

**KINERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN ASUHAN  
KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSUD POSO  
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

*NURSES' PERFORMANCE IN THE IMPLEMENTATION OF NURSING CARE  
IN STAYING – IN WHARD OF REGIONAL PUBLIC HOSPITAL OF POSO,  
CENTRAL SULAWESI*

SELVIA MALONDA  
P1805206509



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008**

JURNAL

**KINERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN ASUHAN  
KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSUD POSO  
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

*NURSES' PERFORMANCE IN THE IMPLEMENTATION OF NURSING CARE  
IN STAYING – IN WHARD OF REGIONAL PUBLIC HOSPITAL OF POSO,  
CENTRAL SULAWESI*

SELVIA MALONDA  
P1805206509



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008**

**KINERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN ASUHAN  
KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSUD POSO**

***NURSE PERFORMANCE IN IMPLEMENTATION OF NURSING  
UPBRINGING IN ROOM TAKE CARE OF TO LODGE THE RSUD POSO***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Promosi Kesehatan

Disusun dan diajukan oleh

SELVIA MALONDA

P1805206509

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008**

**TESIS**  
**KINERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN ASUHAN**  
**KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP**  
**RSUD POSO**

Disusun dan diajukan oleh :

**SELVIA MALONDA**

Nomor Pokok P 1805206509

Telah dipertahankan didepan panitia ujian tesis  
pada Tanggal 23 juni 2008  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasihat

**Dr. Ridwan M. Thaha, MSc**

Ketua

**Dr. dr. Buraerah H. Abd. Hakim, MSc**

Anggota

Mengetahui

Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat PPS Unhas

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin

**Dr. Drg. A. Zulkifli Abdullah, M.S**

**Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, MSc**

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, terutama penulis atas selesainya penulisan tesis ini. Tesis ini disadari oleh penulis bahwa masih terdapat banyak kekurangan dan kelemahan dalam penyajiannya, sehingga melalui prakata ini penulis dengan kerendahan hati akan membuka diri terhadap segala macam saran, kritikan yang sifatnya ilmiah dan membangun dalam rangka penyempurnaan lebih lanjut. Penulis menyadari bahwa terselesainya tesis ini tidak lepas dari bimbingan dan petunjuk, bantuan, saran dan motivasi dari berbagai pihak, karena pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang seluas-luasnya kepada :

- a. Prof. Dr.dr. A. Razak Thaha, MSc. Selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
- b. Dr.drg. A. Zulkifli Abdullah, MKes selaku ketua Pogram Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
- c. Dr.dr.Muh.Syafar,MS. selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan sekaligus sebagai penguji dalam penyelesaian tesis ini..
- d. Dr. Ridwan. M. Thaha, MSc, selaku Ketua Komisi Penasehat, terima kasih atas bimbingan dan kesabarannya.
- e. Dr. dr. Buraerah A. Hakim, M.Sc, selaku Anggota Komisi Penasehat, terima kasih atas bimbingan dan kesabarannya.
- f. Prof. Dr. dr. H.M. Rusli Ngatimin, MPH selaku penguji dalam penyelesaian tesis ini

- g. Dr. Asiah Hamzah, Dra, MA, selaku penguji dalam penyelesaian tesis ini.
- h. Segenap dosen dan Karyawan di lingkungan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
- i. Bapak Bupati Kepala Daerah Kabupaten Poso, Drs. Piet. Ingkiriwang, MM atas perkenaan dan restunya untuk melanjutkan pendidikan ke Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
- j. Bapak Direktur Politeknik kesehatan Palu, Udin Djabu SKM, M.kes, atas izinnya untuk melanjutkan pendidikan ke Program Pasca sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- k. Ibu Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Poso, atas izinnya untuk melakukan penelitian di RSUD Poso.
- l. Seluruh rekan-rekan mahasiswa angkatan 2006 yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu, kalian adalah teman-teman yang menyenangkan.
- m. Kepada kedua orang tua tercinta dan saudara-saudara dengan penuh kesabaran memberikan motivasi kepada penulis.
- n. Terkhusus yang tercinta suamiku, dan anak-anakku, yang begitu agresif memberikan dorongan spirit dan perhatiannya dalam proses perkuliahan sampai tahap penyelesaian.

Akhirnya semoga karya ilmiah ini bermanfaat adanya bagi pengembangan ilmu pengetahuan, agama, nusa dan bangsa.

Makassar, Juni 2008

Selvia Malonda

## ABSTRAK

SELVIA MALONDA. Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Diruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah (Dibimbing oleh Ridwan M. Thaha dan Buraerah H. Abd. Hakim)

Penelitian ini bertujuan mengetahui (1) kualitas pelayanan kesehatan terhadap kinerja perawat (2) pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap kinerja perawat, (3) motivasi petugas dalam pelayanan keperawatan terhadap kinerja perawat, (4) pelayanan informasi terhadap kinerja perawat, (5) pelayanan penyaringan terhadap kinerja perawat, (6) pelayanan konseling terhadap kinerja perawat.

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso. Metode yang digunakan dalam penelitian adalah survei lapangan dengan mewawancarai 187 pasien sebagai responden. Pengambilan sampel dilakukan secara stratified proportional random sampling. Data dianalisis dengan menggunakan analisis statistik melalui tabulasi silang yang dilanjutkan dengan uji *Kendall tau*, dan *Sprearman Correlation* dan *somers'd*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar (73,3%) pasien menyatakan kinerja perawat baik dan ada hubungan yang bermakna antara kualitas pelayanan, asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan, pelayanan konseling dan Kinerja Perawat. Untuk itu, dalam meningkatkan kinerja perawat pada pelayanan kesehatan di RSUD Poso, maka perlu meningkatkan kualitas pelayanan, motivasi petugas, asuhan keperawatan, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan, dan pelayanan konseling agar tenaga perawat di RSUD Poso dapat melayani dengan mutu keperawatan prima.

Kata Kunci : Kinerja perawat, pelaksanaan asuhan keperawatan

## **ABSTRACT**

**SELVIA MALONDA.** *Nurses' Performances in the Implementation of Nursing Care in Staying-in Ward of Regional Public Hospital of Poso, Central Sulawesi* (Supervised by Ridwan M. Thaha and Buraerah H. Abd. Hakim)

This research aims to find out (1) the quality of health service of nurses' performance, (2) the implementation of nursing care of nurses' performance, (3) officials' motivation in nursing service of nurses' performance, (4) information service of nurses' performances, (5) screening service of nurses' performance, (6) counseling service of nurses' performance.

This research was carried out in Regional Public Hospital of Poso Regency. This research used cross sectional study. The data were obtained through field survey and interview to 187 patients as respondents. The sample was selected using stratified proportional random sampling method. The data were then analyzed using statistic analysis through tabulation continued by Kendall tau, Spearman Correlation, and Somers' d tests.

The results show that most of the patients (73%) say that nurses' performances is good. There is a significant correlation between service quality, nursing care, officials' motivation, information service, screening service, and counseling service, and nurses' performances. Therefore, to improve service quality, officials' motivation, nursing care, information service, screening information, and counseling service, it is suggested that the nurses at Regional Public Hospital of Poso give an optimal service to the patients.

Key words : Nurses' Performance. The implementation of nursing care



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PRAKATA	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xvii
BAB I    PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II    TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Kualitas Pelayanan Kesehatan	10

B.	Kualitas Pelayanan Petugas Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	17
C.	Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	20
D.	Motivasi Petugas Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	22
E.	Kinerja Petugas	24
F.	Kinerja Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	26
G.	Penilaian Kinerja	28
H.	Aspek Promosi Kesehatan Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	31
I.	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	42
J.	Pelayanan Penyaringan di Rumah Sakit	43
K.	Pelayanan Konseling di Rumah Sakit	46
L.	Kerangka Teori	48
M.	Kerangka Konsep Penelitian	50
N.	Hipotesis	55
BAB III	METODE PENELITIAN	56
A.	Desain Penelitian, Populasi dan Sampel	56
B.	Definisi Operasional	60
C.	Pengukuran Variabel	63
D.	Kontrol Kualitas	70
E.	Pengolahan Data	72
F.	Cara Analisis Data	73

BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	75
	A. Hasil Penelitian	75
	B. Pembahasan	104
	C. Keterbatasan Penelitian	138
BAB V	PENUTUP	140
	A. Kesimpulan	140
	B. Saran-Saran	141
	DAFTAR KEPUSTAKAAN	
	LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
1.	Penilaian Kinerja dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Berdasarkan Peringkat dalam bentuk spektrum angka (Prosentase) dan sebutannya	30
2.	Distribusi penarikan sampel menurut jenis ruang rawat inap di RSUD Poso. Kab. Poso Propinsi Sulawesi Tengah tahun 2008	58
3.	Nilai Korelasi Variabel Independen Terhadap Variabel Dependennya (hasil uji coba kuesioner sebagai kontrol kualitas) pada RSUD Ampana Kabupaten Tojo Una-Una Prov. Sulteng tahun 2008	80
4.	Tingkat Kesesuaian Kemampuan Peneliti Pemabantu dengan gold Standarnya (hasil uji coba reliabilitas atau validasi anggota peneliti Sebagai kontrol kualitas) pada Ruang rawat Inap RSUD Poso rovinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	81
5.	Distribusi Jenis Kelamin Pasien yang berobat pada Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	82
6.	Distribusi status pekerjaan pasien yang berobat pada ruang rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	82
7.	Distribusi Jenis Pekerjaan Pasien yang Berobat pada Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	83
8.	Distribusi Kelompok Umur Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah 2008	84
9.	Distribusi Tempat Berobat Lain Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	84

10.	Distribusi Tujuan Berobat di Rumah Sakit Lainnya Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	85
11.	Distribusi Frekuensi Melakukan Rawat Inap Pasien yang Dirawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	85
12.	Perhitungan Skor Intervensi Kelas Dimensi Variabel Kualitas Pelayanan Pasien pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	88
13.	Distribusi Penampilan Fisik ( <i>tangible</i> ) Kualitas Pelayanan Keperawatan Menurut Persepsi Pasien yang di Rawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	88
14.	Distribusi Kemampu Pahaman ( <i>Empathy</i> ) Kualitas Pelayanan Keperawatan Menurut Persepsi Pasien yang di Rawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah	89
15.	Distribusi Keandalan ( <i>Reliability</i> ) Kualitas Pelayanan Keperawatan Menurut Persepsi Pasien yang di Rawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	90
16.	Distribusi Ketanggapan ( <i>Responsiveness</i> ) Kualitas Pelayanan – Keperawatan Menurut Persepsi Pasien yang di Rawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	91
17.	Distribusi Jaminan Kepastian ( <i>Assurance</i> ) Kualitas Pelayanan Keperawatan Menurut Pasien yang di Rawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	92
18.	Distribusi Kualitas Pelayanan Keperawatan Menurut Persepsi Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	93

19.	Distribusi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Menurut Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	93
20.	Distribusi Motivasi Petugas Keperawatan Menurut Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	94
21.	Distribusi Pelayanan Informasi Keperawatan Menurut Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	94
22.	Distribusi Pelayanan Penyaringan Menurut Pasien yang Dirawat Inap Pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	95
23.	Distribusi Pelayanan Konseling Keperawatan Menurut Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	95
24.	Distribusi Kinerja Perawat Menurut Pasien yang Dirawat Inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	96
25.	Hubungan Kualitas Pelayanan Keperawatan dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	97
26.	Hubungan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	98
27.	Hubungan Motivasi Petugas dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	99
28.	Hubungan Pelayanan Informasi Petugas dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	100

29.	Hubungan Pelayanan Penyaringan dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	101
30.	Hubungan Pelayanan Konseling dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	102
31.	Resume Hasil Uji Hubungan Variabel Independen dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2008	103

## DAFTAR GAMBAR

Gambar .		Halaman
1	Penilaian Unsur Pelayanan Kesehatan	15
2	Diagram Skematis Kinerja Perawat dan Faktor- Faktor yang Berhubungan Dengannya	16
3	Kerangka Kegiatan Promosi Kesehatan	35
4	Komponen Inti dalam Promosi Kesehatan	39
5	Kerangka Teori Penelitian	49
6	Kerangka Konsep Penelitian	54



## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		Lampiran
1	Kuesioner Penelitian	1
2	Master Tabel Uji Coba	2
3	Master Tabel Hasil Wawancara	3
4	Hasil Analisis Uji Statistik Program SPSS	4
5.	Struktur Organisasi Rumah Sakit	5
6	Surat Ijin Penelitian	6
7	Surat Keterangan Penelitian	7
8	Biodata Penelitian	8

## DAFTAR ARTI LAMBANG /SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Keterangan
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
Sulteng	Sulawesi Tengah
YAN KESEHATAN	Pelayanan Kesehatan
KWL.TS. YANKES	Kualitas Pelayanan Kesehatan
ASKEP	Asuhan Keperawatan
MOTIVASI PTGS	Motivasi Petugas
Yan. Informasi	Pelayanan Informasi
Yan. Penyaringan	Pelayanan Penyaringan
Yan. Konseling	Pelayanan Konseling
Yan. Tindak Lanjut	Pelayanan Tindak Lanjut
KWL. YANKES	Kualitas Pelayanan Kesehatan
IGD	Intensif Gawat Darurat
IPLC	Instalasi Pengolahan Limbah Cair
ASKES	Asuransi Kesehatan
JPKM	Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat
ASABRI	Asuransi Kesehatan Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
SJSN	Sistem Jaringan Sosial Nasional

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Pelayanan kesehatan merupakan suatu komoditas jasa yang tidak dapat disamakan dengan pelayanan jasa lainnya, karena pelayanan kesehatan memiliki sifat-sifat khusus. Meskipun dewasa ini ada kecenderungan untuk mengkombinasikan pola pelayanan rumah sakit dengan hotel (*hotel services in hospital*), tetapi customer yang dilayani sangat berbeda. Customer yang membutuhkan pelayanan kesehatan pada umumnya dalam keadaan sakit, tegang, sedih, panik, dalam kondisi ketidakpastian tentang dirinya, mereka terpaksa datang untuk menerima jasa pelayanan rumah sakit dalam upaya mendapatkan pelayanan demi kesehatannya. Beberapa faktor yang sifatnya sangat dinamis. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya bidang kesehatan merupakan faktor fundamental untuk menetapkan bentuk pelayanan kesehatan yang diinginkan. Kompleksitas penyakit yang makin meningkat mengingat telah banyak peralatan yang dapat digunakan untuk mendeteksi penyakit, telah merupakan tantangan tersendiri bagi para pemberi pelayanan kesehatan. Demikian pula kompleksitas respon pasien terhadap penyakit dan pengobatan telah dapat mempengaruhi wujud pelayanan kesehatan yang diharapkan oleh pasien dan keluarganya (Elly, 2006:1).

Seiring dengan pernyataan di atas, pelayanan keperawatan merupakan bagian yang integral dari suatu pelayanan kesehatan. Profesi perawat sebagai pemberi pelayanan jasa berada digaris terdepan dan merupakan komponen yang sangat menentukan baik buruknya citra suatu rumah sakit. Oleh karena itu sering dikatakan bahwa pelayanan **keperawatan** merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan (Firsariana, 2006:1). Citra pelayanan kesehatan akan dinilai oleh customer berdasarkan kesan mereka terhadap mutu pelayanan Keperawatannya selama mereka menerima jasa pelayanan di rumah sakit. Dengan kata lain mutu asuhan keperawatan merupakan salah satu faktor penentu citra rumah sakit dimata masyarakat.

Dengan adanya kesepakatan pasar bebas ASEAN (AFTA) tahun 2003 dan disusul dengan APEC tahun 2010 untuk Asia Pasifik dan 2020 untuk sedunia; serta SK Menkes Np. 647/2000 & 1239/2001 tentang registrasi dan praktek keperawatan, maka tugas tenaga keperawatan sebagai mayoritas pemberi pelayanan di rumah sakit semakin berat, karena harus mampu berkompetisi dalam mutu asuhan keperawatan sesuai standar global. Disamping itu, tuntutan pasien sebagai konsumen pelayanan kesehatan semakin tinggi, mereka sudah menguasai informasi tentang pelayanan kesehatan di negara lain dan mudah membandingkan.

