibutuhkan tentunya dapat dijadikan dasar proses seleksi, perencanaan, evaluasi kinerja pegawai dan pengembangan sumber daya manusia. Mengacu pada pengertian kompetensi yang terdiri atas kemampuan teknis, keterampilan dalam

menganalisa dan mengambil keputusan, sikap pegawai, perilaku pegawai dan tanggung jawab pegawai, maka melalui suatu kompetensi tertentu seorang karyawan akan bekerja secara baik dan berkualitas dalam bidangnya.

5. Pengaruh Motivasi terhadap Kinerja Perawat

Hasil analisis chi square menunjukkan bahwa variabel motivasi berpengaruh terhadap kinerja perawat. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi motivasi yang dimiliki oleh perawat akan semakin meningkatkan kinerja perawat.

Penerapan MPKP dapat menumbuhkan iklim kerja yang baik melalui prosedur komunikasi yang jelas antara perawat dan perawat, antara perawat dengan profesi lain dan antar perawat dengan pasien dan keluarganya. Pada MPKP prosedur operasional pelaksanaan setiap tindakan keperawatan telah ditetapkan sehingga dapat membantu perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan, mengamankan perawat dari jeratan hukum dan memberi rasa tenang dalam bekerja. Perawat dapat bekerja dengan baik tanpa harus khawatir akan keselamatannya sendiri. Hal inilah yang menyebabkan penerapan MPKP dapat menumbuhkan motivasi perawat dan selanjutnya motivasi dapat meningkatkan kinerja.

Motivasi adalah merupakan suatu hal yang sangat penting untuk dimiliki oleh setiap perawat sebagai individu dan sebagai suatu kelompok pegawai yang bekerja sama dalam rangka pencapaian suatu tujuan tertentu. Dilihat dari aspek manajemen, motivasi dilihat sebagai bagian yang

fundamental dari kegiatan manajemen, sehingga sesuatunya dapat ditujukan kepada pengarahannya potensi dan daya manusia dengan jalan menimbulkan, menghidupkan dan menumbuhkan tingkat keinginan yang tinggi, kebersamaan dalam menjalankan tugas-tugas perseorangan maupun kelompok-kelompok organisasi. Kekuatan dari motivasi untuk melakukan beberapa kegiatan adalah suatu fungsi dari motif, harapan dan insentif.

Setiap manusia mempunyai dasar alasan mengapa seseorang bersedia melakukan pekerjaan tertentu, mengapa satu orang bekerja lebih giat sedangkan orang lainnya bekerja biasa saja. Tentu saja semua ini ada dasar alasannya yang mendorong seseorang bersedia seperti itu atau dengan kata lain pasti ada motivasinya. Penelitian ini relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurhidayah menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara motivasi perawat dengan kinerja perawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

Untuk lebih meningkatkan motivasi kerja perawat, menurut Mangkunegara (2000) ada beberapa prinsip yang harus dilakukan yaitu :

1. Prinsip partisipatif. Dalam upaya memotivasi kerja, perawat perlu diberi kesempatan ikut berpartisipasi dalam menentukan tujuan yang akan dicapai oleh pimpinan.
2. Prinsip komunikasi. Pemimpin mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usaha pencapaian tugas. Informasi yang jelas akan membuat perawat lebih mudah dimotivasi kerjanya.

3. Prinsip mengakui andil bawahan. Pemimpin mengakui bawahan mempunyai andil dalam usaha pencapaian tujuan. Dengan pengakuan tersebut, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.
4. Prinsip pendelegasian wewenang. Pemimpin akan memberikan otoritas atau wewenang kepada bawahan untuk sewaktu-waktu dapat mengambil keputusan terhadap pekerjaan yang dilakukannya, akan membuat perawat yang bersangkutan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin.
5. Prinsip memberi perhatian. Pemimpin memberi perhatian terhadap apa yang diinginkan perawat, sehingga bawahan akan termotivasi bekerja sesuai dengan harapan pemimpin.

Semua prinsip yang dimaksudkan Mangkunegoro ini terdapat dalam penerapan MPKP jika dilaksanakan dengan baik. Sehingga benarlah, baik menurut para pakar, menurut hasil penelitian maupun menurut logika bahwa MPKP dapat menumbuhkan motivasi dan motivasi dapat meningkatkan kinerja.

Secara logika akan membenarkan bahwa motivasi berpengaruh terhadap kinerja. Orang yang motivasi kerjanya rendah sudah barang tentu kinerjanya juga rendah. Namun perlu diingat bahwa berbicara tentang motivasi akan banyak varians yang terlibat di dalamnya yang secara garis besar mencakup karakteristik individu (tingkat kebutuhan, sikap dan juga minat karyawan), karakteristik pekerjaan (sifat dan tugas karyawan yang meliputi jumlah tanggung jawab, macam tugas dan tingkat kepuasan yang

seseorang peroleh dari pekerjaan itu sendiri) dan karakteristik situasi kerja yang meliputi: 1) Lingkungan kerja terdekat meliputi sikap dan tindakan rekan sekerja dan supervisor maupun pimpinan serta iklim yang mereka ciptakan. Supervisor maupun pimpinan sangat mempengaruhi motivasi dan kinerja karyawan dengan melalui suri tauladan dan instruksi, imbalan dan pujian serta sanksi, peningkatan gaji dan promosi sampai dengan kritik, penurunan pangkat dan pemecatan. 2) Tindakan organisasi yang meliputi system imbalan dan kultur organisasi. Seluruh kebijaksanaan menyangkut metode yang digunakan untuk memberikan balas jasa kepada karyawan dan kulturnya, semua terjelma dalam tindakan organisasi yang mempengaruhi dan memotivasi para karyawan.

6. Pengaruh Kesempatan terhadap Kinerja Perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesempatan kerja berpengaruh terhadap kinerja perawat. Adanya kesempatan kerja yang diberikan kepada semua perawat akan meningkatkan kemampuan dan pengalaman perawat dalam menangani pasien sehingga akan lebih meningkatkan kinerja perawat secara keseluruhan. Sebaliknya seseorang yang memiliki kemampuan dan keterampilan yang sangat baik pun, namun memiliki kesempatan untuk mempergunakan kemampuan dan keterampilan itu dalam pekerjaannya maka dengan sendirinya tidak akan memiliki kinerja yang baik. Kemampuan dan keterampilan yang dimiliki dapat berkurang sejalan dengan lamanya waktu.

Kesempatan adalah peluang yang bersifat positif yang dihadapi oleh seorang perawat, yang apabila dapat dimanfaatkan akan besar peranannya dalam meningkatkan kinerja perawat.

Kesempatan kerja adalah terlaksananya pelayanan pada pasien tanpa adanya rintangan/hambatan terhadap perawat. Meskipun seorang perawat memiliki kemampuan dan keterampilan namun bisa saja ada rintangan yang menjadi penghambat untuk bekerja. Rintangan – rintangan dapat berupa pimpinan tidak pernah menempatkan perawat dalam posisi yang sesuai dengan kemampuan dan pengalaman kerjanya, atau tidak adanya kerjasama dari rekan kerja atau perawat lain. Hal-hal yang seperti ini harus mendapat perhatian lebih dari pihak manajemen rumah sakit karena hilangnya kesempatan kerja akan berakhir pada penurunan kinerja perawat itu sendiri.

Setiap individu mempunyai pengaruh terhadap individu-individu lainnya; pengaruh tersebut makin lama makin tumbuh. Beberapa individu mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap individu-individu lainnya dan beberapa kondisi lebih berpengaruh terhadap kondisi-kondisi tersebut. Jadi berilah kesempatan kepada individu untuk memberikan pengaruh positifnya terhadap orang lain, sehingga ia senang dan akan sukarela melakukannya secara terus menerus.

7. Pengaruh MPKP terhadap Kinerja Perawat

Dari hasil uji bivariat, ternyata MPKP berpengaruh terhadap kinerja perawat. Perawat yang menerapkan MPKP memiliki kecenderungan untuk memiliki kinerja yang lebih baik pula. Demikian juga sebaliknya. Hal ini sesuai

dengan teori dan hipotesis yang dibuat oleh penulisan pada bab sebelumnya.

MPKP telah menuntun perawat untuk melakukan aktivitas keperawatannya dan memberikan asuhan keperawatan sesuai metode modern dan professional sehingga dapat meningkatkan kinerjanya yang pada akhirnya akan terlihat pada peningkatan pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari analisis hasil penelitian yang telah dilakukan tentang Pengaruh Penerapan MPKP terhadap kinerja perawat pada Instalasi rawat inap RSUD LDP tahun 2013, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penerapan MPKP tidak berpengaruh terhadap kemampuan perawat pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.
2. Semakin baik penerapan MPKP semakin baik pula motivasi pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.
3. Penerapan MPKP tidak berpengaruh terhadap kesempatan perawat pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.
4. Semakin baik penerapan MPKP semakin baik pula kinerja perawat pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.
5. Semakin baik kesempatan perawat semakin baik pula kinerja perawat pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.
6. Semakin baik kemampuan perawat semakin baik pula kinerja perawat pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.

7. Semakin baik penerapan MPKP semakin baik pula kinerja perawat pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang.

B. Saran

Setelah mengetahui hasil penelitian dan menarik kesimpulan dari analisis hasil penelitian tersebut, maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Penerapan MPKP pada Instalasi Rawat Inap RSUD LDP belum berjalan maksimal, terutama pada indicator orientasi Klien dan indicator sentralisasi obat. Sehingga disarankan agar melakukan supervise dan evaluasi yang lebih ketat dan teratur pada penerapan MPKP terutama pada kedua indicator tersebut.
2. Lingkungan yang mendukung penerapan MPKP seperti kelengkapan sarana dan prasarana membutuhkan perhatian yang lebih besar agar penerapan MPKP dapat ditingkatkan.
3. Menerapkan MPKP pada unit perawatan yang baru terbentuk.
4. Mengoptimalkan pelaksanaan MPKP pada tiap-tiap unit perawatan pada Instalasi Rawat Inap, terutama pada Instalasi dengan persentase penerapan yang masih rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta, 2005.
- Arikunto, *Prosedur Penelitian Edisi Revisi ke VI*. Jakarta : Rineka Cipta, 2006.
- Ali Gufron Mukti, *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan (Konsep dan Implementasi)*. Yogyakarta : PPSPM UGM, 2007.
- Basford Lynn dan Slevin, *Teori dan Praktek Keperawatan (Pendekatan Integral Pada Asuhan Pasien)*. Jakarta : RGC, 2006.
- Bondan Palestin, *Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit, Jurnal Keperawatan dan Penelitian*. Yogyakarta, 2007.
- Bernardin dan Russel, *Human Resourcess Management. Second Edition*. Boston : MGIH, 1998.
- Cushway B, *Human Resourcess Management*, Jakarta : PT.Elex Media Komu\putindo, 1996.
- Depkes. *Modul Pelatihan Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik Perawat/Bidan*. Jakarta. 2006.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta, 1995.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta, 1997.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis di Rumah Sakit*. Jakarta, 2005.
- Departemen Kesehatan RI/WHO/PMPK-UGM, *Implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan (Pedoman dan Instrumen)*. Jakarta, 2003.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 836/MENKES/SK/2005, Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan*. Jakarta, 2005.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes, 2002.
- Dharma S, *Manajemen Kerja Cetakan Pertama*. Jakarta : Rawajali Press, 2005.

- Djoko, Wijono, *Manajaemen Mutu Pelayanan Kesehatan* Vol 1. Surabaya : Airlangga University Pres, 2000.
- Gde Munijaya, *Manajemen Kesehatan* Cetakan I Edisi 2. Jakarta : EGC, 2004.
- Gibson, JK, et all, *Perilaku-struktur-Proses*, Jlid I Edisi Kedelapan. Jakarta : Bina Rupa Aksara, 1996.
- Gilles, A.G. *Nursing Management : A.System Approach. 3rd edition*. Philadelpia : WB Saunders Company, 1994.
- Handoko H, *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*, Edisi II. Yogyakarta : BPEE, 1995.
- Herzberg, F, *Work and the Nature of Man*. New York : World Publishing Co, 1996.
- Istijanto, *Riset Sumber Daya Manusia : Cara Praktis Mengukur Stres, Kepuasan Kerja, Komitmen, Loyalitas, Motivasi Kerja dan Aspek-Aspek Kerja Karyawan Lainnya*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, 2006.
- Ilyas, Yaslis. *Perencanaan SDM Rumah Sakit : Teori, Metode dan Formula. Indonesia*, Depok : FKM UI, 2011.
- JB Suharjo B Cahyono Sp.PD, Dr, *Root Cause Analysis Sebagai Metode Pemecahan Masalah Kejadian Yang Tidak Diharapkan*. Jurnal PERSI, 2006.
- Kusumapraja R, *Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat di RS*. Jakarta : RSU Persahabatan. 2002.
- Koentjoro Tjahjono, *Pengembangan Instrumen Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Seluruh Tenaga Klinik Puskesmas*, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM Bekerja sama dengan WHO. Jakarta, 2006.
- Kozieler, dkk, *Fundamentalis of Nursing, Concepts Process, and Practice, 4th ed*. California : Addison Wesley Publishing Company Inc., 1991.
- Luthans, fred, *Organizational Behavior*. Singapore : McGraw Hill Book, 1992.
- Marquis, Bessie L and Huston, Carol J. *Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Teori dan aplikasi*. Jakarta : EGC, 2010.
- Nana Mulyana, Wayan Mulati dkk. *Pedoman Pelatihan Keterampilan Manajerial SPMKK*. Jakarta, 2003.
- Nursalam, *Manajemen Keperawatan (aplikasi dalam keperawatan praktek profesional)* edisi I. Jakarta : Salemba Medica, 2002.
- Nur Nasution, *manajemen Mutu Terpadu Edisi Kedua*. Indonesia : Ghalia, 2005.

- Notoadmodjo, Soekidjo, *Metodologi Penelitian Kesehatan* Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta, 2006.
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Lanto Dg Pasewang 2012.
- Purwanto H. *Pengantar Perilaku Manusia*. Jakarta : EGC, 2006.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), *Standar Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta, 2001.
- Robbins, stephens P, *Perilaku Organisasi* Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta : PT.Intan Sejati Klaten, 2003.
- Rivai, Veithzal, dkk. *Performance Appraisal : Sistem yang Tepat Untuk Menilai Kinerja Karyawan dan Meningkatkan Daya Saing Perusahaan*. Jakarta : PT Rajagrafindo Persada 2008.
- Rumihat, *Beban Kerja Konsep dan Pengukuran*. Yogyakarta : UGM, 1993.
- Robert L; Mathis John; H.Jackson;, *Human Resourcess Management (Manajemen sumber Daya Manusia)*. Jakarta : Salemba Empat, 2004.
- Santoso, S. *SPSS – Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. Jakarta : Efek Media Komputindo, 2000.
- Sastrohadiwiryono; Siswanto B;. *Manajemen Tenaga Keperawatan Indonesia; pendekatan administrasi dan operasional*. Jakarta : Bumi Aksara, 2002.
- Sitorus Ratna, *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta : EGC, 2006.
- Sugiyono,dr, *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : CV Alfabeta, 2006.
- Soeprihanto, John. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*. Yogyakarta : UGM, 2001.
- Susilo, Willy, *Audit SDM (Panduan KOMprehensif Auditor dan Praktisi Manajemen Sumberdaya Manusia Serta Pimpinan Organisasi/ Perusahaan)*. Jakarta : EGC, 2002.
- Sugianto. *Beban Kerja : Konsep dan Pengukuran*. Buletin Psikologi : UGM, 2002.
- Tjahyono Kuncoro, *Regulasi Kesehatan di Indonesia*, Yogyakarta : andi, 2007.
- Tietjen, Linda; Bossemeyer, Debora; McIntosh, Noel;, *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka : 2004.