Seiring dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 836/MENKES/SK/VI/2005, tentang Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan, diharapkan pula kebijakan

Pengembangan Manajemen Kinerja ini dapat diterapkan seluruh sarana pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit dan puskesmas di Indonesia, sehingga dapat mempercepat pencapaian indikator standar pelayanan minimal Kabupaten/Kota dan pencapaian pelayanan kesehatan yang bermutu yang akhirnya akan terwujud Indonesia Sehat 2010.

Dua hal utama dari era globalisasi yang akan berdampak pada perkembangan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan, yaitu tersedianya alternatif pelayanan dan persaingan penyelenggara pelayanan untuk menarik minat pengguna jasa pelayanan kesehatan. Pada dasarnya persaingan tersebut merupakan persaingan kualitas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik dan memuaskan customer. Dengan demikian diperlukan perawat yang mempunyai kemampuan profesional dengan standar internasional dalam aspek intelektual, interpersonal dan teknikal bahkan peka terhadap kebutuhan customer.

Bagaimana perawat sebagai suatu profesi dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka menurut Elizadiani Suza (2003), jawabannya adalah dengan adanya standar. Standar merupakan level kinerja yang diinginkan dan dapat dicapai dimana kerja aktual dapat dibandingkan. Ia memberikan petunjuk kinerja mana yang tidak cocok atau tidak dapat diterima. Standar praktek keperawatan adalah pernyataan tentang apa yang dibutuhkan oleh *registered nurse* untuk dijalankan sebagai profesional keperawatan. Secara umum, standar

ini mencerminkan nilai profesi keperawatan dan memperjelas apa yang diharapkan profesi keperawatan dari para anggotanya.

Penelitian terdahulu oleh Firsariana (2006), disimpulkan bahwa masyarakat pengguna jasa kesehatan masih belum puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan. Oleh karena itu, penyelenggara kesehatan perlu memberi perhatian khusus dan mengoptimalkan peran perawatannya dalam program *excellence customer service* di institusi dimana dia berada, sepanjang tidak menyimpang dari rambu-rambu etika profesi. Pengelola keperawatan hendaknya mempunyai kiat untuk mengubah paradigma pelayanan keperawatannya yang hanya bertujuan untuk memperoleh kesembuhan fisik pasien, ke pelayanan yang berfokus pada kepuasan pelanggan, diantaranya dengan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan secara terus menerus menuju pelayanan prima (*excellence customer service*).

Berdasarkan kondisi tersebut dan dalam rangka mengembangkan profesionalisme perawat, Direktorat Pelayanan Keperawatan bersama WHO dan UGM mengembangkan suatu model peningkatan kinerja perawat di puskesmas dan rumah sakit yang kemudian dikenal sebagai "Pengembangan Manajemen Kinerja" (PMK). Model ini telah diterapkan di Kabupaten Sleman (DIY), Kabupaten Magelang, Kabupaten Semarang, Kabupaten Grobogan (Jawa Tengah), dan Kabupaten Tabanan (Bali). Dari hasil evaluasi yang dilakukan pada bulan Januari Maret 2003

menunjukkan adanya peningkatan kinerja perawat dan bidan setelah mengikuti kegiatan PMK.

Di era globalisasi di mana terjadi peningkatan dibidang pendidikan perubahan sosial masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan teknologi serta persaingan dalam sistem pelayanan Rumah Sakit di dunia. Hal ini menyebabkan juga rumah sakit di beberapa Negara ASEAN termasuk rumah sakit di Singapura yaitu rumah sakit Elisabeth yang telah lulus dari sistem akreditasi di dunia (*Internasional Standar Organization*) yang melayani pelanggan di dunia pada prinsipnya pelayanan ini ke arah penciptaan kepuasan pelanggan (*Costumer Satisfaction*), peningkatan kualitas berkelanjutan (*Continue Improvement*) dan pemberdayaan (*Empowerment*). Pengaruh era globalisasi ini merupakan salah satu rangsangan dari luar bagi kesehatan di Indonesia, sehingga terwujud visi Indonesia tahun 2010. Indonesia sehat 2010 merupakan visi di bidang kesehatan bangsa Indonesia, ini merupakan impian atau gambaran yang akan dicapai pada masa depan di bidang kesehatan melalui pembangunan kesehatan yang mencakup ;Menggerakkan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan' Mendorong kemandirian masyarakat di bidang kesehatan, dan Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu keluarga dan masyarakat lingkungan.Yang menghambat untuk mencapai Indonesia sehat 2010 salah satu komponen adalah kinerja aparatur atau kinerja pegawai yang belum memadai atau sesuai dengan harapan.

Rumah Sakit Umum Daerah Poso adalah rumah sakit tipe C non pendidikan yang menangani penderita-penderita yang dirujuk dari puskesmas praktek swasta dan datang sendiri. Rumah Sakit Umum Daerah Poso memberikan pelayanan melalui instalasi rawat jalan, rawat inap dan darurat serta pelayanan penunjang lainnya. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat merupakan mitra promosi kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2007) dalam, buku promosi kesehatan dan ilmu perilaku mengemukakan bahwa promosi kesehatan sebagai bagian atau cabang dari ilmu kesehatan, yakni praktisi atau aplikasi promosi kesehatan merupakan penunjang bagi program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan perlu ditunjang atau dibantu oleh promosi kesehatan. Berdasarkan data yang diperoleh di Rumah Sakit Umum Daerah Poso bahwa jumlah perawat yang berlatar belakang pendidikan S1 keperawatan sebanyak 2 orang, D<sub>3</sub> keperawatan sebanyak 93 orang, D<sub>3</sub> kebidanan sebanyak 5 orang, SPK sebanyak 12 orang, bidan sebanyak 18 orang, SPRG sebanyak 2 orang. Berdasarkan hal tersebut, maka penulis ingin meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Poso.



## **B. Rumusan Masalah**

Dengan berdasar pada uraian yang telah dikemukakan pada latar belakang masalah, diketahui bahwa sekarang perhatian tentang kinerja perawat belum banyak mendapat perhatian, padahal disadari bahwa pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, menurut profesionalisme yang lebih tinggi untuk menghasilkan kualitas pelayanan keperawatan yang memadai, yang di harapkan mampu mengantar pelayanan keperawatan rumah sakit kearah yang lebih bermutu dan lebih menyenangkan bagi klien.

Berbagai faktor yang terkait dalam pelaksanaan asuhan dan kualitas keperawatan pada suatu keperawatan pada suatu rumah sakit, khususnya RSUD Poso dituangkan dalam bentuk pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana hubungan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kinerja perawat di RSUD Poso ?
2. Bagaimana hubungan pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap kinerja perawat RSUD Poso ?
3. Bagaimana hubungan motivasi petugas dalam pelayanan keperawatan terhadap kinerja perawat di RSUD Poso.
4. Bagaimana hubungan pelayanan informasi terhadap kinerja perawat di RSUD Poso ?
5. Bagaimana hubungan pelayanan penyaringan terhadap kinerja perawat di RSUD Poso ?
6. Bagaimana hubungan pelayanan konseling terhadap kinerja perawat di RSUD Poso ?.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk melakukan analisis kinerja perawat berdasarkan parameter pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum daerah (RSUD Poso) di Kabupaten Poso Provinsi Sulawesi Tengah.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melakukan analisis kualitas pelayanan kesehatan terhadap kinerja perawat di RSUD Poso.
- b. Melakukan analisis pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap kinerja perawat di RSUD Poso.
- c. Melakukan analisis motivasi petugas dalam pelayanan keperawatan terhadap kinerja perawat di RSUD Poso.
- d. Melakukan analisis pelayanan informasi terhadap kinerja perawat di RSUD Poso
- e. Melalkukan analisis pelayanan penyaringan terhadap kinerja perawat di RSUD Poso
- f. Melakukan analisis pelayanan konseling terhadap kinerja perawat di RSUD Poso.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini di harapkan dapat melengkapi informasi dalam menyusun dan merencanakan tindakan keperawatan yang lebih berdaya guna dan berhasil guna dalam memberikan pelayanan pada pasien yang seoptimal mungkin.

### **2. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini dapat di gunakan untuk melengkapi informasi guna penelitian yang lebih mendalam mengenai kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit,

### **3. Manfaat bagi peneliti**

Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang asuhan keperawatan di rumah sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Kualitas pelayanan kesehatan**

Kualitas adalah serangkaian atribut yang melekat pada suatu pelayanan ataupun produk yang sesuai dengan harapan fungsional. Karena banyaknya batasan tentang mutu /kualitas sehingga hanya diambil beberapa batasan yang dianggap cukup penting dari para ahli seperti Donabedian (1980) yang mengatakan bahwa mutu adalah sifat yang dimiliki oleh program, mutu juga adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary,1959). Mutu merupakan kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan Crosby,1979).Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga ataupun kelompok masyarakat (Levy dan Loomba,1973),

Pelayanan kesehatan apabila dikelola dengan baik maka akan mencapai sasaran serta tujuan yang diharapkan dan untuk mencapai tujuan tersebut salah satu syaratnya adalah berkualitas atau bermutu. Apabila pelayanan kesehatan yang bermutu atau berkualitas dilaksanakan maka diharapkan dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan

kesehatan itu sendiri. Layanan kesehatan dikatakan berkualitas bila memiliki 3 persyaratan utama, yaitu (1) apakah layanan sesuai prinsip ilmu dan teknologi kedokteran sehingga dapat terjamin mutunya. (2) harus sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa (3) harus dapat dijangkau oleh mereka yang membutuhkan (Azwar, 1980). Selain itu, layanan berkualitas dapat dilihat dari kapasitas elemen yang ada dalam layanan kesehatan untuk mencapai tujuan, baik elemen medik maupun non medik (Steffen, 1988).

Kualitas pelayanan kesehatan dapat pula dilihat dari efisiensi dan biaya, seperti yang dikemukakan oleh Donabedian (1980) bahwa kualitas layanan kesehatan sebagai suatu keseimbangan yang baik antara manfaat dengan risiko diperhitungkan menurut efisiensi dan biaya. Pelayanan kesehatan dikatakan berkualitas apabila suatu layanan tersebut dibutuhkan oleh pihak tertentu serta efisien, sehingga mereka yang memanfaatkannya dapat merasa puas dengan layanan tersebut (Ovrerveit, 1990). Rumah sakit dikatakan berkualitas baik, bila dapat memulangkan pasiennya sebelum waktu yang ditentukan berdasarkan diagnose pasien tersebut ( American Medical News, 1986),

Kualitas dapat pula diartikan sebagai tingkat kecemerlangan yang dihasilkan dan dicatat selama proses pemeriksaan pasien hingga diagnosis ditegakkan lalu pengobatan diberikan. Keseluruhannya dilaksanakan berdasarkan pengetahuan terbaik yang diperoleh dan terbukti menurunkan angka kesakitan dan kematian di masyarakat. Disini

ditekankan tingkat keilmuan dan kemanusiaan sehingga ada hubungan antara proses layanan dengan hasil akhirnya dimana perhatian terpusat pada penanganan pasien secara keseluruhan dan terpadu.

Beberapa peneliti sebelumnya menyatakan keharusan adanya beberapa komponen atau elemen dalam persyaratan sebagai pelayanan kesehatan yang baik yaitu : (Ama, 1986)

1. Dapat meningkatkan secara optimal kesehatan pasien
2. Dapat meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit
3. Dilaksanakan secara menyeluruh
4. Berdasarkan dan dapat diterima secara prinsip ilmu kedokteran.
5. Penggunaan teknologi tepat guna.
6. Dibuat pencatatan dan diikuti terus menerus
7. Dapat mengikut sertakan pasien dalam proses pengobatan
8. Fasilitas berkualitas diberikan terutama untuk kesejahteraan pasien

Pendapat lain mengemukakan bahwa ada tiga komponen penting yang melatar belakangi kualitas layanan kesehatan yaitu (1) adekuasi, dalam arti cukup memadai dalam ketenagaan, dana dan sarana, (2) efisensi, yaitu ada kesesuaian antara pemakai sumber daya dengan hasil yang dipakai dan (3) kualitas teknologi tepat guna (WHO 1969).

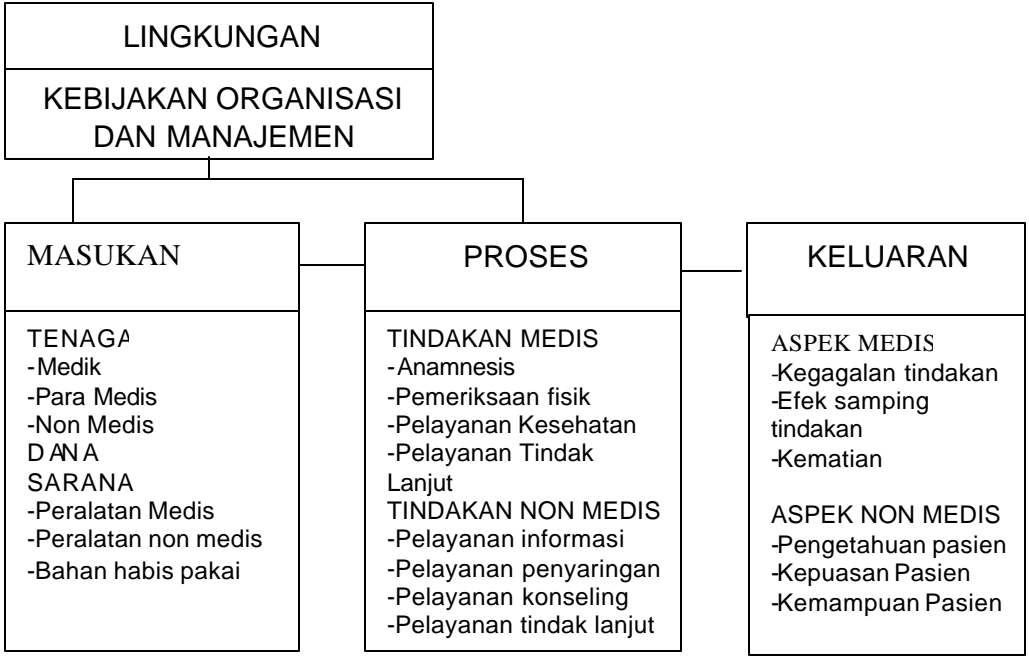
Meskipun elemen yang terkandung dalam kualitas layanan kesehatan tersebut berbeda-beda oleh karena cara pandang yang didasarkan pada disiplin ilmu masing-masing, namun pada dasarnya seluruhnya bermuara pada tujuan bahwa kualitas pelayanan kesehatan

adalah untuk meningkatkan kesehatan pasien yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan dimaksud.

Penilaian atau pengukuran kualitas pelayanan kesehatan tidak semudah yang diperkirakan, karena persepsi seseorang tentang tingkat kesempurnaan pelayanan sangat berbeda-beda. Sekalipun penilaian itu sulit, karena kita melihat kepuasan tersebut dari berbagai sudut pandang dan oleh sebab itu penelitian ini menyepakati bahwa kepuasan pelayanan hanya dibatasi pada aspek profesionalisme pelayanan yang masih sesuai dengan etika dan standar pelayanan. Penilaian kesehatan harus dilakukan dari berbagai segi, baik segi keprofesian tenaga pelaksana, efisiensi, keselamatan dan kepuasan klien atau dari segi social budaya (Murtodipuro, 1992). Penilaian kesehatan diidentifikasi melalui tiga pendekatan utama yaitu struktur, proses dan hasil akhir. Pada pendekatan struktur, penilaian kualitas kesehatan meliputi lingkungan kerja, sarana dan perlengkapan yang diperlukan untuk pelayanan, organisasi dan manajemen serta pendistribusian dana dan tenaga. Pendekatan proses merupakan suatu proses interaksi antara pasien dengan para pelaksana. Pendekatan kedua ini merupakan obyek primer untuk penilaian kualitas karena pada proses tersebut petugas merupakan faktor penting yang berperan sebagai pelaksana layanan, sehingga dapat diduga hasil akhir yang baik suatu proses yang baik pula. Pendekatan hasil akhir adalah penilaian terhadap kepuasan pasien dan tenaga pelaksana dalam memenuhi kebutuhan layanan kesehatan sesuai dengan keinginan dan

berhubungan dengan derajat kesehatan(Donabedian,1980). Hal serupa dikemukakan pula bahwa untuk melihat penilaian kualitas pelayanan kesehatan harus mempunyai empat unsur(Aswaz 1993) yaitu : 1. Unsur masukan yaitu semua hal yang dibutuhkan untuk terselenggaranya suatu pelayanan; yang dimaksud disini adalah tenaga (medis,para medis dan non medis), sarana (peralatan, obat,bahan habis pakai ) dan dana, 2. Unsur proses yaitu semua kegiatan yang harus dilakukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan, unsur kedua ini dibedakan atas dua macam, yaitu tindakan medis (anamnese,pemeriksaan fisik,pelayanan kesehatan dan pelayanan tindak lanjut) serta non medis (pelayanan informasi,pelayanan penyaringan, pelayanan konseling dan pelayanan tindak lanjut), 3. Unsur lingkungan adalah hal yang mempengaruhi pelayanan yang menyangkut kebijakan organisasi dan manajemen.4. Unsur keluaran adalah pelayanan yang diselenggarakan (kegagalan tindakan, efek samping tindakan, kematian, pengetahuan pasien, kepuasan pasien dan kemantapan pasien) keempat unsur tersebut saling berhubungan secara sederhana, hubungan keempat unsur tersebut seperti gambar 1 di bawah ini :

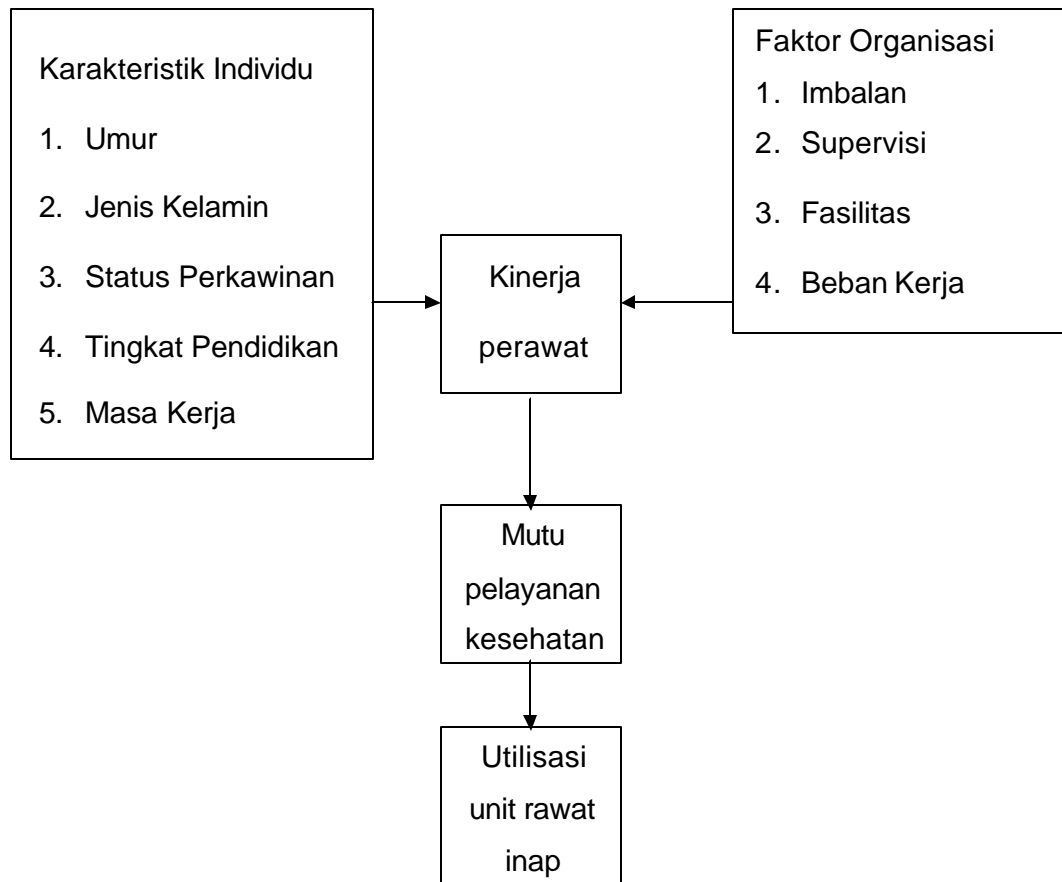




Gambar 1. **Penilaian Unsur Pelayanan Kesehatan**

Gibson (1987) menggambarkan dalam satu diagram variabel-variabel yang mempengaruhi perilaku individu dan kinerja. Variabel individu termasuk di dalamnya subvariabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel psikologis terdiri dari subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel organisasi subvariabelnya adalah sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, supervisi dan kontrol.

Diagram Skematis Kinerja Perawat dan Faktor-faktor yang Berhubungan Dengannya seperti gambar 2 pada halaman berikutnya :



GAMBAR 2

Diagram Skematis Kinerja Perawat dan Faktor-faktor yang Berhubungan Dengannya

Sumber : Modifikasi dari teori Gibson (1987) dalam buku Kinerja (Yaslis Ilyas, 2001)

## **B. Kualitas Pelayanan Petugas Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengertian Kualitas/Mutu**

Menurut Kotler (2003), mutu adalah keseluruhan ciri serta sifat suatu produk atau pelayanan yang berpengaruh pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang ditanyakan atau tersirat.

Mutu merupakan suatu keadaan dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, proses dan sumber daya (resources) yang memenuhi atau melebihi harapan pengguna (Goetsch dan Davis, 1994 dalam Pujihardjo, 2003). Meskipun tidak ada definisi mutu yang diterima secara universal, definisi yang ada saat ini terdapat beberapa persamaan pada elemen berikut (Pujihardjo, 2003) :

- a. Mutu meliputi usaha memenuhi harapan klien, sehingga memuaskan klien.
- b. Mutu mencakup dimensi asupan (input), proses, luaran (output) dan dampak (outcome).
- c. Mutu merupakan keadaan yang selalu berubah (misalnya sesuatu yang dianggap mempunyai mutu tertentu saat ini, mungkin dianggap kurang bermutu pada masa mendatang).
- d. Mutu merupakan ciri produk yang sesuai dengan standar.

Kualitas pelayanan menurut Parasuraman, dkk (1990) didefinisikan sebagai seberapa besar kepanjangan (gap) antara persepsi pelanggan

atas kenyataan pelayanan yang diterima dibandingkan dengan harapan pelanggan atas pelayanan yang seharusnya diterima.

Berdasarkan uraian tersebut telah diidentifikasi beberapa variabel yang terlibat di dalam model kerangka konsep yang akan diteliti. Selain dari pada itu juga telah diidentifikasi hubungan antar variabel yang terlibat, serta arah hubungan secara teoritis tentang faktor yang berhubungan dengan kualitas pelayanan petugas , khususnya pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso. Selanjutnya untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai dari dua aspek, yaitu aspek teknis yang meliputi upaya pemenuhan standar Profesi Kode Etik Kedokteran, dan aspek subjektif yang berorientasi pada upaya pemenuhan tingkat kinerja perawat para pengguna jasa pelayanan. Rumah sakit sebagai salah satu usaha dibidang jasa pelayanan, umumnya menilai mutu pelayanan dengan melihat tingkat kinerja perawat terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Tingkat kepuasan pasien tidak hanya dilihat dari segi fisik bangunan, sarana dan prasarana tempat pelayanan kesehatan. Tingkat kepuasan juga dihubungkan dengan tingkat kesembuhan dari penyakit, kualitas petugas pelayanan kesehatan, pelaksanaan asuhana keperawatan , dan motivasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dalam memberikan pelayanan. Menurut Parasuraman (1985), ada lima, yaitu (1) kesenjangan antara harapan pelanggan dan persepsi manajemen perusahaan; (2) kesenjangan antara harapan pelanggan dan persepsi manajemen perusahaan atas harapan pelanggan dan spesifikasi kualitas jasa; (3) kesenjangan antara spesifikasi kualitas

jasa dan pemberian layanan kepada pelanggan; (4) kesenjangan antara pemberian layanan kepada pelanggan dan komunikasi eksternal; (5) kesenjangan antara harapan pelanggan dan kenyataan layanan yang diterima. Selain itu ada lima dimensi yang digunakan oleh pelanggan dalam menilai suatu kualitas pelayanan pada industri, yaitu :

1. Berwujud (*tangible*) adalah penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik yang dapat diandalkan, keadaan lingkungan sekitar yang merupakan bukti nyata yang diberikan oleh pemberi jasa, seperti peralatan yang canggih, karyawan yang berpenampilan menarik;
2. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang dijanjikan dengan akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan dan tanpa kesalahan;
3. Ketanggapan (*responsiveness*), adalah suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsif*) dengan sebaik mungkin kepada pelanggan, membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas yang menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan;
4. Kepastian/jaminan (*assurance*), yaitu pengetahuan dan keramahan para karyawan serta kemampuan untuk melaksanakan tugas yang dapat menjamin kinerja yang baik sehingga menimbulkan kepercayaan dan keyakinan para pelanggan kepada perusahaan;

5. Empathy (*empathy*), yaitu memberi perhatian yang tulus kepada pelanggan dan berupaya untuk memahami keinginan konsumen.

### **C. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengertian Asuhan Keperawatan**

Asuhan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang didasarkan pada ilmu dan kiat perawatan, berbentuk bio, psiko, sosial spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Asuhan keperawatan berupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari (Lokakarya Nasional Keperawatan, 1983).

#### **2. Falsafah Keperawatan**

Falsafah adalah keyakinan yang dimiliki individu dan kelompok yang mengarahkan setiap pelaksanaan kegiatan individu atau kelompok kepada pencapaian tujuan bersama. Dalam melaksanakan asuhan

- a. Pasien adalah manusia seutuhnya yang memiliki kebutuhan bio, psychosocial, spiritual, yang harus selalu dipertimbangkan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.

- b. Perawatan adalah suatu bantuan yang diberikan pasien, keluarga, masyarakat demi terwujudnya derajat kesehatan yang optimal kepada semua yang membutuhkan dengan tidak membedakan bangsa, suku, agama atau kepercayaan dan statusnya di setiap tempat pelayanan kesehatan.
- c. Tujuan asuhan keperawatan dapat dicapai melalui usaha bersama dari semua anggota tim kesehatan dan pasien serta keluarganya .
- d. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat menerapkan proses keperawatan melalui lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, intervensi atau tindakan keperawatan dan evaluasi. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat serta memiliki wewenang memberikan asuhan keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan yang telah ditetapkan.
- e. Pendidikan keperawatan berkelanjutan harus dilaksanakan secara terus menerus untuk perkembangan staf dalam asuhan keperawatan. Selain falsafah, para perawat harus memahami misi dan visi institusi tempatnya bekerja agar setiap kegiatan keperawatan akan mengarah kepada pelaksanaan misi tersebut demi tercapainya tujuan asuhan keperawatan.

#### **D. Motivasi Petugas Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

Motivasi merupakan fungsi dari berbagai macam variabel yang saling mempengaruhi dan merupakan suatu proses kejiwaan yang mendasar yang terdiri atas kebutuhan-kebutuhan, dorongan, serta tujuan. Karena itulah motivasi dianggap sebagai salah satu unsur pokok dalam perilaku seseorang, namun demikian bukan berarti bahwa motivasi merupakan satu-satunya yang menjelaskan adanya perilaku seseorang.

Istilah motivasi kerja sering dipakai untuk menyebutkan motivasi dalam lingkungan kerja. Dalam kepustakaan manajemen sering dipakai untuk menerangkan motivasi yang ada kaitannya dengan pekerjaan. Motivasi merupakan kegiatan yang mengakibatkan, menyalurkan dan memelihara perilaku manusia, cerminan yang paling sederhana tentang motivasi dapat dilihat dari aspek perilaku. Pengertian motivasi dapat ditafsirkan secara berbeda-beda oleh para ahli sesuai dengan tempat dan keadaan masing-masing ahli tersebut.

Siagian (1995) mendefinisikan motivasi adalah sebagai daya pendorong yang mengakibatkan seorang anggota organisasi agar mau dan rela untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya dan menunaikan kewajibannya. Lebih lanjut dikatakan bahwa dorongan yang berorientasi pada tindakan maka situasi ketidakseimbangan yang dihadapi oleh seseorang tidak akan teratasi.

Menurut Hasibuan (2001) menyatakan bahwa motivasi adalah pemberian daya penggerak yang menciptakan kegairah seseorang berkerja agar



efektif dan terintegrasi, dengan segala daya dan upaya untuk mencapai kepuasan.

Secara konseptual, motivasi kerja dimaksudkan sebagai etos kerja dan perilaku di tempat kerja. Dan operasionalnya, sebagaimana dikemukakan oleh Oshima dalam bukunya *Man Power and Asian Development* (1979) bahwa mempunyai motivasi yang tinggi dalam kerja, rajin, bertanggung jawab, dapat diandalkan, menepati waktu, teliti dalam pekerjaan, luwes imajinatif, serba bisa, loyal, mempunyai komitmen tinggi pada tugas yang dipercayakan, punya "*team spirit*", pandai bekerja sama, dan pandai bergaul dengan rekan-rekan sekerjanya.

Selanjutnya dijelaskan pula bahwa produktivitas suatu organisasi sangat dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti kesempatan memperoleh pendidikan dan pelatihan tambahan, penilaian prestasi kinerja yang adil, rasional dan obyektif, system imbalan dan berbagai faktor tersebut. Akan tetapi dilihat dari sudut pemeliharaan, hubungan dengan para perawat, motivasi, dan kepuasan kerja merupakan bagian yang penting.

Dikalangan para teoritikus dan praktisi manajemen telah lama diketahui bahwa masalah motivasi bukanlah masalah yang mudah, baik memahaminya apalagi menerapkannya, karena berbagai alasan dan pertimbangan. Akan tetapi yang jelas bahwa dengan motivasi yang tepat para perawat akan terdorong untuk berbuat semaksimal mungkin dalam melaksanakan tugasnya karena meyakini bahwa dengan keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan serta berbagai sasaran, kepentingan-

kepentingan pribadi para anggota organisasi tersebut akan terpelihara pula.

### **E. Kinerja Pe tugas**

Faktor manusia memang memainkan peranan yang sangat penting dalam suatu organisasi/lembaga dan atau kantor-kantor pemerintahan lainnya, sehingga faktor manusia seyogyanya memperoleh perhatian serius dan perlu penanganan yang lebih mendalam oleh manajemen. Pencapaian tujuan suatu organisasi akan sangat tergantung kepada kinerja para karyawannya dalam melaksanakan pekerjaan, dan kinerja yang lebih tinggi akan dapat dicapai dengan beberapa langkah dengan memperhatikan pengaruh kepemimpinan, pemberian motivasi, peningkatan disiplin kerja, pendidikan dan pelatihan, sarana dan prasarana, serta lingkungan dan suatu organisasi/lembaga dan atau kantor-kantor pemerintah.

Kinerja menurut Sianipar dalam Ananto Yudonodan Rahmat (2000) adalah hasil dari fungsi suatu pekerjaan atau kegiatan tertentu selama periode tertentu. Berdasarkan pengertian ada 3 (tiga) aspek yang perlu dipahami setiap pegawai atau pemimpin suatu organisasi/unit kerja yaitu : (1) kejelasan tugas atau pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya; (2) kejelasan hasil yang diharapkan dari suatu pekerjaan atau fungsi; (3) waktu yang diperlukan menyelesaikan suatu pekerjaan agar hasil yang diharapkan dapat terwujud.

Stoner (1996) mengemukakan bahwa kinerja adalah perpaduan kualitas dan kuantitas pekerjaan yang diselesaikan oleh individu atau dengan kata lain kinerja merupakan output (hasil) pelaksanaan tugas. Selanjutnya menurut Gibson et al. (1991) menjelaskan bahwa kinerja adalah perpaduan antara motivasi yang ada pada diri seseorang dan kemampuannya dalam melaksanakan tugas atau pekerjaan. Kemampuan disini sangat dipengaruhi oleh pendidikan dan pengalaman.