World Health Organization, *Pelatihan Keterampilan Manajerial Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK)*. Jakarta, 2006.

World Health Organization, *Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Petunjuk Pelaksanaan Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta, 1998.

Yura H and Walsh, MB. *The Nursing Process ; Asses, Planning, Implementing, Evaluating, 5th ed.* Norwegia : Appleton and Large, 1998.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner

Jeneponto, 13 April 2013

Bpk/Ibu/Sdr/Sdri staf RSUD Lanto Dg Pasewang yang terhormat,

Assalamu Alaikum Wr Wb.

Dalam rangka perbaikan pelayanan keperawatan di RSUD Lanto Dg Pasewang ini, Saya sebagai peneliti membutuhkan partisipasi Anda selaku perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit untuk mengisi kuesioner berikut. Dalam riset ini, Anda memiliki peluang memberikan masukan yang berharga bagi manajemen dengan menjawab kuesioner ini secara jujur sesuai yang anda rasakan.

Kuesioner berikut memuat sejumlah pernyataan. Silahkan Anda tunjukkan seberapa besar tingkat persetujuan/ketidaksetujuan Anda terhadap setiap pernyataan dengan memberi tanda \surd pada kotak jawaban yang anda pilih. Tidak ada jawaban benar atau salah. Beberapa pernyataan tampak memiliki arti yang hampir sama satu dengan yang lain. Hal itu tidak perlu Anda hiraukan. Anda cukup menjawab secara langsung sesuai apa yang muncul pertama kali dalam pikiran Anda.

Atas partisipasi dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Wassalam.

St.Pasriany

KUESIONER**PENGARUH PENERAPAN MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) TERHADAP KINERJA PERAWAT
PADA INSTALASI RAWAT INAP RSUD LANTO DG PASEWANG
KABUPATEN JENEPONTO****A. Data Responden**

1. No. : ..
2. Nama :
3. Usia : Tahun
4. Jenis Kelamin :
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
5. Status Pegawai :
 - a. PNS
 - b. Kontrak/Magang
6. Lama Bekerja : Tahun
7. Pendidikan Terakhir :
 - a. SPK
 - b. D3
 - c. S1
 - d. Ners
 - e. S2

B. PENILAIAN PENERAPAN MPKP

Ruang :

Hari/tanggal :

Petunjuk

Berilah tanda (√) pada angka :

4 : Bila Selalu Dilakukan**3 : Bila sering Dilakukan****2 : Bila Jarang Dilakukan****1 : Bila Tidak Pernah Dilakukan**

NO	ASPEK YANG DINILAI	SCORE			
		1	2	3	4
1. Orientasi					
1.	Orientasi dilakukan saat pertama kali klien datang (24 jam pertama).				
2.	Orientasi dilakukan saat kondisi klien sedang tenang				
3.	Orientasi dilakukan oleh perawat primer atau kepala ruangan.				
4.	Saat orientasi klien diinformasikan untuk membaca lebih lengkap format orientasi				
5.	Format orientasi dan daftar nama tim terdapat di kamar pasien				
2. Timbang Terima					
1.	Dilaksanakan tepat pada saat pergantian shift di Nurse Station dan di kamar pasien.				
2.	Dipimpin oleh kepala ruangan atau penanggung jawab pasien				
3.	Diikuti oleh semua perawat yang telah dan yang akan dinas				
4.	Lama timbang terima untuk pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan keterangan rumit				
5.	Volume suara yang cukup sehingga pasien disebelahnya tidak mendengar sesuatu yang rahasia bagi klien				

3. Dokumentasi					
1.	Tertulis data objektif pasien.				
2.	Tertulis data subjektif pasien.				
3.	Tertulis diagnose keperawatan pasien.				
4.	Tertulis rencana tindakan keperawatan pasien.				
5.	Tertulis tindakan keperawatan pasien secara jelas				
6.	Tertulis waktu/jam pada masing2 tindakan.				
7.	Tertulis evaluasi keperawatan dalam bentuk SOAP.				
8.	Tanda tangan/nama perawat yang melaksanakan				
4. Sentralisasi Obat					
1.	Obat yang telah diresepkan ditunjukkan dan diserahkan kepada perawat dengan menerima lembar terima obat				
2.	Perawat menuliskan nama pasien, register, jenis obat, jumlah dan sediaan dalam kartu kontrol, dan ditandatangani oleh keluarga atau pasien dalam buku masuk obat				
3.	Obat yang telah diserahkan selanjutnya disimpan oleh perawat dalam kotak obat				
4.	Pada saat pemberian obat, perawat menjelaskan macam obat, kegunaan obat, jumlah obat, dan efek samping.				
5.	Keluarga wajib mengetahui dan ikut serta mengontrol penggunaan obat.				
5. Perencanaan pulang					
1.	Pemberian informasi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi				
2.	Informasi tertulis tentang perawatan yang harus dilakukan di rumah				
3.	Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan				
4.	Informasi tentang nomor telepon layanan perawatan dan dokter				

5.	Menyediakan format perencanaan pulang				
6. Supervisi					
1.	Ada pengarahan dari kepala keperawatan tentang Asuhan Keperawatan				
2.	Ada pertemuan formal untuk membicarakan mengenai asuhan keperawatan				
3.	Ada kegiatan observasi yang dilakukan oleh atasan tentang kegiatan keperawatan				
4.	Ada kegiatan terencana dari kepala atau manajemen yang berencana memperbaiki asuhan keperawatan yang ada				
5.	Ada kegiatan dari kepala keperawatan dan manajemen untuk mengevaluasi asuhan keperawatan.				

C. Kemampuan**4 = Sangat Setuju****3 = Setuju****2 = Tidak Setuju****1 = Sangat Tidak Setuju**

No	Pertanyaan	4 (SS)	3 (S)	2 (TS)	1 (STS)
1	Saya mampu melakukan pekerjaan yang sedikit berat seperti memindahkan pasien dengan benar sesuai SOP yang ada di rumah sakit.				
2	Saya mampu melakukan 2 pekerjaan secara bersamaan, seperti memasang infuse sambil bercakap dengan pasien.				
3	Saya mampu mengingat keterampilan yang saya dapatkan di sekolah dan mempraktekkannya saat bekerja di rumah sakit				
4	Saya dapat mengingat dengan mudah jumlah pasien dan tempat tidurnya masing-masing				
5	Saya dapat menghafal terapi dan tindakan masing-masing pasien.				
6	Saya mampu mendengarkan keluhan dan memikirkan penyebab keluhan serta mengatasinya.				
7	Saya dapat mengetahui perasaan pasien dan keluhannya dari mimic.				
8	Saya mampu menganalisa kebutuhan pasien				
9	Saya dapat mengenali dengan baik tanda atau symbol yang terdapat pada tempat tidur dan buku rekam medis pasien				
10	Saya diberi tugas yang sesuai dengan kemampuan saya.				

D. Motivasi

4 = Sangat Setuju

3 = Setuju

2 = Tidak Setuju

1 = Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	4 (SS)	3 (S)	2 (TS)	1 (STS)
1	Jumlah insentif yang diterima sesuai dengan pekerjaan				
2	Penerimaan insentif selalu lancar setiap bulannya.				
3	Tersedianya peralatan dan perlengkapan yang mendukung pekerjaan.				
4	Adanya jaminan atas kesehatan dan keselamatan kerja.				
5	Adanya jaminan atas keamanan kerja (keamanan dari hukum)				
6	Rekan kerja selalu memberi dorongan / dukungan.				
7	Ada pembagian kerja yang jelas dari pimpinan.				
8	Ada keinginan/dorongan yang kuat untuk segera menyelesaikan pekerjaan.				
9	Ada suasana kerja yang kondusif di tempat kerja saya.				
10	Tugas-tugas rutin dirasakan sebagai hal yang menyenangkan dan menantang				

E. Kesempatan4 = **Sangat Setuju**3 = **Setuju**2 = **Tidak Setuju**1 = **Sangat Tidak Setuju**

No	Pertanyaan	4 (SS)	3 (S)	2 (TS)	1 (STS)
1	Tugas yang diberikan kepada saya sesuai dengan keahlian dan disiplin ilmu yang saya miliki.				
2	Saya diberi kesempatan untuk mengembangkan karir dan promosi				
3	Saya diberi kesempatan untuk meningkatkan strata pendidikan saya melalui izin belajar atau tugas belajar				
4	Ada kesempatan untuk meningkatkan kemampuan melalui pelatihan-pelatihan.				
5	Ada kebebasan melakukan suatu metode sendiri dalam menyelesaikan pekerjaan.				
6	Pada keadaan terdesak saya diperbolehkan mengambil keputusan dalam melakukan tindakan tertentu tanpa persetujuan pimpinan.				
7	Kebijakan yang dijalankan oleh pimpinan cukup adil bagi saya.				
8	Tempat kerja ditata dengan baik dan memudahkan anda dalam beraktivitas.				
9	Tempat kerja saudara dalam memberikan pelayanan memiliki penerangan yang cukup				
10	Pimpinan memberikan penghargaan terhadap hasil kerja yang memuaskan				

F. Kinerja

Petunjuk pengisian:

Berikan tanda silang (X) pada jawaban pertanyaan di bawah ini

Nilai 4 Bila selalu dilakukan

Nilai 3 Bila sering dilakukan

Nilai 2 Bila jarang dilakukan

Nilai 1 Bila tidak pernah dilakukan

1. Standar pengkajian

No	Pernyataan	Skor			
		1	2	3	4
1	Pengumpulan data berdasarkan keadaan dan kebutuhan pasien				
2	Pengumpulan data dengan menggunakan teknik-teknik yang tepat				
3	Pengumpulan data melibatkan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lain				
4	Proses pengumpulan data dilakukan sistematis dan terus menerus				
5	Merumuskan masalah sesuai kebutuhan Maslow				

2. Standar diagnosis

No	Pernyataan	Skor			
		1	2	3	4
1	Diagnosa perawatan berasal dari pengkajian data				
2	Diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan SAK (Standar Asuhan Keperawatan) yang telah ditetapkan.				
3	Diagnosa keperawatan didokumentasikan dengan cara yang mempermudah rencana dan tujuan keperawatan.				

3. Standar perencanaan

No	Pernyataan	Skor			
		1	2	3	4
1	Rencana keperawatan bersifat individual terhadap kebutuhan pasien				
2	Rencana keperawatan dikembangkan bersama pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lain				
3	Rencana keperawatan merupakan sesuatu yang realistis yang berhubungan dengan kebutuhan pasien				
4	Tujuan dari suatu keperawatan merupakan sesuatu yang dapat diukur dan dicapai sesuai keadaan pasien				
5	Rencana keperawatan dapat memberikan arah serta berkelanjutan.				

4. Standar implementasi

No	Pernyataan	Skor			
		1	2	3	4
1	Tindakan keperawatan harus sesuai dengan rencana yang ditetapkan.				
2	Tindakan keperawatan harus mempertimbangkan keamanan dan kenyamanan serta ketepatan.				
3	Tindakan keperawatan dilakukan sesuai SOP keperawatan.				
4	Tindakan keperawatan didokumentasikan.				

5. Standar evaluasi

No	Pernyataan	Skor			
		1	2	3	4
1	Evaluasi merupakan sesuatu yang sistematis dan terus menerus				
2	Respon pasien terhadap tindakan keperawatan didokumentasikan				
3	Keefektifan tindakan keperawatan dievaluasi yang berhubungan dengan tujuan				
4	Mengkaji ulang sebagai penilaian diagnosis dan rencana keperawatan				
5	Evaluasi melibatkan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lain				

Lampiran 2. Tabulasi Data

Frequencies

Frequency Table

X11_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	3	2.3	2.3	2.3
	2.00	18	14.1	14.1	16.4
	3.00	21	16.4	16.4	32.8
	4.00	86	67.2	67.2	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X11_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	5	3.9	3.9	3.9
	2.00	16	12.5	12.5	16.4
	3.00	43	33.6	33.6	50.0
	4.00	64	50.0	50.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X11_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	6	4.7	4.7	4.7
	2.00	23	18.0	18.0	22.7
	3.00	63	49.2	49.2	71.9
	4.00	36	28.1	28.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X11_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	17	13.3	13.3	13.3
	2.00	25	19.5	19.5	32.8
	3.00	48	37.5	37.5	70.3
	4.00	38	29.7	29.7	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X11_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	52	40.6	40.6	40.6
	2.00	25	19.5	19.5	60.2

3.00	24	18.8	18.8	78.9
4.00	27	21.1	21.1	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X1_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8.00	2	1.6	1.6	1.6
	9.00	3	2.3	2.3	3.9
	10.00	4	3.1	3.1	7.0
	11.00	9	7.0	7.0	14.1
	12.00	11	8.6	8.6	22.7
	13.00	17	13.3	13.3	35.9
	14.00	14	10.9	10.9	46.9
	15.00	10	7.8	7.8	54.7
	16.00	13	10.2	10.2	64.8
	17.00	17	13.3	13.3	78.1
	18.00	16	12.5	12.5	90.6
	19.00	8	6.3	6.3	96.9
	20.00	4	3.1	3.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X12_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	4	3.1	3.1	4.7
	3.00	8	6.3	6.3	10.9
	4.00	114	89.1	89.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X12_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	10	7.8	7.8	7.8
	2.00	18	14.1	14.1	21.9
	3.00	42	32.8	32.8	54.7
	4.00	58	45.3	45.3	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X12_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	6	4.7	4.7	4.7
	2.00	6	4.7	4.7	9.4
	3.00	33	25.8	25.8	35.2
	4.00	83	64.8	64.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X12_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	9	7.0	7.0	8.6
	3.00	26	20.3	20.3	28.9
	4.00	91	71.1	71.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X12_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	4	3.1	3.1	3.1
	2.00	7	5.5	5.5	8.6
	3.00	41	32.0	32.0	40.6