Husain Umar (2003) mengatakan bahwa kinerja atau prestasi kerja yaitu manajemen maupun karyawan perlu umpan balik tentang kerja mereka, dimana hasil penilaian prestasi kerja (performance appraisal) karyawan dapat memperbaiki keputusan-keputusan personalia dan memberikan umpan balik kepada karyawan tentang pelaksanaan kerja mereka. Gomes (2003) memberikan criteria performance atau kinerja adalah sebagai hasil akhir (*endresult*), perilaku yang menekankan pada sarana pencapaian sasaran dan *judgement* yang meliputi *quality of work*, *creativity* gagasan-gagasan yang dimunculkan dan tindakan atas permasalahan yang timbul, *job knowledge*, *cooperation*, *dependability*, *initiative*, dan *personal qualities*.

Menurut Musyarif (1989) kinerja adalah kemampuan seseorang dalam mencapai hasil yang baik dan menonjol ke arah tercapainya tujuan organisasi. Kinerja yang baik merupakan untuk menuju tercapainya tujuan organisasi. Dari beberapa pengertian di atas dapat dipahami bahwa kinerja sama dengan hasil kerja sama yang dilakukan baik secara

individu maupun kelompok, namun untuk mengetahui lebih baik dibandingkan dengan kinerja tersebut diperlukan suatu ukuran yang jelas, agar dapat dibedakan mana karyawan yang mempunyai kinerja yang lebih baik dibanding dengan karyawan lainnya.

Untuk mengukur penilaian kinerja dapat dilakukan dengan berbagai cara atau metode penilaian. Henry Simamora (2001) mengemukakan beberapa metode penilaian kinerja sebagai berikut :Metode Penilaian Kinerja Keprilakuan, dimana para karyawan dapat dievaluasi berdasarkan standar-standar organisasional, atau mereka di evaluasi relative dengan karyawan-karyawan lainnya.

1. Metode Penilaian Kinerja Perbandingan Personalia, adalah merupakan metode yang membandingkan kinerja seseorang oleh penyelia, dan metode ini bermanfaat untuk memutuskan kenaikan merit pay, dan imbalan-imbalan organisasional.
2. Metode Penilaian Kinerja Berorientasi Masa Depan, terfokus pada kinerja masa mendatang dengan mengevaluasi potensi karyawan dan atau menetapkan sasaran-sasaran kinerja di masa mendatang.

### **F. Kinerja Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit**

Rumah Sakit merupakan organisasi yang sangat kompleks, hal ini terlihat dari perawatan pasien rawat inap yang mana pasien mendapatkan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis. Pelayanan ini memerlukan pelayanan penunjang administrasi, yang sifat kerjanya

memperlancar seluruh pelayanan yang dibutuhkan. Sifat kedua ini bertujuan mengelola bentuk layanan untuk dipadukan dengan sarana dan prasarana dan tenaga yang dimiliki rumah sakit sehingga akan dicapai hasil kerja rumah sakit yang optimal (Supriyanto, 1998).

Rumah sakit mempunyai dua kelompok tenaga kerja yaitu kelompok profesional dan kelompok manajerial. Kelompok profesional yang sifat kerjanya terutama adalah berupaya menyembuhkan pasien yang dirawat atau meringankan penderitaan. Kelompok ini terdiri dari tenaga medis, paramedis serta profesi kedokteran lainnya. Kelompok manajerial yang sifat kerjanya membantu memperlancar pelayanan terdiri dari ahli akuntan, ahli perencanaan rumah sakit, ahli teknik bangunan, ahli teknik elektro dan lain-lain. Sifat kerja kelompok ini terhadap penyembuhan pasien adalah tidak langsung.

Untuk menilai penampilan rumah sakit perlu menilai hasil kerja kedua kelompok pelayanan dan kelompok manajerial dengan tingkat kemampuan untuk mengelola sumber dana, tenaga, peralatan dan teknologi yang dimiliki dalam memberikan pelayanan. Pada organisasi rumah sakit, perawat adalah salah satu pemegang utama dalam penentuan keberhasilan organisasi. Keberhasilan pelayanan rumah sakit akan ditentukan oleh kinerja perawat yang merupakan faktor penentu keberhasilan akhir dari pelayanan yang diterima oleh pasien.

Produktivitas atau kinerja dari kedua kelompok ini akan memberikan kepuasan bagi klien rumah sakit khususnya pasien rumah sakit.

Kopelman (1988) mengatakan bahwa perilaku kerja atau kinerja selain dipengaruhi oleh faktor lingkungan juga sangat tergantung dari karakteristik individu. Seperti kemampuan, pengetahuan, keterampilan, motivasi, norma dan nilai. Konsep hubungan kinerja, terlihat bahwa karakteristik individu seperti kepribadian, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, suku bangsa, keadaan sosial ekonomi, pengalaman terhadap keadaan yang lalu, akan menentukan perilaku kerja dan produktivitas, baik individu maupun organisasi sehingga hal tersebut akan menimbulkan kepuasan bagi pelanggan atau pasien. Karakteristik individu selain dipengaruhi oleh lingkungan, juga dipengaruhi oleh :

1. Karakteristik organisasi, seperti reward system, seleksi dan pelatihan, struktur organisasi, visi dan misi organisasi serta kepemimpinan.
2. Karakteristik pekerjaan, seperti deskripsi pekerjaan dan desan pekerjaan.

## **G. Penilaian Kinerja**

### **1. Pengertian Penilaian Kinerja**

Penilaian kinerja adalah proses menilai hasil karya personal dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja. Pada hakekatnya, penilaian kinerja personal dengan membandingkannya standar baku penampilan. Menurut Hall (1986), penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja

personal dan usaha untuk memperbaiki unjuk kerja personal dalam organisasi. Penilaian kinerja dapat didefinisikan sebagai proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja (*performance appraisal*) seorang personal dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja. Penilaian kinerja sering pula disebut dengan kegiatan kilas balik unjuk kerja (*performance review*), atau penilaian personal (*employee appraisal*), atau evaluasi personal (*employee evaluation*).

## 2. Tujuan Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan utama, yaitu

- a. **Penilaian kemampuan personal.** Merupakan tujuan yang mendasar dalam rangka penilaian personal secara individu, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektivitas manajemen sumber daya manusia.
- b. **Pengembangan personal.** Sebagai informasi dalam pengambilan keputusan untuk pengembangan personal seperti : promosi, mutasi, rotasi, terminasi, dan penyesuaian kompensasi. Secara spesifik penilaian kinerja bertujuan antara lain :
  - 1) Mengenali SDM yang perlu dilakukan pembinaan,
  - 2) Menentukan kriteria tingkat pemberian kompensasi ,
  - 3) Memperbaiki kualitas pelaksanaan pekerjaan,
  - 4) Bahan perencanaan manajemen program SDM masa datang,
  - 5) Memperoleh umpan balik atas hasil prestasi personal.

### 3. Ukuran Penilaian Kinerja.

Ukuran penilaian kinerja menurut metode penilaian berdasarkan peringkat, yaitu pembawaan (trait based evaluation) yang ditampilkan oleh personal. Penilaian kinerja berdasarkan metode ini dianggap lebih baik, karena keberhasilan pekerjaan yang dilaksanakan oleh seorang personal amat ditentukan oleh beberapa unsur ciri pembawaan (trait yang bersangkutan. Karena itu, dalam metode ini yang dinilai adalah unsur-unsur : kesetiaan, tanggungjawab, ketaatan, prakarsa, kerja sama, kepemimpinan dan sebagainya. Tata cara penilaian setiap unsur dalam metode berdasarkan peringkat ini dinyatakan dalam bentuk spektrum angka, yang masing-masing spektrum angka ditetapkan sebutannya (tabel 1) berikut ini :

Tabel 1 Penilaian Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan berdasarkan peringkat dalam bentuk spektrum angka (prosentase) dan sebutannya.

<b>Spektrum Angka</b>	<b>Sebutan</b>
91 – 100	Sangat baik
81 – 90	Baik
71 – 80	Cukup
61 – 70	Sedang
= 60	Kurang

Sumber : Modifikasi dari Kinerja ( Ilyas, 2001)

### 4. Langkah-Langkah Penilaian Kinerja (Kinerja : Yaslis Ilyas, 2001)

- a. Peringkat personal pada suatu departemen dengan satu faktor dan dan waktu yang sama,



- b. Pilih personal dengan peringkat tertinggi untuk faktor ini dan beri angka,
- c. Pilih personal dengan peringkat terendah untuk faktor ini dan diberi angka.
- d. Pertimbangan personal yang lain dan berikan angka yang sesuai untuk faktor dan waktu yang sama,
- e. Setelah peringkat kelompok personal dengan satu faktor selesai, lakukan langkah yang sama untuk faktor-faktor lain,
- f. Setelah peringkat dilakukan untuk seluruh faktor, riviw kembali dan pertimbangkan keseluruhan data,
- g. Setelah peringkat berdasarkan data yang akurat, bila mungkin dari data observasi,
- h. Peringkat haruslah berdasarkan prestasim kerja personal pada periode waktu yang dinilai saja. Penilaian jangan ditetapkan hanya pada peristiwa terakhir saja atau pada peristiwa yang kritis tetapi tidak berhubungan dengan prestasi kerja.

## **H. Aspek Promosi Kesehatan dalam Pelaksanaan Asuhan**

### **Keperawatan**

#### **1. Pengertian Promosi**

Promosi kesehatan adalah upaya upaya meningkatkan status kesehatan dari individu dan komunitas. Istilah promosi sering kali dikaitkan dengan penjualan (*sales*) dan periklanan (*advertising*), dan

dipandang sebagai pendapatan propaganda yang didominasi oleh penggunaan media massa. Pandangan tersebut kurang tepat oleh karena istilah promosi menurut pandangan kesehatan (promosi kesehatan), diartikan sebagai salah satu kegiatan bidang kesehatan yang bertujuan untuk: memajukan, mendorong, dan menempatkan kesehatan yang lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum. Menurut WHO (1984) "Promosi kesehatan adalah suatu proses dimana individu diberikan kemampuan untuk meningkatkan control dan memperbaiki kesehatan mereka". Dari pengertian ini melahirkan "Konsep sehat", yang berarti disatu pihak, setiap individu atau kelompok mampu mewujudkan aspirasi dan memuaskan kebutuhan hidupnya, sedangkan disisi lain harus mampu mengatasi tantangan lingkungan, sehingga istilah sehat, hendaknya dilihat sebagai sumber untuk kehidupan sehari-hari dan ukurannya adalah tujuan hidup, yang merupakan konsep positif, mencakup sumber-sumber sosial dan perorangan, maupun kapasitas fisik.

## **2. Promosi Kesehatan dalam Keperawatan**

### **a. Pengertian Promosi Kesehatan dalam Keperawatan.**

Promosi kesehatan keperawatan adalah suatu proses yang dilakukan oleh petugas perawat disamping memberikan pelayanan keperawatan kepada pasiennya juga memberikan informasi tentang tindakan-tindakan preventif dengan maksud agar pasiennya tidak menderita lagi penyakit seperti yang ia derita pada saat masuk rumah

sakit, dan juga memberikan suatu kemampuan untuk meningkatkan control dan memperbaiki kesehatan mereka". Dari pengertian ini melahirkan "Konsep sehat", yang berarti disatu pihak, setiap individu atau kelompok mampu mewujudkan hidup sehat dan bersih (Solita, 1997).

**b. Strategi Promosi Kesehatan dalam Keperawatan.** Dalam upaya penerapan promosi kesehatan pada asuhan keperawatan di rumah sakit, maka strategi pendekatan yang dilakukan adalah mengacu pada prinsip strategi pendekatan promosi kesehatan yang menganut tiga strategi dasar sebagai berikut :

- 1) advokasi kesehatan, adalah pendekatan kepada para pimpinan atau pengambil keputusan yang terkait dengan pelayanan keperawatan agar dapat memberikan dukungan, kemudian perlindungan pada upaya penerapan pelayanan keperawatan di rumah sakit.
- 2) bina suasana adalah upaya untuk menciptakan suasana kondusif untuk menunjang pelaksanaan pelayanan keperawatan di rumah sakit, sehingga masyarakat terdorong melakukan/memelihara kehidupan kesehatan yang optimal,
- 3) gerakan masyarakat adalah upaya memandirikan masyarakat agar secara proaktif mempraktekkan kehidupan kesehatannya secara mandiri. Ketiga strategi tersebut merupakan satu kesatuan yang

tidak terpisahkan (sinergis) namun ditandai dengan fokus yang berbeda yaitu :

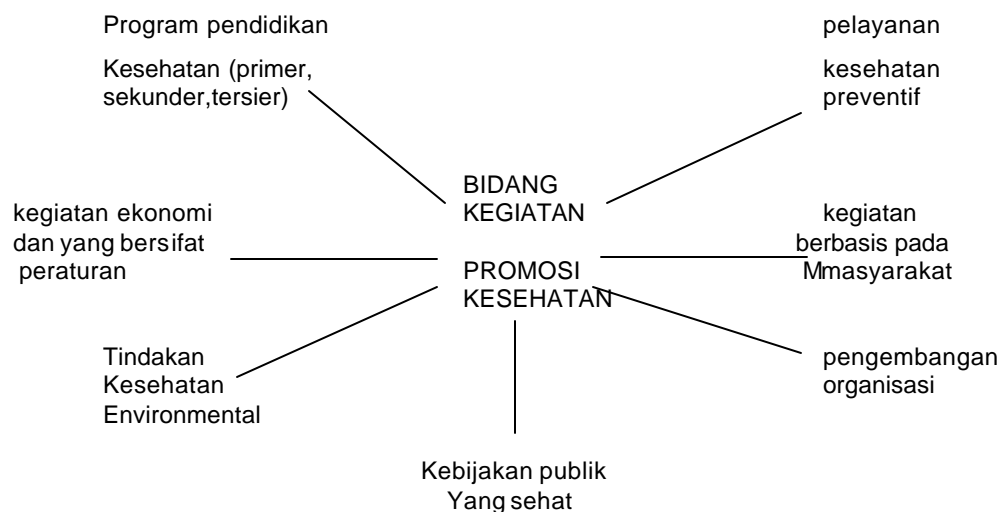
- a) advokasi kesehatan dalam asuhan keperawatan di rumah sakit lebih diarahkan kepada sasaran tersier yang menghasilkan kebijakan kesehatan yang optimal,
- b) bina suasana lebih diarahkan kepada sasaran sekunder yang menghasilkan kemitraan dan opini.
- c) gerakan masyarakat lebih diarahkan kepada sasaran primer yang menghasilkan kegiatan gerakan kesehatan masyarakat secara mandiri (Depkes RI, 2005)

Strategi promosi asuhan keperawatan di rumah sakit diarahkan untuk

- a) mengembangkan kebijaksanaan guna menciptakan kesehatan masyarakat yang optimal,
- b) membina suasana iklim dan lingkungan yang mendukung
- c) memperkuat, mendukung, dan mendorong kegiatan masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur
- d) meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam pelayanan kesehatan perorangan.
- e) Mengupayakan penerapan pelayanan kesehatan prima dan lebih memberdayakan masyarakat

**c. Aspek Promosi Kesehatan dari Variabel Penelitian.** Pendidikan kesehatan primer diarahkan kepada orang yang sehat, dan bertujuan mencegah gangguan kesehatan sejak dini, dengan

demikian pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam asuhan keperawatan yang merupakan salah satu wadah pelayanan kesehatan dan pendidikan kesehatan yang mengkhususkan diri pada pelayanan kesehatan prima, hendaknya diarahkan untuk memanfaatkan sarana pelayanan tersebut untuk mencegah secara dini terjadinya gangguan kesehatan pada tubuh. Model kerangka untuk kegiatan promosi kesehatan. Setelah teridentifikasi aspek-aspek pendidikan kesehatan dan pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan umum dan khusus seperti promosi kesehatan dan telah diidentifikasi tujuh kawasan kesehatan yang positif, yaitu program pendidikan kesehatan (primer, sekunder, tersier), pelayanan kesehatan preventif, kegiatan berbasis pada masyarakat, pengembangan organisasi, kebijakan publik yang sehat, tindakan kesehatan environmental, dan kegiatan ekonomi dan peraturan. Seperti gambar 3 dibawah ini :



Gambar 3. Kerangka Kegiatan Promosi kesehatan

**d. Kompetensi Promosi Kesehatan dalam Asuhan Keperawatan.**

Setelah memetakan kegiatan-kegiatan yang memungkinkan seseorang petugas promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan dapat di tempatkan, sekarang kita melihat pada keterampilan dan metode yang digunakan ketika kegiatan – kegiatan itu dilaksanakan, atau dengan kata lain perlu dipertimbangkan kompetensi yang perlu dikembangkan oleh seorang perawat dalam promosi asuhan keperawatan. Yang dimaksud dengan kompetensi promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan adalah kombinasi spesifik antara pengetahuan, sikap dan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengerjakan suatu kegiatan khusus. Bentuk ini akan dijelaskan unsur-unsur kompetensi promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan, yaitu :

- 1) mengelola, merencanakan dan mengevaluasi. Mengelola sumber-sumber untuk promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan, termasuk uang, bahan-bahan, dari diri anda sendiri dan orang lain, yang paling penting. Perencanaan yang sistematis diperlukan untuk promosi kesehatan yang efektif dan efisien. Semua kegiatan promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan juga membutuhkan evaluasi dan metode-metode yang berbeda adalah memadai untuk pendekatan yang berbeda-beda pula.
- 2) komunikasi. Promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan adalah tentang orang, jadi kompetensi dalam berkomunikasi adalah

penting dan mendasar. Kompetensi yang tinggi diperlukan dalam komunikasi satu persatu dan dalam bekerja dalam kelompok dengan beraneka cara, baik formal maupun tidak formal.