4.00	76	59.4	59.4	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5.00	1	.8	.8	.8
6.00	1	.8	.8	1.6
10.00	1	.8	.8	2.3
11.00	1	.8	.8	3.1
13.00	3	2.3	2.3	5.5
14.00	7	5.5	5.5	10.9
15.00	2	1.6	1.6	12.5
16.00	12	9.4	9.4	21.9
17.00	19	14.8	14.8	36.7
18.00	35	27.3	27.3	64.1
19.00	14	10.9	10.9	75.0
20.00	32	25.0	25.0	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X13_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	4	3.1	3.1	4.7
	3.00	8	6.3	6.3	10.9
	4.00	114	89.1	89.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X13_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	2	1.6	1.6	3.1
	3.00	7	5.5	5.5	8.6
	4.00	117	91.4	91.4	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X13_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	2	1.6	1.6	3.1
	3.00	8	6.3	6.3	9.4
	4.00	116	90.6	90.6	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X13_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	2	1.6	1.6	3.1
	3.00	9	7.0	7.0	10.2
	4.00	115	89.8	89.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X13_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6

2.00	1	.8	.8	2.3
3.00	8	6.3	6.3	8.6
4.00	117	91.4	91.4	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X13_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	3	2.3	2.3	3.1
	3.00	6	4.7	4.7	7.8
	4.00	118	92.2	92.2	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X13_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	3	2.3	2.3	3.1

3.00	10	7.8	7.8	10.9
4.00	114	89.1	89.1	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X13_8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	2	1.6	1.6	1.6
2.00	3	2.3	2.3	3.9
3.00	9	7.0	7.0	10.9
4.00	114	89.1	89.1	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 8.00	1	.8	.8	.8
10.00	1	.8	.8	1.6
17.00	1	.8	.8	2.3
24.00	3	2.3	2.3	4.7
27.00	3	2.3	2.3	7.0
28.00	5	3.9	3.9	10.9
29.00	3	2.3	2.3	13.3
30.00	7	5.5	5.5	18.8

31.00	4	3.1	3.1	21.9
32.00	100	78.1	78.1	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X14_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	7	5.5	5.5	5.5
2.00	7	5.5	5.5	10.9
3.00	24	18.8	18.8	29.7
4.00	90	70.3	70.3	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X14_2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	18	14.1	14.1	14.1
2.00	16	12.5	12.5	26.6
3.00	24	18.8	18.8	45.3
4.00	70	54.7	54.7	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X14_3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	1.00	3	2.3	2.3	2.3
	2.00	1	.8	.8	3.1
	3.00	18	14.1	14.1	17.2
	4.00	106	82.8	82.8	100.0
Total		128	100.0	100.0	

X14_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	11	8.6	8.6	10.2
	3.00	53	41.4	41.4	51.6
	4.00	62	48.4	48.4	100.0
Total		128	100.0	100.0	

X14_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	5	3.9	3.9	3.9
	2.00	12	9.4	9.4	13.4
	3.00	36	28.1	28.3	41.7
	4.00	74	57.8	58.3	100.0

X14_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	5	3.9	3.9	3.9
	2.00	12	9.4	9.4	13.4
	3.00	36	28.1	28.3	41.7
	4.00	74	57.8	58.3	100.0
	Total	128	100.0		

X14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5.00	1	.8	.8	.8
	7.00	1	.8	.8	1.6
	9.00	1	.8	.8	2.3
	10.00	1	.8	.8	3.1
	11.00	2	1.6	1.6	4.7
	12.00	1	.8	.8	5.5
	13.00	7	5.5	5.5	10.9
	14.00	3	2.3	2.3	13.3
	15.00	7	5.5	5.5	18.8

16.00	12	9.4	9.4	28.1
17.00	22	17.2	17.2	45.3
18.00	20	15.6	15.6	60.9
19.00	27	21.1	21.1	82.0
20.00	23	18.0	18.0	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X15_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	2	1.6	1.6	1.6
2.00	14	10.9	10.9	12.5
3.00	47	36.7	36.7	49.2
4.00	65	50.8	50.8	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X15_2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	16	12.5	12.5	12.5
2.00	29	22.7	22.7	35.2
3.00	40	31.3	31.3	66.4

	4.00	43	33.6	33.6	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X15_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	13	10.2	10.2	10.2
	2.00	23	18.0	18.0	28.1
	3.00	31	24.2	24.2	52.3
	4.00	61	47.7	47.7	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X15_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	32	25.0	25.0	25.0
	2.00	28	21.9	21.9	46.9
	3.00	28	21.9	21.9	68.8
	4.00	40	31.3	31.3	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X15_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	24	18.8	18.8	18.8
	2.00	12	9.4	9.4	28.1
	3.00	31	24.2	24.2	52.3
	4.00	61	47.7	47.7	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7.00	2	1.6	1.6	1.6
	8.00	1	.8	.8	2.3
	9.00	7	5.5	5.5	7.8
	10.00	8	6.3	6.3	14.1
	11.00	6	4.7	4.7	18.8
	12.00	12	9.4	9.4	28.1
	13.00	4	3.1	3.1	31.3
	14.00	10	7.8	7.8	39.1
	15.00	17	13.3	13.3	52.3
	16.00	18	14.1	14.1	66.4
	17.00	12	9.4	9.4	75.8
	18.00	9	7.0	7.0	82.8
	19.00	6	4.7	4.7	87.5
	20.00	16	12.5	12.5	100.0

X15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7.00	2	1.6	1.6	1.6
	8.00	1	.8	.8	2.3
	9.00	7	5.5	5.5	7.8
	10.00	8	6.3	6.3	14.1
	11.00	6	4.7	4.7	18.8
	12.00	12	9.4	9.4	28.1
	13.00	4	3.1	3.1	31.3
	14.00	10	7.8	7.8	39.1
	15.00	17	13.3	13.3	52.3
	16.00	18	14.1	14.1	66.4
	17.00	12	9.4	9.4	75.8
	18.00	9	7.0	7.0	82.8
	19.00	6	4.7	4.7	87.5
	20.00	16	12.5	12.5	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X16_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	30	23.4	23.4	23.4
	2.00	33	25.8	25.8	49.2
	3.00	21	16.4	16.4	65.6
	4.00	44	34.4	34.4	100.0

X15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7.00	2	1.6	1.6	1.6
	8.00	1	.8	.8	2.3
	9.00	7	5.5	5.5	7.8
	10.00	8	6.3	6.3	14.1
	11.00	6	4.7	4.7	18.8
	12.00	12	9.4	9.4	28.1
	13.00	4	3.1	3.1	31.3
	14.00	10	7.8	7.8	39.1
	15.00	17	13.3	13.3	52.3
	16.00	18	14.1	14.1	66.4
	17.00	12	9.4	9.4	75.8
	18.00	9	7.0	7.0	82.8
	19.00	6	4.7	4.7	87.5
	20.00	16	12.5	12.5	100.0
Total		128	100.0	100.0	

X16_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	19	14.8	14.8	14.8
	2.00	41	32.0	32.0	46.9

	3.00	34	26.6	26.6	73.4
	4.00	34	26.6	26.6	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X16_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	9	7.0	7.0	7.0
	2.00	35	27.3	27.3	34.4
	3.00	48	37.5	37.5	71.9
	4.00	36	28.1	28.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X16_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	14	10.9	10.9	10.9
	2.00	25	19.5	19.5	30.5
	3.00	50	39.1	39.1	69.5
	4.00	39	30.5	30.5	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X16_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	19	14.8	14.8	14.8
	2.00	31	24.2	24.2	39.1
	3.00	42	32.8	32.8	71.9
	4.00	36	28.1	28.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5.00	1	.8	.8	.8
	6.00	8	6.3	6.3	7.0
	7.00	4	3.1	3.1	10.2
	8.00	4	3.1	3.1	13.3
	9.00	3	2.3	2.3	15.6
	10.00	19	14.8	14.8	30.5
	11.00	6	4.7	4.7	35.2
	12.00	9	7.0	7.0	42.2
	13.00	3	2.3	2.3	44.5
	14.00	14	10.9	10.9	55.5

15.00	10	7.8	7.8	63.3
16.00	5	3.9	3.9	67.2
17.00	8	6.3	6.3	73.4
18.00	7	5.5	5.5	78.9
19.00	9	7.0	7.0	85.9
20.00	18	14.1	14.1	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 58.00	1	.8	.8	.8
61.00	1	.8	.8	1.6
80.00	2	1.6	1.6	3.1
82.00	1	.8	.8	3.9
84.00	1	.8	.8	4.7
85.00	2	1.6	1.6	6.3
88.00	1	.8	.8	7.0
89.00	1	.8	.8	7.8
93.00	1	.8	.8	8.6
94.00	2	1.6	1.6	10.2
95.00	3	2.3	2.3	12.5
97.00	5	3.9	3.9	16.4
99.00	2	1.6	1.6	18.0

100.00	1	.8	.8	18.8
101.00	3	2.3	2.3	21.1
102.00	2	1.6	1.6	22.7
103.00	4	3.1	3.1	25.8
104.00	3	2.3	2.3	28.1
105.00	5	3.9	3.9	32.0
106.00	4	3.1	3.1	35.2
107.00	1	.8	.8	35.9
108.00	2	1.6	1.6	37.5
109.00	1	.8	.8	38.3
110.00	6	4.7	4.7	43.0
111.00	6	4.7	4.7	47.7
112.00	12	9.4	9.4	57.0
113.00	7	5.5	5.5	62.5
114.00	9	7.0	7.0	69.5
115.00	9	7.0	7.0	76.6
116.00	3	2.3	2.3	78.9
117.00	2	1.6	1.6	80.5
118.00	2	1.6	1.6	82.0
120.00	4	3.1	3.1	85.2
121.00	1	.8	.8	85.9
122.00	3	2.3	2.3	88.3
123.00	2	1.6	1.6	89.8

124.00	1	.8	.8	90.6
125.00	1	.8	.8	91.4
127.00	1	.8	.8	92.2
128.00	5	3.9	3.9	96.1
129.00	3	2.3	2.3	98.4
130.00	1	.8	.8	99.2
132.00	1	.8	.8	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X2_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	21	16.4	16.4	16.4
	2.00	20	15.6	15.6	32.0
	3.00	59	46.1	46.1	78.1
	4.00	28	21.9	21.9	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	18	14.1	14.1	14.1
	2.00	29	22.7	22.7	36.7
	3.00	54	42.2	42.2	78.9
	4.00	27	21.1	21.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	3	2.3	2.3	2.3
	2.00	53	41.4	41.4	43.8
	3.00	58	45.3	45.3	89.1
	4.00	14	10.9	10.9	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	23	18.0	18.0	19.5
	3.00	103	80.5	80.5	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	13	10.2	10.2	10.2
	2.00	5	3.9	3.9	14.1
	3.00	110	85.9	85.9	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	3	2.3	2.3	2.3
	2.00	57	44.5	44.5	46.9
	3.00	68	53.1	53.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	23	18.0	18.0	18.0
	2.00	18	14.1	14.1	32.0
	3.00	87	68.0	68.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	45	35.2	35.2	36.7
	3.00	54	42.2	42.2	78.9
	4.00	27	21.1	21.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	17	13.3	13.3	13.3
	2.00	35	27.3	27.3	40.6
	3.00	76	59.4	59.4	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	20	15.6	15.6	15.6
	2.00	40	31.3	31.3	46.9
	3.00	68	53.1	53.1	100.0

X2_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	20	15.6	15.6	15.6
	2.00	40	31.3	31.3	46.9
	3.00	68	53.1	53.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14.00	12	9.4	9.4	9.4
	15.00	5	3.9	3.9	13.3
	19.00	6	4.7	4.7	18.0
	26.00	13	10.2	10.2	28.1
	27.00	5	3.9	3.9	32.0
	28.00	51	39.8	39.8	71.9
	30.00	17	13.3	13.3	85.2
	31.00	9	7.0	7.0	92.2
	32.00	10	7.8	7.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X3_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	14	10.9	10.9	10.9
	2.00	29	22.7	22.7	33.6
	3.00	45	35.2	35.2	68.8
	4.00	40	31.3	31.3	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X3_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	26	20.3	20.3	20.3
	2.00	48	37.5	37.5	57.8
	3.00	22	17.2	17.2	75.0
	4.00	32	25.0	25.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X3_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	9	7.0	7.0	7.0
	2.00	41	32.0	32.0	39.1
	3.00	48	37.5	37.5	76.6
	4.00	30	23.4	23.4	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X3_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	26	20.3	20.3	20.3
	2.00	36	28.1	28.1	48.4
	3.00	27	21.1	21.1	69.5
	4.00	39	30.5	30.5	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X3_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	26	20.3	20.3	20.3
	2.00	43	33.6	33.6	53.9
	3.00	21	16.4	16.4	70.3
	4.00	38	29.7	29.7	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X3_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	4	3.1	3.1	3.1

2.00	22	17.2	17.2	20.3
3.00	62	48.4	48.4	68.8
4.00	40	31.3	31.3	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X3_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	3	2.3	2.3	2.3
	2.00	4	3.1	3.1	5.5
	3.00	76	59.4	59.4	64.8
	4.00	45	35.2	35.2	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X3_8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	4	3.1	3.1	3.1
	2.00	5	3.9	3.9	7.0
	3.00	73	57.0	57.0	64.1

4.00	46	35.9	35.9	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X3_9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	3	2.3	2.3	2.3
2.00	31	24.2	24.2	26.6
3.00	60	46.9	46.9	73.4
4.00	34	26.6	26.6	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X3_10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	3	2.3	2.3	2.3
2.00	3	2.3	2.3	4.7
3.00	92	71.9	71.9	76.6
4.00	30	23.4	23.4	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.00	1	.8	.8	.8
	15.00	1	.8	.8	1.6
	17.00	2	1.6	1.6	3.1
	20.00	2	1.6	1.6	4.7
	21.00	8	6.3	6.3	10.9
	22.00	5	3.9	3.9	14.8
	23.00	5	3.9	3.9	18.8
	24.00	19	14.8	14.8	33.6
	25.00	11	8.6	8.6	42.2
	26.00	7	5.5	5.5	47.7
	27.00	2	1.6	1.6	49.2
	28.00	1	.8	.8	50.0
	29.00	4	3.1	3.1	53.1
	30.00	6	4.7	4.7	57.8
	31.00	3	2.3	2.3	60.2
	32.00	5	3.9	3.9	64.1
	33.00	8	6.3	6.3	70.3
	34.00	6	4.7	4.7	75.0
	35.00	3	2.3	2.3	77.3
	36.00	7	5.5	5.5	82.8
	37.00	5	3.9	3.9	86.7
	38.00	4	3.1	3.1	89.8