3) penyuluh. Penyuluh tentang kesehatan membutuhkan komunikasi yang baik, tetapi ia juga memerlukan kompetensi edukasional tambahan sehingga seorang penyuluh kesehatan dapat bekerja dalam setting yang berbeda-beda seperti kuliah resmi atau kerja kelompok informal dan memilih serta menggunakan strategi-strategi yang tepat untuk tujuan edukasional yang berbeda-beda. Kompetensi edukasional jelas dipakai dalam program promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan, tetapi ia juga dipakai bila memerlukan bentuk-bentuk kegiatan lain. Seperti contoh pendidikan pasien merupakan bagian integral dari pelayanan pencegahan, pendidikan tentang implementasi kebijakan (seperti kebijakan makanan sehat) merupakan bagian dari pelaksanaan tindakan kesehatan environmental dan mendidik anggota-anggota dari organisasi dapat merupakan bagian dari aksi politik yang kunci untuk perubahan sosial.

4) pemasaran dan publikasi, Ini membutuhkan kompetensi dalam pemasaran dan periklanan, memanfaatkan radio lokasi dan memperoleh pemuatan dalam berita tentang asuhan keperawatan dari pers lokal, ia dapat ditetapkan ketika melakukan kegiatan-

kegiatan promosi kesehatan yang memberikan manfaat kepada orang banyak melalui publisitas yang luas .

5) fasilitas dan jaringan. Kedua hal ini dimaksudkan sebagai penolong orang lain mempromosikan kesehatan mereka sendiri dan orang lain dengan menggunakan beraneka cara seperti tukar-menukar keterampilan dan informasi, dan membangun kepercayaan pada diri sendiri dan kepada orang lain. Kompetensi – kompetensi ini terutama penting apabila bekerja dengan komunitas.

6) mempengaruhi kebijakan dan praktek. Petugas promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan sebetulnya berada pada bisnis mempengaruhi kebijakan dan praktek yang mempengaruhi kesehatan. Hal ini dapat berada pada macam-macam tingkatan, mulai dari tingkat nasional (seperti kebijakan–kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah atau partai politik, tentang masa depan sistem pelayanan kesehatan nasional) hingga status kegiatan sehari-hari dari seorang petugas promosi kesehatan dalam asuhan keperawatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 4 dibawah ini :





**GAMBAR 4**  
Kompetensi Inti dalam Promosi Kesehatan

### **3. Materi Promosi Kesehatan dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit**

Materi atau isi promosi kesehatan di rumah sakit adalah mencakup pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan yang disampaikan kepada pasien atau keluarga pasien. Materi promosi kesehatan di rumah sakit ini dapat dikelompokkan menjadi 3 yakni :

- a. Pesan kesehatan yang terkait dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.** Pesan-pesan kesehatan yang terkait dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan ini mencakup perilaku hidup sehat (*healthy behavior*), antara lain :
  - 1) makan dengan menu atau susunan makanan dengan gizi seimbang, yakni keseimbangan jumlah dan susunan gizi makanan sehari-hari.

- 2) aktivitas fisik secara rutin, termasuk olahraga. Meskipun demikian aktivitas fisik tidak hanya dengan olahraga.
- 3) tidak merokok atau minum minuman keras seperti alkohol.
- 4) meskipun stres adalah bagian dari kehidupan orang, dan sering tidak dapat dihindari, namun dapat dikendalikan atau dikelola (manajemen).
- 5) Istirahat cukup, karena istirahat dapat mengendorkan ketegangan-ketegangan yang dialami oleh seseorang.

**b. Pesan-pesan kesehatan yang terkait dengan pencegahan serangan penyakit.** Pasien yang sudah sembuh dari suatu penyakit, bisa saja terumah sakit terang penyakit yang sama (kambuh). Di samping itu, apabila penyakit itu menular maka kemungkinan penyakit itu tertularkan kepada orang lain. Oleh sebab itu, pesan-pesan tentang pencegahan berbagai macam penyakit perlu dikemas dalam media leaflet atau poster. Pesan-pesan tersebut sekurang-kurangnya mencakup :

- 1) Gejala atau tanda-tanda penyakit
- 2) Penyebab penyakit
- 3) Cara penularan penyakit
- 4) Cara pencegahan penyakit

**c. Pesan-pesan kesehatan yang terkait dengan proses penyembuhan dan pemulihan.** Pasien yang datang ke rumah sakit, baik untuk rawat jalan atau rawan inap, tujuan akhirnya adalah agar

sembuh dari sakit dan pulih kesehatannya. Masing-masing penyakit mempunyai proses penyembuhan yang berbeda. Oleh sebab itu, informasi atau pesan-pesan kesehatan yang terkait dengan proses penyembuhan dan pemulihan itu adalah merupakan isi promosi kesehatan di rumah sakit.

#### **4. Bentuk Metode Promosi Kesehatan dalam asuhan keperawatan di Rumah Sakit .**

Di negara-negara maju rumah sakit disebut Hospital atau keramahamahan, sehingga bertentangan dengan kesan rumah sakit seperti disebutkan di atas. Oleh sebab itu, promosi kesehatan di rumah sakit seyogjanya menciptakan kesan rumah sakit tersebut menjadi tempat yang menyenangkan, tempat untuk beramah tamah, dan sebagainya. Untuk mengubah kesan tersebut seyogjanya bentuk atau pola promosi kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi :

**a. Pemberian contoh.** Tahap pertama yang diperlukan untuk mengubah kesan rumah sakit yang menyeramkan tersebut adalah dengan menampilkan bangunan fisik dan fasilitas rumah sakit itu.

**b. Penggunaan media.** Media promosi atau penyuluhan kesehatan di rumah sakit merupakan alat bantu dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada para pasien dan pengunjung rumah sakit lainnya. Media promosi yang layak digunakan di rumah sakit di antaranya dalam bentuk cetakan : leaflet, flyer atau selebaran, poster,

dan spanduk serta dalam bentuk media elektronik, yakni radio kaset dan video kaset.

- 1) **Promosi atau penyuluhan langsung.** Penyuluhan langsung dapat dilakukan secara terstruktur atau terprogram, tetapi juga dapat dilakukan secara tidak terstruktur atau tidak terprogram. Penyuluhan langsung secara terprogram harus direncanakan secara baik, dan ditangani oleh petugas yang khusus mempunyai kemampuan bidang promosi kesehatan, khususnya media. Bentuk program promosi langsung tidak terprogram dapat dilakukan oleh para petugas medis dan para medis yang langsung berhadapan dengan pasien. Berdasarkan sasaran promosi kesehatan, bentuk promosi kesehatan dapat dilaksanakan secara : 1) individual, 2) kelompok dan 3) Massa. Seperti halnya promosi kesehatan di tatanan-tatanan lainnya, pada umumnya promosi kesehatan dengan menggunakan metode langsung dan metode tidak langsung (Notoatmodjo, 2005).

## **I. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit**

### **1. Pengantar**

Rumah Sakit adalah sebuah lembaga pelayanan yang dituntut untuk bisa memberikan layanan yang cepat dan akurat. Hal ini dikarenakan fungsi Rumah Sakit yang berhubungan dengan orang yang membutuhkan pelayanan cepat dikarenakan menyangkut hal-hal yang sangat mendasar bagi pasien, yakni hidup. Untuk bisa

mewujudkan layanan yang cepat dan akurat itu, sangat diperlukan mengimplementasikan Sistem Informasi yang melibatkan Teknologi Informasi dan Komunikasi. SIM-RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) produk dari CV Media Pratama Putra (METAKOM) adalah suatu program aplikasi database yang terintegrasi mulai dari pendaftaran sampai pembuatan bill baik pasien rawat jalan maupun rawat inap beserta unit-unit pendukung seperti radiology, laboratorium, apotik, stok, sampai akuntan dan kepegawaian. Sistem ini disusun berdasarkan peraturan terbaru seperti Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan, dan Penyajian Data Rumah Sakit dari Ditjen Yanmedik Departemen Kesehatan RI Tahun 2005.

## **2. Spesifikasi Program di Rumah Sakit**

a) pendaftaran, b) informasi, c) IGD, d) poli, e) laboratorium, f) radiologi, g) Bedah, i) Keperawatan, h) pembayaran/Billing, i) apotik, j) asuhan keperawatan, k) rekam medik, l) gudang/stock alkes, m) gudang/stock non alkes, n) gizi/dapur, o) kepegawaian, p) akuntansi, q) laporan -

### **J. Pelayanan Penyaringan di Rumah Sakit**

Mohammad Kartono, 2007, dalam sistem asuransi mengatakan bahwa: Untuk mengatasi ketiadaan uang saat sakit, perusahaan asuransi menawarkan jaminan pembayaran melalui asuransi. Sebagian besar

perusahaan asuransi kesehatan di Indonesia bekerja berdasarkan penggantian berbasis fee for service. Berapa pun besar biaya yang dikeluarkan akan diganti sepanjang sesuai kontrak antara pasien dan perusahaan asuransi. Cara itu tidak akan mengendalikan eskalasi biaya karena praktis tidak ada perusahaan asuransi yang mau mengontrol kualitas pelayanan. Tidak ada kendali terhadap tindakan atau obat. Apakah tindakan itu diperlukan? Bahkan PT Askes yang milik negara dan dipimpin para dokter pun tidak mengendalikan mutu pelayanan medik bagi kliennya.

Membatasi obat yang boleh diberikan bukan untuk mengendalikan kualitas, tetapi untuk mengendalikan biaya yang harus diganti. Pengertian cost containment dalam layanan Askes tidak terkait kualitas layanan. Ini pula yang membuat Askes mudah dibobol tagihan membengkak, tanpa jaminan kliennya mendapat layanan bermutu. Bedanya dengan asuransi swasta, Askes tidak melakukan penyaringan (screening) praikatan. Asuransi swasta. Bagaimana cara menariknya (khususnya sektor informal) belum ditetapkan. Seandainya SJSN benar-benar diterapkan, tidak akan ada lagi orang sakit yang harus menunggu punya uang sebelum berobat. Penyedia layanan medik juga tidak perlu takut pasiennya tidak akan bayar karena pengelola SJSN akan membayar. Di sisi lain pengelola SJSN mempunyai kekuatan besar untuk dapat mengendalikan biaya sekaligus mutu layanan medik. Di Belanda, asosiasi perusahaan asuransi kesehatan bersama pemerintah dan organisasi

profesi membentuk badan pengawas mutu layanan medik. Badan ini juga menerbitkan panduan standar layanan medik sebagai patokan untuk menilai mutu layanan. Penyedia layanan yang tidak memenuhi standar mutu layanan akan dikenakan sanksi atau dikeluarkan sebagai mitra. Karena tiap penduduk ikut asuransi, dokter yang dikeluarkan dari daftar mitra tidak akan mendapat pasien.

Ada tiga hal yang menghambat pelaksanaan UU SJSN. Pertama, pemerintah pusat (Presiden) yang tidak kunjung mengeluarkan peraturan pelaksanaan. Kedua, pemerintah daerah yang merasa peluang untuk menghimpun dana lokal akan terhalangi. Ketiga, pengelola asuransi kesehatan, baik swasta maupun BUMN, yang khawatir wewenangnya akan terbatas. Pemerintah pusat hanya memperkenalkan program asuransi kesehatan keluarga miskin (askes gakin) yang secara politis akan populer (dan citra pemerintah seolah menjadi baik) yang kini terbukti menimbulkan masalah karena PT Askes yang dititipi dana tidak mampu mengendalikan mutu layanan dan hanya bertindak sebagai juru bayar.

Tagihan yang membengkak dari berbagai rumah sakit bisa jadi karena mutu yang tidak terawasi sehingga banyak tindakan atau pengobatan yang tidak dilandasi indikasi yang benar. Untuk mengendalikan biaya (bukan mutu) ditetapkan tarif standar rumah sakit untuk layanan gakin. Ketentuan yang belum tentu efektif karena tarif mengendalikan mutu layanan dan hanya bertindak sebagai juru bayar. Tagihan yang membengkak dari berbagai rumah sakit bisa jadi karena

mutu yang tidak terawasi sehingga banyak tindakan atau pengobatan yang tidak dilandasi indikasi yang benar. Untuk mengendalikan biaya (bukan mutu) ditetapkan tarif standar rumah sakit untuk layanan gakin. Ketentuan yang belum tentu efektif karena tarif rumah sakit daerah ditetapkan melalui peraturan daerah yang tidak harus mematuhi instruksi menteri, apalagi jika instruksi menteri mengharuskan pemda menutup defisit yang diakibatkan. Pengelola asuransi kesehatan, pusat dan lokal, agaknya melihat UU ini sebagai penghambat untuk mengeruk dana (dimanfaatkan demi keuntungan perusahaan). Jika asumsi-asumsi itu benar, yang sebenarnya terjadi adalah tarik-menarik kepentingan di antara yang punya wewenang, bukan demi kepentingan rakyat yang harus dilayani. Membangun rakyat yang sehat agaknya memang belum menjadi niat dari para elite penguasa ataupun pengusaha.

## **K. Pelayanan Konseling di Rumah Sakit**

### **1. Bagaimana seharusnya seorang konselor bersikap di Rumah Sakit**

- a. Memperlakukan klien dengan baik dengan bersikap sabar, ramah, empati dan terbuka.
- b. Menghargai pendapat klien.
- c. Duduk sejajar dan memposisikan dirinya sejajar dengan klien.
- d. Menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti oleh klien.