39.00	4	3.1	3.1	93.0
40.00	9	7.0	7.0	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X4_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	7	5.5	5.5	5.5
	3.00	58	45.3	45.3	50.8
	4.00	63	49.2	49.2	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	14	10.9	10.9	11.7
	3.00	57	44.5	44.5	56.3
	4.00	56	43.8	43.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	6	4.7	4.7	4.7
	3.00	77	60.2	60.2	64.8
	4.00	45	35.2	35.2	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	36	28.1	28.1	29.7
	3.00	43	33.6	33.6	63.3
	4.00	47	36.7	36.7	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	24	18.8	18.8	18.8
	3.00	78	60.9	60.9	79.7
	4.00	26	20.3	20.3	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	6	4.7	4.7	4.7
	2.00	31	24.2	24.2	28.9
	3.00	68	53.1	53.1	82.0
	4.00	23	18.0	18.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	10	7.8	7.8	7.8
	2.00	37	28.9	28.9	36.7
	3.00	62	48.4	48.4	85.2
	4.00	19	14.8	14.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	25	19.5	19.5	21.1
	3.00	71	55.5	55.5	76.6
	4.00	30	23.4	23.4	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	3	2.3	2.3	2.3
	2.00	19	14.8	14.8	17.2
	3.00	77	60.2	60.2	77.3
	4.00	29	22.7	22.7	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	16	12.5	12.5	12.5
	2.00	39	30.5	30.5	43.0
	3.00	40	31.3	31.3	74.2
	4.00	33	25.8	25.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

X4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.00	1	.8	.8	.8
	19.00	1	.8	.8	1.6
	20.00	1	.8	.8	2.3
	21.00	2	1.6	1.6	3.9
	22.00	2	1.6	1.6	5.5
	23.00	5	3.9	3.9	9.4
	24.00	1	.8	.8	10.2
	25.00	5	3.9	3.9	14.1
	26.00	2	1.6	1.6	15.6
	27.00	23	18.0	18.0	33.6
	28.00	10	7.8	7.8	41.4
	29.00	10	7.8	7.8	49.2
	30.00	5	3.9	3.9	53.1
	31.00	8	6.3	6.3	59.4
	32.00	7	5.5	5.5	64.8
	33.00	8	6.3	6.3	71.1
	34.00	9	7.0	7.0	78.1
	35.00	3	2.3	2.3	80.5
	36.00	2	1.6	1.6	82.0
	37.00	12	9.4	9.4	91.4
	38.00	1	.8	.8	92.2
	39.00	3	2.3	2.3	94.5
	40.00	7	5.5	5.5	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y1_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	4	3.1	3.1	3.9
	3.00	53	41.4	41.4	45.3
	4.00	70	54.7	54.7	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y1_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	5	3.9	3.9	3.9
	3.00	61	47.7	47.7	51.6
	4.00	62	48.4	48.4	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y1_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	8	6.3	6.3	7.8
	3.00	58	45.3	45.3	53.1
	4.00	60	46.9	46.9	100.0

Y1_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	8	6.3	6.3	7.8
	3.00	58	45.3	45.3	53.1
	4.00	60	46.9	46.9	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y1_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	5	3.9	3.9	4.7
	3.00	59	46.1	46.1	50.8
	4.00	63	49.2	49.2	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y1_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	12	9.4	9.4	10.2
	3.00	49	38.3	38.3	48.4

4.00	66	51.6	51.6	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7.00	1	.8	.8	.8
12.00	1	.8	.8	1.6
13.00	3	2.3	2.3	3.9
14.00	9	7.0	7.0	10.9
15.00	27	21.1	21.1	32.0
16.00	12	9.4	9.4	41.4
17.00	8	6.3	6.3	47.7
18.00	17	13.3	13.3	60.9
19.00	26	20.3	20.3	81.3
20.00	24	18.8	18.8	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y2_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2.00	2	1.6	1.6	1.6
3.00	22	17.2	17.2	18.8
4.00	104	81.3	81.3	100.0

Y2_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	2	1.6	1.6	1.6
	3.00	22	17.2	17.2	18.8
	4.00	104	81.3	81.3	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y2_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	1	.8	.8	1.6
	3.00	46	35.9	35.9	37.5
	4.00	80	62.5	62.5	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y2_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	4	3.1	3.1	3.1
	3.00	32	25.0	25.0	28.1
	4.00	92	71.9	71.9	100.0

Y2_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	4	3.1	3.1	3.1
	3.00	32	25.0	25.0	28.1
	4.00	92	71.9	71.9	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6.00	2	1.6	1.6	1.6
	7.00	1	.8	.8	2.3
	8.00	1	.8	.8	3.1
	9.00	11	8.6	8.6	11.7
	10.00	14	10.9	10.9	22.7
	11.00	35	27.3	27.3	50.0
	12.00	64	50.0	50.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y3_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	7	5.5	5.5	7.0
	3.00	36	28.1	28.1	35.2
	4.00	83	64.8	64.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y3_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	4	3.1	3.1	3.1
	2.00	10	7.8	7.8	10.9
	3.00	41	32.0	32.0	43.0
	4.00	73	57.0	57.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y3_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	4	3.1	3.1	3.9
	3.00	49	38.3	38.3	42.2
	4.00	74	57.8	57.8	100.0

Y3_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	4	3.1	3.1	3.9
	3.00	49	38.3	38.3	42.2
	4.00	74	57.8	57.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y3_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	5	3.9	3.9	4.7
	3.00	54	42.2	42.2	46.9
	4.00	68	53.1	53.1	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y3_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	4	3.1	3.1	4.7
	3.00	51	39.8	39.8	44.5
	4.00	71	55.5	55.5	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7.00	1	.8	.8	.8
	11.00	1	.8	.8	1.6
	12.00	3	2.3	2.3	3.9
	13.00	3	2.3	2.3	6.3
	14.00	1	.8	.8	7.0
	15.00	14	10.9	10.9	18.0
	16.00	9	7.0	7.0	25.0
	17.00	31	24.2	24.2	49.2
	18.00	16	12.5	12.5	61.7
	19.00	17	13.3	13.3	75.0
	20.00	32	25.0	25.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y4_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	3	2.3	2.3	3.9
	3.00	27	21.1	21.1	25.0

	4.00	96	75.0	75.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y4_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	5	3.9	3.9	3.9
	3.00	35	27.3	27.3	31.3
	4.00	88	68.8	68.8	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y4_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	.8	.8	.8
	2.00	2	1.6	1.6	2.3
	3.00	29	22.7	22.7	25.0
	4.00	96	75.0	75.0	100.0
	Total	128	100.0	100.0	

Y4_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	2	1.6	1.6	3.1
	3.00	20	15.6	15.6	18.8

4.00	104	81.3	81.3	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 8.00	1	.8	.8	.8
9.00	2	1.6	1.6	2.3
11.00	2	1.6	1.6	3.9
12.00	14	10.9	10.9	14.8
13.00	6	4.7	4.7	19.5
14.00	14	10.9	10.9	30.5
15.00	16	12.5	12.5	43.0
16.00	73	57.0	57.0	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y5_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	2	1.6	1.6	1.6
2.00	4	3.1	3.1	4.7
3.00	45	35.2	35.2	39.8

4.00	77	60.2	60.2	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y5_2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	1	.8	.8	.8
2.00	23	18.0	18.0	18.8
3.00	29	22.7	22.7	41.4
4.00	75	58.6	58.6	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y5_3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	3	2.3	2.3	2.3
2.00	5	3.9	3.9	6.3
3.00	58	45.3	45.3	51.6
4.00	62	48.4	48.4	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y5_4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	1.00	2	1.6	1.6	1.6
	2.00	19	14.8	14.8	16.4
	3.00	39	30.5	30.5	46.9
	4.00	68	53.1	53.1	100.0
Total		128	100.0	100.0	

Y5_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	3	2.3	2.3	2.3
	2.00	8	6.3	6.3	8.6
	3.00	45	35.2	35.2	43.8
	4.00	72	56.3	56.3	100.0
Total		128	100.0	100.0	

Y5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8.00	3	2.3	2.3	2.3
	11.00	1	.8	.8	3.1
	13.00	16	12.5	12.5	15.6
	14.00	7	5.5	5.5	21.1
	15.00	12	9.4	9.4	30.5
	16.00	5	3.9	3.9	34.4