- e. Tidak menilai dan bisa menerima klien apa adanya.
- f. Mampu membina hubungan / interaksi antara konselor dan klien
- g. Dapat menemukan kepercayaan dari klien yang dibantunya.
- h. Memberikan informasi yang lengkap dan rasional kepada klien.
- i. Menghindari pemberian informasi yang berlebihan, hanya memberikan informasi yang dibutuhkan oleh klien.
- j. Membantu klien untuk mengerti dan mengingat (Depkes RI,2007)

## **2. Konseling Awal / Konseling Pendahuluan di Rumah Sakit**

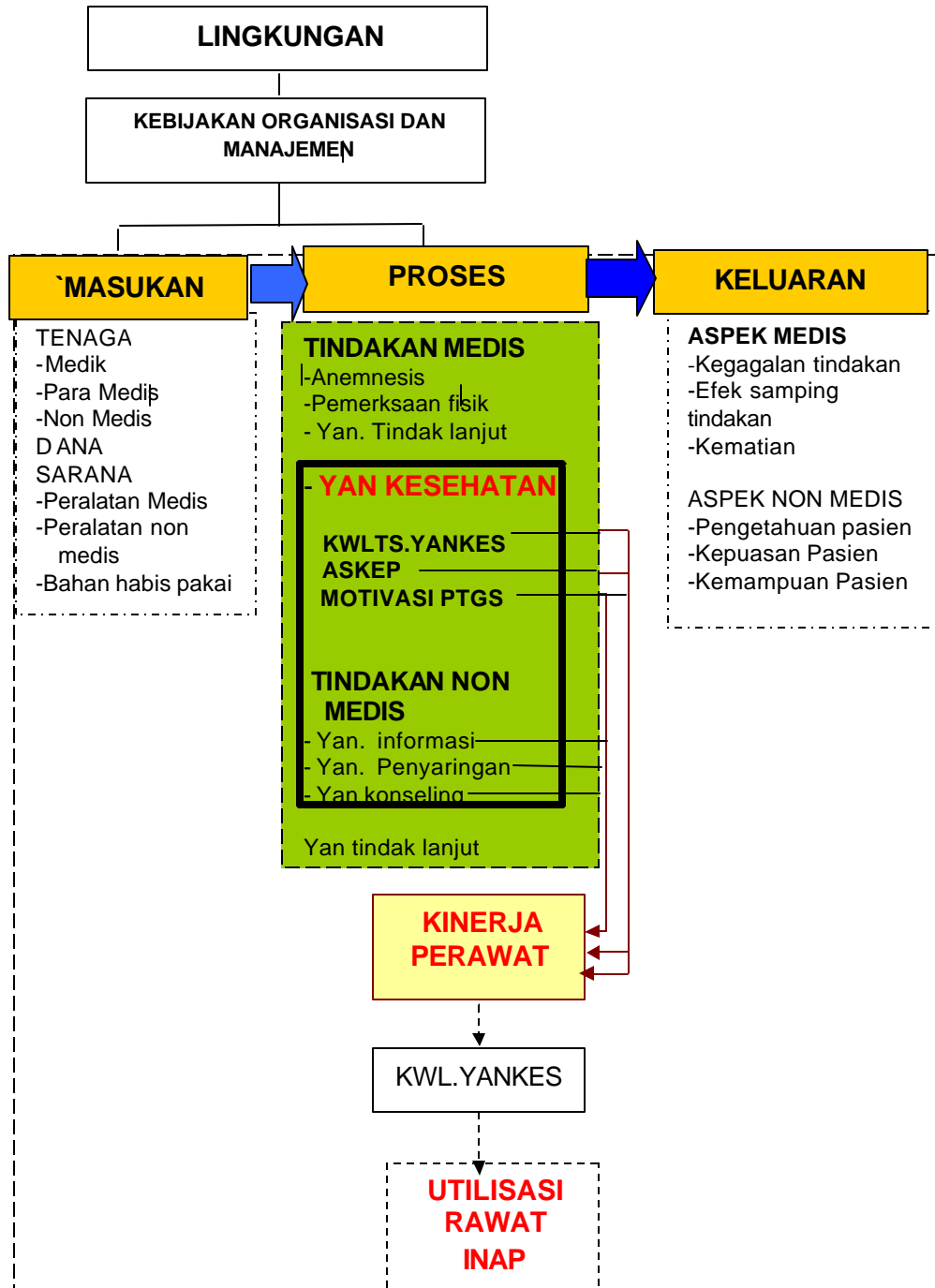
Konseling Awal/pendahuluan adalah konseling yang dilakukan pertama kali sebelum dilakukan konseling spesifik. Konseling awal/pendahuluan ini biasanya dilakukan oleh petugas KB lapangan seperti PLKB yang telah mendapatkan pelatihan tentang konseling kontak pria. Dalam konseling awal umumnya akan diberikan gambaran umum tentang vasektomi. Walaupun secara umum, tetapi penjelasannya harus tetap obyektif, baik keunggulan maupun keterbatasan vasektomi dibandingkan dengan metode kontrasepsi lainnya, syarat – syarat peserta vasektomi, serta komplikasi dan angka kegagalan yang mungkin terjadi. Pastikan klien mengenali dan mengerti tentang keputusannya untuk menunda atau menghentikan fungsi reproduksinya dan mengerti bahwa vasektomi adalah tindakan (Depkes RI, 2007)

### **3. Tujuan Konseling Pasca Tindakan di Rumah Sakit, yaitu :**

- a. Menanyakan kepada klien bila ada keluhan yang mungkin dirasakan setelah tindakan vasektomi, lalu berusaha menjelaskan terjadinya keluhan tersebut.
- b. Memberikan penjelasan kepada klien atau mengingatkan klien tentang perlunya penggunaan kondom selama 20 kali ejakulasi setelah di vasektomi. Hal ini untuk menurunkan angka kegagalan pasca tindakan vasektomi yaitu terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan.
- c. Menjelaskan kepada klien cara perawatan luka di rumah, obat-obatan yang harus diminum dan kapan boleh berhubungan seks. Hal ini untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca tindakan vasektomi.
- d. Menjelaskan kepada klien untuk segera datang ke rumah sakit / puskesmas bila timbul keluhan-keluhan yang membahayakan klien pasca tindakan vasektomi (Herni, 2007)

## **L. KERANGKA TEORI**

Berdasarkan konsep teoritis seperti telah dikemukakan pada uraian teori mengenai variabel yang terlibat dalam kinerja perawat maka disusun suatu model kerangka teori yang mengacu pada prinsip model yang dikemukakan oleh Donabedian (1980) seperti gambar 5 pada halaman berikutnya



Gambar 5 ; Kerangka Teori Penelitian

## M. Kerangka Konsep Penelitian

### 1. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

**a. Kualitas Pelayanan.** Kualitas dan atau mutu suatu pelayanan, mutu suatu pelayanan di rumah sakit harus dikelola dengan baik, maka akan mencapai sasaran serta tujuan yang diharapkan dan untuk mencapai tujuan tersebut salah satu syaratnya adalah berkualitas atau bermutu. Apabila pelayanan kesehatan di rumah sakit diciptakan dalam kondisi yang bermutu atau berkualitas, maka dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan di rumah sakit dinyatakan berkualitas apabila memiliki persyaratan utama, yaitu pelayanan itu sesuai prinsip ilmu dan teknologi kedokteran sehingga dapat terjamin mutunya, harus sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa, dan harus dapat dijangkau oleh mereka yang membutuhkan.

**b. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.** UU RI No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dalam penjelasan tentang pasal 53 ayat 2 mendefinisikan standar profesi sebagai "pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik". Secara singkat dapat dikatakan standar adalah pedoman kerja agar kehadiran standar Asuhan keperawatan yang identik dengan standar profesi keperawatan, berguna sebagai kriteria untuk mengukur keberhasilan dan mutu asuhan keperawatan. Akhir – akhir ini di Rumah Sakit Umum Daerah Poso, secara tidak langsung banyak pasien dan

pengujung pasien mengeluh atas kurang memadainya kinerja keperawatan, hal ini diduga bahwa sangat berkaitan dengan tindakan-tindakan asuhan keperawatan, dimana seseorang perawat kurang menghayati dan mengamalkan standar dan atau kode etik keperawatan.

**c. Motivasi Petugas.** Motivasi adalah proses internal yang utama yang mempengaruhi terpusatnya suatu kebutuhan. Karena itu, alasan utama seseorang perawat melakukan sesuatu pekerjaan adalah untuk memenuhi kebutuhannya. Bagaiman proses seseorang untuk memenuhi kebutuhannya dapat digambarkan sebagai berikut :

*Need* → *Motive* → *Behavior* → *Satisfaction or Dissatisfaction*

Mengapa memotivasi suatu pekerja (perawat) itu penting ?. Karena merupakan masalah utama dalam tahapan pekerjaan suatu pelayanan keperawatn. Bahwa diduga masalah motivasi suatu pekerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Poso yang mengakibatkan kienerjanya kurang memadai. Karena perawat di rumah sakit tersebut tidak lagi tertarik terhadap kelebihan jam kerja, dedikasi kepada suatu pekerjaan, kehadiran dan rutinitas (Informasi Kepala Perawatan RSUD Poso, 13 Desember 200&)

**d. Pelayanan Informasi.** Masyarakat sangat memerlukan informasi dari rumah sakit terutama jenis-jenis pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, jumlah dan jenis tanaga yang ada di rumah sakit, terutama tenaga-tenaga ahli dalam bidang-bidang tertentu. Masyarakat (pasien rawat jalan) kadang - kadang ada rasa bingung apabila berkunjung ke rumah

sakit, karena prosedur tetap (protap) pelayanannya masyarakat kurang mendapat informasi dari pihak rumah sakit. Kondisi yang demikian ini menyebabkan masyarakat banyak mencari pengobatan alternatif, karena kurangnya informasi dari pihak pemberi jasa (rumah sakit).

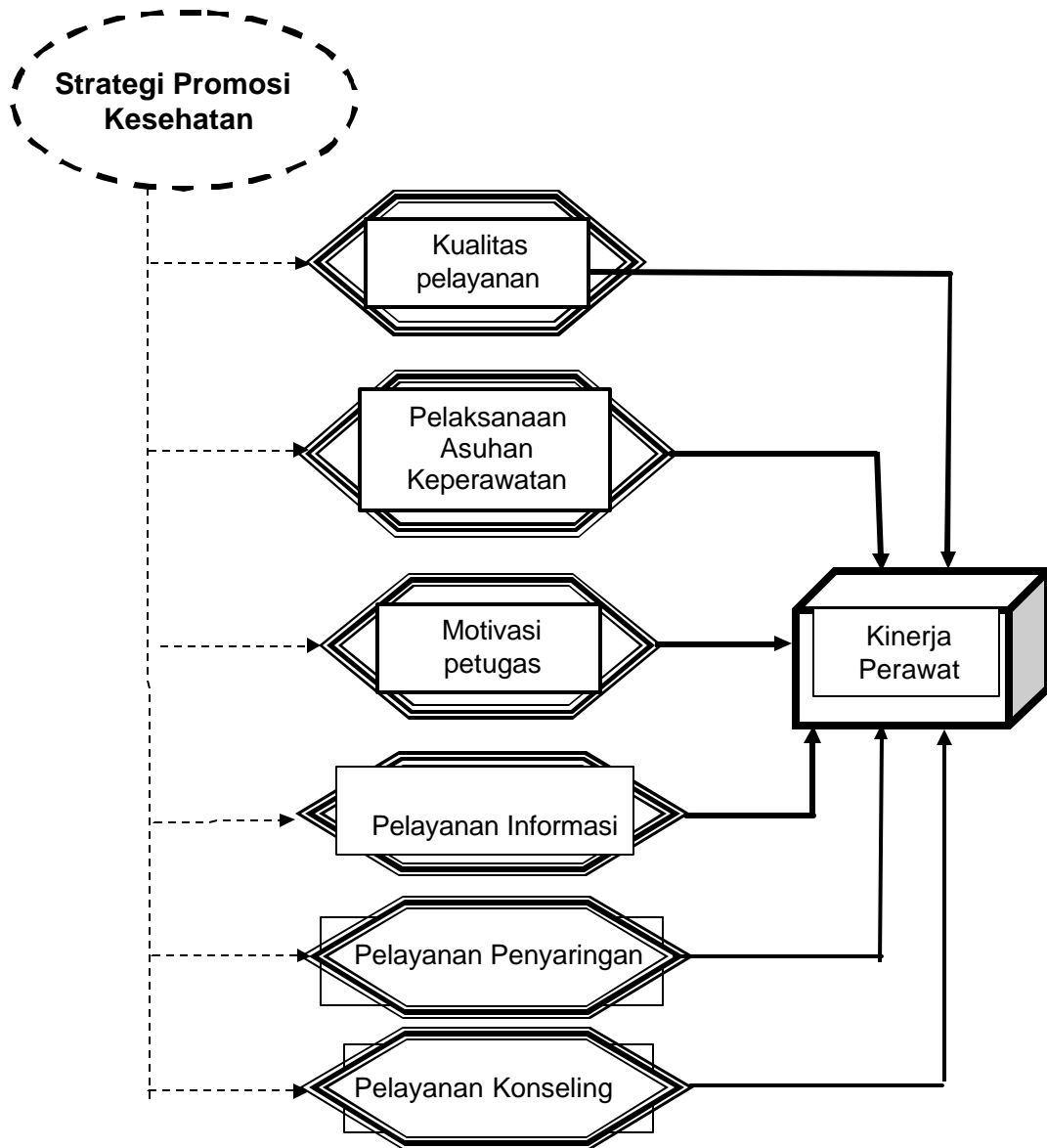
**e. Pelayanan Penyaringan.** Pelayanan penyaringan di rumah sakit adalah pelayanan non medis, misalnya pelayanan mobil ambulance, mobil mayat, dan kelengkapan sarana pendung rumah sakit seperti IPLC (instalasi pengiolahan limbah cair). Ketersedian sarana penyediaan air bersih, sarana pengumpulan dan wadah penyimpanan sampah. Sarana-sarana tersebut untuk RSUD Poso belum memadai. Terutama sarana IPLC belum dimiliki, ini dapat berdampak negatif terhadap masyarakat di sekitar rumah sakit tersebut. Pelayanan penyaringan di rumah sakit juga termasuk pelayanan Askes, JPKM, dan ASABRI. Pelayanan penyaringan ini juga sudah dilaksanakan RSUD Poso. Namun, masih perlu dibernahi karena masih terdengar ada keluhan terutama pasien ASKES dan JPKM.

**d. Pelayanan Konseling.** Konseling adalah proses pertolongan dimana seseorang dengan tulus dan tujuan jelas, memberi waktu, perhatian dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali dan melakukan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Pelayanan Konseling kebanyakan rumah sakit kurang seirus memperaktekkan pelayanan ini, sehingga banyak pasien, terutama pasien rawat jalan merasa kurang puas tentang pelayanan yang diberikan di suatu rumah sakit. RSUD Poso pelayanan ini belum

dilaksanakan dengan baik. Hal ini disebabkan rumah sakit tersebut memfokuskan pelayanan medis daripada pelayanan non medis. Kondisi ini disebabkan masih kurangnya tenaga-tenaga ahli dalam bidang tertentu, dan petugas yang ada seperti perawat kurang menyentun pelayanan ini, karena terlalu sibuk dalam pelayanan keperawatan dan juga terbatasnya keahlian – keahlian yang dimiliki. Padahal pelayanan ini sangat menentukan kualitas pelayanan di dalam rumah sakit.

## **2. Kerangka Konsep**

Secara sederhana kerangka konsep penelitian seperti gambar 6 pada halaman berikutnya :



Gambar 6. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

- = Hubungan Kerja Sama (tidak diteliti)  
 \_\_\_\_\_ = Yang diteliti.



## **N. Hipotesis Penelitian**

1. Kualitas pelayanan petugas berhubungan dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso.
2. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan berhubungan dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso.
3. Motivasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan berhubungan dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso.
4. Pelayanan informasi berhubungan dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso
5. Pelayanan penyaringan berhubungan dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso
6. Pelayanan konseling ada hubungan dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Poso

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain penelitian, Populasi dan sampel

##### 1. Desain Penelitian.

Penelitian ini menggunakan desain “Studi potong lintang” (*Crossectional Study*) yang merupakan salah satu jenis rancangan penelitian yang sifatnya analitik dan termasuk dalam jenis rancangan penelitian observasional. Desain ini dimaksudkan untuk mempelajari dinamika dan variasi variabel yang termuat dalam judul penelitian “Kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Poso “ berlangsung menurut perjalanan waktu. Variabel independen (kualitas pelayanan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan dan pelayanan konseling) maupun variabel dependen (kinerja perawat) diesksplorasi secara bersamaan, selanjutnya dilakukan analisis mengenai hubungan antara variabel independen dengan variabel dependennya.

Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah seperti :

- a) penetapan unit observasi, unit analisis, besar sampel, dan cara penarikan sampel,
- b) identifikasi variable penelitian,
- c) penempatan waktu dan lokasi penelitian,
- d) pengukuran variable, selama analisis hasil penelitian.

## 2. Populasi Penelitian

Yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang sedang di rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Poso Kabupaten Poso Provinsi Sulawesi Tengah periode Februari – Maret 2008.

## 3. Sampel Penelitian

**a. Unit observasi.** ialah pasien yang sedang di rawat inap di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Poso kabupaten Poso Provinsi Sulawesi Tengah.

**b. Unit analisis.** Adalah kinerja perawat yang dinilai melalui kualitas pelayanan yang diberikan petugas, yang di persepsi oleh pasien yang sedang mengalami perawatan, yang terdiri dari: variabel indeviden: (kualitas pelayanan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan dan pelayanan konseling) sedangkan variable dependennya ialah Kinerja perawat yang dinilai melalui persepsi pasien.

**c Besar Sampel.** Dihitung dengan menggunakan rumus sampel, untuk penelitian kesehatan seperti yang diperkenalkan oleh *Stanley Lemeshow, dkk :1997*, untuk jenis penelitian observasional dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P).N}{d^2 (N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)} = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)500}{0,05(500-1) + (1,96)^2 (0,5)(0,5)}$$

Keterangan :

N = Besar populasi (Mengacu pada jumlah kunjungan menurut pertengahan periode waktu, yakni Januari sampai dengan Juli di di RSUD Poso. Provinsi Sulawesi Tengah ) = 500 Orang.

$Z^2_{1-\alpha/2}$  = Nilai distribusi normal standar, untuk  $\alpha = 0,05$  nilainya = 1,96

P = Persentase Kinerja petugas dalam populasi, dan bila tidak diketahui, maka ditetapkan sebesar 0,5

Q = (1 – P)

$d^2$  = Tingkat presisi yang diinginkan (ditetapkan = 0,05)

n = Besar sampel ( dihitung menurut besar populasi sampel) = 187

**d Jenis penarikan sampel** Penarikan sampel dari populasi penelitian dilakukan dengan cara stratified proportional Random sampling, dengan stratanya adalah unit perawatan yang ada pada rumah sakit. Seperti terlihat pada tabel 2 di bawah ini :

Tabel 2. Distribusi penarikan sampel menurut jenis ruang rawat inap di RSUD Poso Kab.Poso Propinsi Sulawesi Tengan tahun 2008.

No	Jenis Ruang Rawat Inap	Jumlah Pasien	Sampel
1	Ruang Rawat Inap Bedah	156	53
2	Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam	189	65
3	Ruang Rawat Inap Anak	105	36
4	Ruang Rawat Inap Kebidanan	95	33
	<b>Jumlah</b>	<b>545</b>	<b>187</b>

Sumber : data primer

**e. Syarat sampel.** Pada penelitian ini, yang dimasukkan sebagai anggota sampel ialah yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- (1) Pasien dengan jenis kelamin laki-laki atau perempuan yang telah dirawat inap.
- (2) Berdomisili di wilayah kota Poso kabupaten Poso Provinsi Sulawesi Tengah.
- (3) Bersedia menjadi anggota sampel dengan menandatangani informed consent.

**f. Prosedur pemilihan dan penarikan sampel.** Penarikan sampel dari populasi penelitian dilakukan sebagai berikut.

- (1) Listing. Memilih status pasien rawat inap sesuai dengan kriteria sampel.
- (2) Seleksi. Memisahkan status pasien yang tidak memenuhi syarat sampel dan yang memenuhi syarat sampel.

**g. Pencatatan.** Melakukan wawancara terpimpin pada pasien yang terpilih sebagai anggota sampel, sesuai dengan kuesioner yang telah disusun sesuai dengan tujuan penelitian.

**h. Kunjungan rumah.** Mendatangi rumah responden yang memenuhi syarat untuk dilakukan wawancara, apabila pasien mendadak pulang (pulang paksa) sebelum dilakukan wawancara.

**i. Cara penarikan sampel.** Penarikan sampel dari populasi penelitian dilakukan sebagai berikut :

- (1) Hasil *listing* pasien yang memenuhi syarat, dibuat dalam satu daftar yang dikenal dengan daftar sampel (*sampling frame*).
- (2) Selanjutnya dari daftar tersebut diklasifikasi menurut jenis unit perawatan rumah sakit, dan besarnya jumlah pasien untuk masing-masing unit perawatan.
- (3) Dari masing-masing jumlah yang dirawat di ruang rawat dilakukan penarikan secara proporsional sesuai dengan besar sampel yang akan ditarik.

## **B. Definisi Oprasional**

Untuk kepentingan pengukuran maka semua variabel yang termasuk dalam tujuan penelitian dioperasionalkan sebagai berikut

### **1. Kinerja perawat**

Yang dimaksud dengan kinerja perawat pada penelitian adalah kemampuan yang diberikan oleh perawat berdasarkan persepsi pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari : Keterampilan melakukan pengkajian, Diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penilaian dilakukan dengan mengacu pada modifikasi prinsip skala pengukuran yang diperkenalkan oleh likert, yang terdiri dari lima skala yakni : sangat baik (skor = 5), baik ( skor = 4 ), cukup ( skor = 3 ), tidak baik ( skor = 2 ), sangat tidak baik ( skor = 1 ).

## **2. Kualitas pelayanan petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.**

Yang dimaksud dengan kualitas pelayanan petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah pelayanan yang diberikan oleh perawat yang dinilai melalui persepsi pasien yang terdiri : Penampilan fisik perawat, Kemampuan pemahaman perawat, kehandalan perawat, ketanggapan perawat, dan jaminan kepastian keperawatan yang diberikan oleh perawat. Penilaian dilakukan dengan metode “ modifikasi dari skala likert, yang terdiri dari lima skala yakni : sangat baik ( skor = 5 ), baik ( skor = 4 ), cukup ( skor = 3 ), tidak baik ( skor = 2 ), sangat tidak baik ( skor = 1 ).

## **3. Pelaksanaan asuhan keperawatan.**

Yang dimaksud dengan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada penelitian ini adalah dilaksanakannya asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan pelaksanaan keperawatan yang memenuhi syarat standar. Menurut persepsi pasien. Penilaian dilakukan dengan mengacu pada modifikasi prinsip pengukuran yang diperkenalkan oleh Likert yang terdiri dari 5 skala yakni ; sangat baik ( skor = 5 ), baik ( skor = 4 ), cukup ( skor = 3 ), tidak baik ( skor = 2 ), sangat tidak baik ( skor = 1 ).

## **4. Motivasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.**

Yang dimaksud dengan motivasi petugas pada penelitian ini adalah keikhlasan yang menjadi pendorong dalam pelaksanaan asuhan

keperawatan yang dilakukan oleh perawat menurut persepsi pasien. Penilaian dilakukan dengan mengacu pada modifikasi cara pengukuran yang diperkenalkan oleh Likert yang terdiri dari 5 skala yakni : sangat baik (skor=5 ), baik (skor= 4), cukup (skor =3 ), tidak baik (skor =2), sangat tidak baik (skor= 1).

#### **5. Pelayanan informasi dalam rumah sakit.**

Adalah suatu program aplikasi database yang terintegrasi mulai dari pendaftaran sampai pembuatan bill, baik pasien rawat jalan maupun rawat inap beserta unit-unit pendukung seperti radiology, laboratorium, apotik, stok, sampai akunting dan kepegawaian. Penilaian dilakukan dengan mengacu pada modifikasi cara pengukuran yang diperkenalkan oleh Likert yang terdiri dari 5 skala yakni : sangat baik (skor = 5 ), baik (skor = 4), cukup (skor =3 ), tidak baik (skor=2 ), sangat tidak baik (skor = 1)

#### **6. Pelayanan Penyaringan di rumah sakit.**

Adalah pelayanan non medis, tetapi sangat mendukung kegiatan medis dan dibutuhkan masyarakat seperti pelayanan mobil ambulance dan mobil mayat dan dapat juga diartikan pelayanan penyaringan kesehatan di rumah sakit adalah menyaring jasa pelayanan dari asuransi kesehatan misalnya ASKES, JPKM, ASBRI, dan asuransi kesehatan lainnya. Penilaian dilakukan dengan mengacu pada modifikasi cara pengukuran yang diperkenalkan oleh Likert yang terdiri



dari 5 skala yakni : sangat baik (skor = 5 ), baik (skor = 4), cukup (skor = 3), tidak baik (skor = 2), sangat tidak baik (skor = 1).

#### **7. Pelayanan konseling di rumah sakit .**

Adalah kegiatan percakapan tatap muka dua arah antara klien dengan petugas yang bertujuan memberikan bantuan mengenai berbagai hal yang ada kaitannya dengan pelayanan yang ada di rumah sakit (medis dan non medis) , sehingga akhirnya penerima pelayanan di rumah sakit mampu mengambil keputusan sendiri mengenai keluhan dan kebutuhannya apa yang terbaik bagi dirinya. Penilaian dilakukan dengan mengacu pada modifikasi cara pengukuran yang diperkenalkan oleh Likert yang terdiri dari 5 skala yakni : sangat baik (skor = 5 ), baik (skor= 4),cuku (skor =3), tidak baik(skor = 2),sangat tidak baik(skor = 1).

#### **C. Pengukuran Variabel**

Pengukuran variabel dilakukan pada semua variabel yang termasuk di dalam tujuan khusus penelitian yang terdiri dari: (Kinerja perawat, kualitas petugas dalam pelayanan asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan, dan pelayanan konseling).

## **1. Kinerja perawat**

### **Indikasi pengukuran.**

Didasarkan atas kesepakatan yang diberikan oleh responden pada saat melakukan wawancara terpimpin, sesuai dengan dimensi yang menyusun variabel kinerja perawat .

### **Kriteria Obyektif.**

Disusun menurut skala Likert dengan mengacu pada lima tingkatan skala sebagai berikut :

Sangat Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 25– 30

Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 19– 24

Cukup : Bila skor total yang dicapai antara: 13 – 18

Tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 7 – 12

Sangat tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 0 – 6

**Alat ukur yang digunakan.** ialah kuesioner berbentuk cek list yang disusun menurut dimensi variabel kinerja perawat di RSUD Kabupaten Poso dimana setiap pernyataan dinilai menurut bobot penilaian terdiri dari peringkat 5 sampai dengan peringkat 1.

## **2. Kualitas pelayanan keperawatan.**

### **Indikasi pengukuran.**

Didasarkan atas kesepakatan yang diberikan oleh responden pada saat melakukan wawancara terpimpin, sesuai dengan dimensi yang menyusun variabel kualitas pelayanan petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan..

**Kriteria Obyektif.**

Disusun menurut skala Likert dengan mengacu pada lima tingkatan skala sebagai berikut :

Sangat Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 85 – 105

Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 64 – 84

Cukup : Bila skor total yang dicapai antara: 43 – 63

Tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 22 – 42

Sangat tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 0– 21

**Alat ukur yang digunakan.** ialah kuesioner berbentuk chek list yang disusun menurut dimensi variabel kualitas petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Poso dimana setiap pernyataan dinilai menurut bobot penilaian terdiri dari peringkat 5 sampai dengan peringkat 1.

**3. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan****Indikasi pengukuran.**

Didasarkan atas kesepakatan yang diberikan oleh responden pada saat melakukan wawancara terpimpin, sesuai dengan dimensi yang menyusun variabel pelaksanaan petugas dalam asuhan keperawatan hubungannya dengan kinerja perawat dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Poso.

**Kriteria Obyektif.**

Disusun menurut skala Likert dengan mengacu pada lima tingkatan skala sebagai berikut :

Sangat Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 85 – 105

Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 64 – 84

Cukup : Bila skor total yang dicapai antara: 43 – 63

Tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 22 – 42

Sangat tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 0 – 21

**Alat ukur yang digunakan.**

alah kuesioner berbentuk cek list yang disusun menurut dimensi variabel petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Poso dimana setiap pernyataan dinilai menurut bobot penilaian terdiri dari peringkat 5 sampai dengan peringkat 1.

**3. Motivasi petugas.****Indikasi pengukuran.**

Didasarkan atas kesepakatan yang diberikan oleh responden pada saat melakukan wawancara terpimpin, sesuai dengan dimensi yang menyusun variabel motivasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan hubugannnya dengan kinerja perawat dalam rangka mempertahankan dan atau meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Poso.

**Kriteria obyektif.**

Disusun menurut skala Likert dengan mengacu pada lima tingkatan skala sebagai berikut :

Sangat Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 21 – 25

Baik : Bila skor total yang dicapai antara: 16 – 20

Cukup : Bila skor total yang dicapai antara: 11 – 15

Tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 6 – 10

Sangat tidak baik : Bila skor total yang dicapai antara: 0 – 5

**Alat ukur yang digunakan.** ialah kuesioner berbentuk chek list yang disusun menurut dimensi variabel motivasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Poso dimana setiap pernyataan dinilai menurut bobot penilaian terdiri dari peringkat 5 sampai dengan peringkat 1

**4. Pelayanan Informasi****Indikasi pengukuran.**

Didasarkan atas kesepakatan yang diberikan oleh responden pada saat melakukan wawancara terpimpin, sesuai dengan dimensi yang menyusun variabel pelayanan informasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan hubungannya dengan kinerja perawat dalam rangka mempertahankan dan atau meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Poso.

**Kriteria obyektif**

Disusun menurut skala Likert dengan mengacu pada lima tingkatan skala sebagai berikut :

Sangat Baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 21 – 25
Baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 16 – 20
Cukup	: Bila skor total yang dicapai antara: 11 – 15
Tidak baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 6 – 10
Sangat tidak baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 0 – 5

**Alat ukur yang digunakan.** ialah kuesioner berbentuk chek list yang disusun menurut dimensi variabel pelayanan informasi petugas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Poso dimana setiap pernyataan dinilai menurut bobot penilaian terdiri dari peringkat 5 sampai dengan peringkat 1

**5. Pelayanan Penyaringan****Indikasi pengukuran.**

Didasarkan atas kesepakatan yang diberikan oleh responden pada saat melakukan wawancara terpimpin, sesuai dengan dimensi yang menyusun variabel pelayanan penyaringan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan hubungannya dengan kinerja perawat dalam rangka mempertahankan dan atau meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Poso.

**Kriteria obyektif**

Disusun menurut skala Likert dengan mengacu pada lima tingkatan skala sebagai berikut :

Sangat Baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 21 – 25
Baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 16 – 20
Cukup	: Bila skor total yang dicapai antara: 11 – 15
Tidak baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 6 – 10
Sangat tidak baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 0 – 5

**Alat ukur yang digunakan.** ialah kuesioner berbentuk cek list yang disusun menurut dimensi variabel pelayanan penyaringan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Poso dimana setiap pernyataan dinilai menurut bobot penilaian terdiri dari peringkat 5 sampai dengan peringkat 1

**6. Pelayanan Konseling****Indikasi pengukuran.**

Didasarkan atas kesepakatan yang diberikan oleh responden pada saat melakukan wawancara terpimpin, sesuai dengan dimensi yang menyusun variabel pelayanan konseling dalam pelaksanaan asuhan keperawatan hubungannya dengan kinerja perawat dalam rangka mempertahankan dan atau meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Poso.

**Kriteria obyektif**

Disusun menurut skala Likert dengan mengacu pada lima tingkatan skala sebagai berikut :

Sangat Baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 21 – 25
Baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 16 – 20
Cukup	: Bila skor total yang dicapai antara: 11 – 15
Tidak baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 6 – 10
Sangat tidak baik	: Bila skor total yang dicapai antara: 0 – 5

**Alat ukur yang digunakan.** ialah kuesioner berbentuk chek list yang disusun menurut dimensi variabel pelayanan konseling dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Kabupaten Poso dimana setiap pernyataan dinilai menurut bobot penilaian terdiri dari peringkat 5 sampai dengan peringkat 1

**D. Kontrol Kualitas**

Kontrol kualitas dimaksudkan untuk pengawasan pada seluruh proses pengukuran, untuk mencapai hasil yang *valid* dan *reliable*, sehingga diperoleh hasil pengukuran yang dapat mendekati keadaan yang sebenarnya dan memperoleh teori yang baik, sebagai dasar kajian ilmiah yang berhubungan dengan kinerja perawat. Ada dua kesalahan yang sering terjadi dalam proses penelitian, yaitu *sampling error* (kesalahan sampel), dan kesalahan sistematis (kesalahan betha) yang terjadi karena



faktor pengukur, alat ukur dan obyek yang diukur. Untuk mengurangi kesalahan-kesalahan tersebut dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

### **1. Standarisasi petugas lapangan dan instrument**

**a. Pelatihan petugas lapangan.** Penelitian ini dirancang dengan desain cross sectional studi, dan pada pelaksanaan pengumpulan data menggunakan pengumpul data sebagai pendamping peneliti. Untuk maksud tersebut dilakukan standarisasi yang bertujuan menjelaskan latar belakang dan tujuan penelitian, serta melatih menggunakan instrument penelitian secara baik dan benar dengan harapan-harapan sebagai berikut: a) memahami tujuan dan merasa memiliki penelitian yang dilakukan, b) memahami sistem dan tata kerja organisasi penelitian, c) mampu memahami dan menguasai kuesioner, d) mampu melakukan wawancara dengan baik dan benar, e) mampu memecahkan masalah yang terjadi di lapangan.