17.00	16	12.5	12.5	46.9
18.00	12	9.4	9.4	56.3
19.00	16	12.5	12.5	68.8
20.00	40	31.3	31.3	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45.00	1	.8	.8	.8
	46.00	1	.8	.8	1.6
	57.00	1	.8	.8	2.3
	58.00	3	2.3	2.3	4.7
	64.00	2	1.6	1.6	6.3
	66.00	7	5.5	5.5	11.7
	69.00	1	.8	.8	12.5
	70.00	4	3.1	3.1	15.6
	71.00	1	.8	.8	16.4
	72.00	14	10.9	10.9	27.3
	73.00	4	3.1	3.1	30.5
	74.00	9	7.0	7.0	37.5
	75.00	1	.8	.8	38.3
	76.00	2	1.6	1.6	39.8
	77.00	6	4.7	4.7	44.5
	78.00	3	2.3	2.3	46.9

79.00	2	1.6	1.6	48.4
80.00	6	4.7	4.7	53.1
81.00	9	7.0	7.0	60.2
82.00	6	4.7	4.7	64.8
83.00	7	5.5	5.5	70.3
84.00	5	3.9	3.9	74.2
85.00	8	6.3	6.3	80.5
86.00	6	4.7	4.7	85.2
87.00	3	2.3	2.3	87.5
88.00	16	12.5	12.5	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		X1	X2	X3	X4	Y
N	Valid	128	128	128	128	128
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	109.1484	26.3047	29.0313	30.4141	77.7031
	Median	112.0000	28.0000	28.5000	30.0000	80.0000
	Std. Deviation	12.67404	5.38379	6.59269	5.22491	8.63828

Variance	160.631	28.985	43.464	27.300	74.620
Minimum	58.00	14.00	12.00	13.00	45.00
Maximum	132.00	32.00	40.00	40.00	88.00

Frequency Table

X1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	58.00	1	.8	.8	.8
	61.00	1	.8	.8	1.6
	80.00	2	1.6	1.6	3.1
	82.00	1	.8	.8	3.9
	84.00	1	.8	.8	4.7
	85.00	2	1.6	1.6	6.3
	88.00	1	.8	.8	7.0
	89.00	1	.8	.8	7.8
	93.00	1	.8	.8	8.6
	94.00	2	1.6	1.6	10.2
	95.00	3	2.3	2.3	12.5
	97.00	5	3.9	3.9	16.4
	99.00	2	1.6	1.6	18.0
	100.00	1	.8	.8	18.8
	101.00	3	2.3	2.3	21.1

102.00	2	1.6	1.6	22.7
103.00	4	3.1	3.1	25.8
104.00	3	2.3	2.3	28.1
105.00	5	3.9	3.9	32.0
106.00	4	3.1	3.1	35.2
107.00	1	.8	.8	35.9
108.00	2	1.6	1.6	37.5
109.00	1	.8	.8	38.3
110.00	6	4.7	4.7	43.0
111.00	6	4.7	4.7	47.7
112.00	12	9.4	9.4	57.0
113.00	7	5.5	5.5	62.5
114.00	9	7.0	7.0	69.5
115.00	9	7.0	7.0	76.6
116.00	3	2.3	2.3	78.9
117.00	2	1.6	1.6	80.5
118.00	2	1.6	1.6	82.0
120.00	4	3.1	3.1	85.2
121.00	1	.8	.8	85.9
122.00	3	2.3	2.3	88.3
123.00	2	1.6	1.6	89.8
124.00	1	.8	.8	90.6
125.00	1	.8	.8	91.4

127.00	1	.8	.8	92.2
128.00	5	3.9	3.9	96.1
129.00	3	2.3	2.3	98.4
130.00	1	.8	.8	99.2
132.00	1	.8	.8	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14.00	12	9.4	9.4	9.4
	15.00	5	3.9	3.9	13.3
	19.00	6	4.7	4.7	18.0
	26.00	13	10.2	10.2	28.1
	27.00	5	3.9	3.9	32.0
	28.00	51	39.8	39.8	71.9
	30.00	17	13.3	13.3	85.2
	31.00	9	7.0	7.0	92.2
	32.00	10	7.8	7.8	100.0
Total		128	100.0	100.0	

X3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.00	1	.8	.8	.8
	15.00	1	.8	.8	1.6
	17.00	2	1.6	1.6	3.1
	20.00	2	1.6	1.6	4.7
	21.00	8	6.3	6.3	10.9
	22.00	5	3.9	3.9	14.8
	23.00	5	3.9	3.9	18.8
	24.00	19	14.8	14.8	33.6
	25.00	11	8.6	8.6	42.2
	26.00	7	5.5	5.5	47.7
	27.00	2	1.6	1.6	49.2
	28.00	1	.8	.8	50.0
	29.00	4	3.1	3.1	53.1
	30.00	6	4.7	4.7	57.8
	31.00	3	2.3	2.3	60.2
	32.00	5	3.9	3.9	64.1
	33.00	8	6.3	6.3	70.3
	34.00	6	4.7	4.7	75.0
	35.00	3	2.3	2.3	77.3
	36.00	7	5.5	5.5	82.8
	37.00	5	3.9	3.9	86.7

38.00	4	3.1	3.1	89.8
39.00	4	3.1	3.1	93.0
40.00	9	7.0	7.0	100.0
Total	128	100.0	100.0	

X4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.00	1	.8	.8	.8
	19.00	1	.8	.8	1.6
	20.00	1	.8	.8	2.3
	21.00	2	1.6	1.6	3.9
	22.00	2	1.6	1.6	5.5
	23.00	5	3.9	3.9	9.4
	24.00	1	.8	.8	10.2
	25.00	5	3.9	3.9	14.1
	26.00	2	1.6	1.6	15.6
	27.00	23	18.0	18.0	33.6
	28.00	10	7.8	7.8	41.4
	29.00	10	7.8	7.8	49.2
	30.00	5	3.9	3.9	53.1
	31.00	8	6.3	6.3	59.4

32.00	7	5.5	5.5	64.8
33.00	8	6.3	6.3	71.1
34.00	9	7.0	7.0	78.1
35.00	3	2.3	2.3	80.5
36.00	2	1.6	1.6	82.0
37.00	12	9.4	9.4	91.4
38.00	1	.8	.8	92.2
39.00	3	2.3	2.3	94.5
40.00	7	5.5	5.5	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Y

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45.00	1	.8	.8	.8
	46.00	1	.8	.8	1.6
	57.00	1	.8	.8	2.3
	58.00	3	2.3	2.3	4.7
	64.00	2	1.6	1.6	6.3
	66.00	7	5.5	5.5	11.7
	69.00	1	.8	.8	12.5
	70.00	4	3.1	3.1	15.6
	71.00	1	.8	.8	16.4
	72.00	14	10.9	10.9	27.3

73.00	4	3.1	3.1	30.5
74.00	9	7.0	7.0	37.5
75.00	1	.8	.8	38.3
76.00	2	1.6	1.6	39.8
77.00	6	4.7	4.7	44.5
78.00	3	2.3	2.3	46.9
79.00	2	1.6	1.6	48.4
80.00	6	4.7	4.7	53.1
81.00	9	7.0	7.0	60.2
82.00	6	4.7	4.7	64.8
83.00	7	5.5	5.5	70.3
84.00	5	3.9	3.9	74.2
85.00	8	6.3	6.3	80.5
86.00	6	4.7	4.7	85.2
87.00	3	2.3	2.3	87.5
88.00	16	12.5	12.5	100.0
Total	128	100.0	100.0	