**b. Uji coba kuesioner dilapangan.** Uji coba lapangan dilakukan pada pasien rawat inap di rumah sakit di luar RSUD Kabupaten Poso tetapi letaknya tidak jauh dari RSUD Kabupaten Poso Provinsi Sulawesi Tengah dan berstatus milik pemerintah. Adapun tujuan uji coba, yaitu : a) uji coba wawancara di lapangan dalam kegiatan pengumpulan data, b) pengorganisasian kegiatan-kegiatan di lapangan, c) uji coba alat ukur atau kuesioner yang digunakan, d) identifikasi item-item yang masih harus ditambahkan di dalam kuesioner, e) estimasi waktu yang diperlukan untuk pengisian kuesioner.

## E. Pengolahan Data

### 1. Penyuntingan data

Penyuntingan data dilakukan dua kali yakni: pertama, pada saat pelaksanaan wawancara dilapangan dengan tujuan untuk mengoreksi secara langsung kesalahan-kesalahan pada pengisian kuesioner oleh pewawancara. Kedua pada saat awal pengolahan data yang dimaksudkan untuk menilai hasil pengisian kuesioner secara keseluruhan apakah memenuhi syarat untuk diikutkan dalam analisis atau tidak.

### 2. Koding kuesioner

- a. **Pembuatan daftar variabel**, yang dimaksudkan untuk memberi kode pada semua variabel yang ada di dalam kuesioner.
- b. **Pembuatan daftar koding**, yang digunakan untuk memindahkan hasil pengisian daftar koding kuesioner ke dalam daftar koding tersendiri yang siap untuk dimasukkan di dalam program pemasukan data.
- c. **Pemindahan hasil pengisian kuesioner**, ke dalam daftar kode yang ada di dalam kuesioner.
- d. **Pembuatan program entry data**. Program entry data yang dibuat di dalam komputer tersebut melalui program SPSS sesuai dengan daftar variabel yang telah disusun sebelumnya.

### **3. Entry data (pemasukan data ke dalam computer)**

Pemasukan data ke dalam komputer yang sudah dilakukan pengkodean atau yang telah diberi kode dengan lengkap sesuai dengan jadwal yang ada pada kuesioner tersebut.

### **4. Pembersihan data**

Data yang telah dimasukkan tidak terluput dari kesalahan-kesalahan yang disebabkan oleh karena faktor keletihan atau kejenuhan peneliti sehingga perlu dilakukan pembersihan sebelum dilakukan analisis.

## **F. Cara Analisis Data**

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang (*crossectional study*), sedangkan analisis hubungan variabel independen dengan variabel dependennya menggunakan tabel dengan skala pengukuran ordinal. Untuk itu analisis variabel yang dilakukan adalah sebagai berikut

### **1. Analisis persentase variabel**

Dilakukan analisis distribusi frekuensi persentase variabel tunggal khususnya variabel karakteristik umum pasien yang dianggap terkait dengan variabel yang ada di dalam tujuan khusus penelitian.

### **2. Analisis Hubungan variabel**

Dilakukan analisis hubungan antara variabel independen dengan variabel dependennya dengan menggunakan tabulasi silang (*crostab*). Sedangkan untuk menilai adanya hubungan antara variabel independen

dengan variabel dependennya, digunakan uji yang diperkenalkan oleh 'Kendall thau' pada tahun 1983, dengan rumus sebagai berikut:

$$\tau\text{-c} (\tau) = \frac{2m (K - D)}{n^2 (m - 1)}$$

Keterangan :

K = Jumlah pasangan Konkordans

D = Jumlah pasangan Diskonkordans

n = Banyaknya pasangan yang mungkin dibentuk.

m = Adalah bilangan terkecil diantara kategori dari variabel ordinal X dan Y digunakan untuk menghitung index korelasi ialah kendall tau-b dan c, dimana nilainya hampir mencapai nilai (+ 1) dan (- 1).

#### Interpretasi:

Dinyatakan signifikan bila nilai  $\tau\text{-c} (\tau)$  hasil perhitungan = dari nilai Z standar, di mana untuk  $\alpha = 0,05$  nilainya pada tabel distribusi normal standar = 1,96.

Besarnya korelasi variable independen terhadap variabel dependennya dihitung dengan uji "Spearman correlation" dengan rumus:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum b_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan :

$\rho = r_{\text{rho}} = r_s$  adalah besarnya korelasi variabel independen terhadap dependennya.

$b_i =$  Perbedaan nilai variabel independen dan dependen

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada ruang rawat inap RSUD Kabupaten Poso, Provinsi Sulawesi Tengah, dari tanggal 15 Februari sampai dengan tanggal 15 Maret 2008. Unit sampel (unit observasi) adalah pasien yang sedang di rawat inap RSUD Poso, periode Januari sampai dengan Maret tahun 2008, sedangkan unit analisisnya adalah kinerja perawat yang dinilai melalui kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat, yang dipersepsi oleh pasien yang sedang mengalami perawatan. (variabel dependen) dengan variabel independen (kualitas pelayanan keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan, dan pelayanan konseling), seperti yang tertuang dalam tujuan khusus penelitian. Penarikan sampel dari populasi penelitian dilakukan dengan cara stratified proportional random sampling dengan stratanya adalah unit perawatan yang ada pada RSUD Poso. Besarnya sampel yang ditarik dari RSUD Poso berdasarkan hasil perhitungan dengan rumus sampel adalah 187 pasien. Setelah dilakukan pemeriksaan terhadap kuesioner yang telah diisi, ternyata semuanya memenuhi syarat untuk diikutkan dalam pengolahan dan analisis data. Alat ukur yang digunakan adalah Kuesioner berbentuk *check list* yang disesuaikan dengan tujuan khusus penelitian yang akan dicapai.

Dari hasil pengolahan data yang telah dilakukan kemudian disajikan dalam bentuk tabel deskriptif maupun tabel analisis hubungan antara variabel independent dengan variabel dependennya, serta gambaran umum RSUD Poso, yang secara sistematis disajikan sebagai berikut :

### **1. Gambaran umum RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah.**

Rumah sakit umum daerah poso adalah rumah sakit pemerintah daerah kabupaten poso provinsi Sulawesi tengah. Rumah sakit umum daerah poso terletak diantara  $0^{\circ} 06' 56''$  dan  $3^{\circ} 37' 41''$  lintang selatan serta  $120^{\circ} 06' 17''$  bujur timur dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah utara : teluk tomini dan Sulawesi utara.
- sebelah timur : kabupaten Banggai dan teluk Tolo.
- Sebelah selatan : Provinsi sulawesi Selatan dan Provinsi Sulawesi tenggara.
- Sebelah barat : Kabupaten Donggala.

Luas wilayah kabupaten poso adalah 2.801.350 Ha dan bergunung-gunung. Secara administratif kabupaten poso terdiri dari 20 kecamatan dengan 417 desa/kelurahan.

#### **a. Kedudukan**

Rumah sakit umum daerah poso pada tanggal 9 januari 2003 telah berubah status menjadi Badan Pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Poso, berdasarkan perda No.8 Tahun 2003. Badan pelayanan kesehatan rumah sakit umum daerah poso, adalah unsur

pelaksanaan dan penyelenggara pemerintahan dan pembangunan dibidang pelayanan kesehatan dan dalam pelaksanaan tugasnya berada dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui sekretaris daerah.

#### **b. Tugas Pokok dan Fungsi**

##### 1) Tugas pokok

Badan pelayanan kesehatan rumah sakit umum daerah poso mempunyai tugas mambantu pemerintah daerah dalam menyelenggarakan pemerintahan dan pembangunan dibidang pengelolaan pelayanan kesehatan di daerah.

##### 1) Fungsi

Dalam menyelenggarakan tugas badan pelayanan kesehatan Daerah Poso mempunyai fungsi : (1). Merumuskan kebijaksanaan teknis pengelolaan pelayanan kesehatan di daerah. (2) Melaksanakan upaya kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. (3). Melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit.

Untuk menyelenggarakan tugas, badan pelayanan kesehatan rumah sakit umum daerah poso melaksanakan :

- a) Pelayanan medis
- b) Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- c) Pelayanan dan asuhan keperawatan
- d) Pelayanan rujukan
- e) Pendidikan dan pengembangan
- f) Pelayan administrasi umum dan keuangan.

**c. Struktur Organisasi**

Bagan struktur organisasi badan pelayanan kesehatan rumah sakit umum daerah poso adalah mengacu pada peraturan Daerah Poso N0.8 tahun 2003 terlampir, dengan susunan organisasi sebagai berikut :

- 1) direktur
- 2) sekretaris membawahi : 1).Sub bagian umum dan rekam medik. 2) Sub bagian keuangan dan kepegawaian. 3). Sub bagian program dan pelaporan
- 3) bidang pelayanan membawahi :
- 4) sub bidang ketenagaan dan pengendalian mutu pelayanan medis
- 5) sub bidang pengembangan fasilitas pelayanan medis
- 6) bidang keperawatan, membawahi : 1).Sub bidang asuhan keperawatan. 2).Sub bidang profesi keperawatan. 3).Sub bidang logistik keperawatan
- 7) komite medik dan komite keperawatan
- 8) instansi



9) satuan pengawas interen

10) kelompok jabatan fungsional

#### **d. Visi dan Misi**

Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan maka rumah sakit umum daerah poso memiliki :

**Visi :** Menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan yang terbaik dikabupaten poso.

**Misi :** Melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan serta terjangkau oleh masyarakat dengan sentuhan kasih sayang.

**Motto :** Kepuasan pelanggan adalah kepuasan kami.

#### **Tujuan :**

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas sumber daya manusia.
- 2) Meningkatkan kesejahteraan karyawan serta tersedianya sarana dan prasarana yang memadai

**Sasaran :** Tercapainya sistem pelayanan terpadu.

#### **e. Ketenagaan**

Berdasarkan laporan tahunan RSUD poso tahun 2007, jumlah tenaga yang ada sebanyak 184 orang yang terdiri dari : Dokter umum 4 orang, dokter spesialis bedah 1 orang, dokter spesialis dalam 1 orang, dokter spesialis obgin 1 orang, dokter gigi 1 orang, sarjana keperawatan 2 orang, D III keperawatan 93 orang, DIII kebidanan 5 orang, SPK sebanyak 12 orang, bidan 18 orang, SPRG sebanyak 2

orang, apoteker 2 orang, asisten apoteker 4 orang, sarjana kesehatan masyarakat 4 orang, DIII sanitarian 2 orang, tenaga kesehatan lain 2 orang, DIII gizi 2 orang, tenaga gizi lainnya 2 orang, anastesi 3 orang, pengatur rawat gigi 1 orang, analisis kesehatan 5 orang, sarjana ekonomi 1 orang, sarjana hukum 1 orang, sarjana lainnya 3 orang, SLTA 6 orang, STM 4 orang.

## 2. Analisis Hasil Penelitian

Sebelum penelitian ini dilaksanakan terlebih dahulu telah dilakukan uji coba kuesioner yang digunakan untuk menilai kelayakannya untuk digunakan (kontrol kualitas) sebanyak 30 pasien dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3 Nilai korelasi variabel independen terhadap variabel dependennya (hasil uji coba kuesioner sebagai kontrol kualitas) pada RSUD Ampana Kab. Tojo Una-una Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

No	Variabel Independen ( X )	Nilai korelasi dengan variabel depemden RSUD POSO (Y)	Signif. (p)
1	Kualitas pelayanan keperawatan	0,634	0,003
2	Pelaksanaan asuhan keperawatan	0,808	0,000
3	Motivasi petugas	0,725	0,000
4	Pelayanan Informasi	0,870	0,023
5	Pelayanan Penyaringan	0,670	0,000
6	Pelayanan konseling	0,837	0,001
8	Kinerja Perawat	0,700	0,019

Sumber : Data primer

Tabel 3 di atas memperlihatkan bahwa hasil uji coba variabel independen dengan variabel dependennya (uji validity) semuanya memberi korelasi bermakna, dengan tingkat korelasi terendah 0,654 dan tertinggi 0,837. Informasi tersebut memperlihatkan bahwa kuesioner yang telah disusun sebelumnya layak digunakan.

Selanjutnya penelitian ini menggunakan tenaga pembantu peneliti sebanyak 4 orang dengan kualifikasi Kepala ruangan maka untuk meminimalkan kesalahan yang terjadi oleh karena faktor pengukur (kesalahan sistematis) maka dilakukan uji reliabilitas antara peneliti sebagai *gold standard* dengan peneliti pembantu dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4 Tingkat kesesuaian kemampuan peneliti pembantu dengan gold standarnya (hasil uji coba reliabilitas atau validasi anggota peneliti sebagai kontrol kualitas) pada Ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengan tahun 2008

No	Peneliti pembantu	Tingkat kesesuaian dgn Gold standar (%)
1	Kepala ruang rawat inap Bedah	87 %
2	Kepala ruang rawat inap anak	82 %
3	Kepala ruang rawat inap interna	79 %
4	Kepala ruang rawat inap kebidanan	83 %

Sumber : Data primer

Tabel 4 memberikan informasi bahwa setelah dilakukan uji validasi maka kemampuan peneliti pembantu berkisar antara 79 % sampai dengan 87 % dengan gold standarnya (peneliti utama). Dengan demikian tenaga peneliti pembantu dapat digunakan pada pelaksanaan penelitian.

Selanjutnya dilakukan analisis hasil penelitian dalam bentuk analisis variabel tunggal, yang terdiri: dari data umum pasien (kelompok umur, Jenis kelamin, status pekerjaan, jenis pekerjaan, status berobat, tempat berobat di rumah sakit lainnya, frekuensi melakukan pengobatan dan analisis variabel tunggal yang termasuk dalam tujuan khusus penelitian), serta analisis hubungan sebab akibat antara variabel independen dan dependennya.

**a. Analisis data umum pasien.** Dimaksudkan untuk menilai beberapa karakteristik umum atau data umum pasien yang dianggap memberikan kontribusi terhadap variabel akibat (*dependent variable*) yang sedang diamati, yang disajikan secara sistematis pada tabel berikut ini:

Tabel. 5 Distribusi jenis kelamin pasien yang berobat pada Ruang Rawat Inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persen (%)
Laki-laki	83	44,4
Perempuan	104	55,6
<b>Jumlah</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Sumber : Data primer

Tabel 5 memberikan informasi bahwa pasien yang berobat pada ruang rawat inap RSUD Poso, 55,6 % berjenis kelamin perempuan dan selebihnya berjenis kelamin laki-laki.

Tabel. 6 Distribusi status pekerjaan pasien yang berobat pada ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Status Pekerjaan	Jumlah (n)	Persen (%)
Bekerja	142	75,9
Tidak Bekerja	45	24,1
<b>Jumlah</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Sumber : Data primer

Tabel 6 memperlihatkan, status pekerjaan pasien yang berobat pada ruang rawat inap RSUD Poso, adalah 75,9 % berstatus bekerja dan selebihnya termasuk tidak bekerja.

Tabel. 7 Distribusi Jenis pekerjaan pasien yang berobat pada ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Jenis pekerjaan	Jumlah	Persen (%)
PNS	51	27,3
Swasta	39	20,9
ABRI/POLRI	14	7,5
Buruh/tani	38	20,3
Tidak bekerja	45	24,1
<b>Jumlah</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Sumber : Data Primer.

Pekerjaan pasien memberi kontribusi terhadap pemanfaatan ruang rawat inap yang disediakan oleh RSUD Poso. Pengelompokan jenis pekerjaan di atas didasarkan pada jenis pekerjaan tetap kepala keluarga.

Dari hasil observasi yang telah dilakukan (tabel 7) memperlihatkan bahwa persentase pekerjaan pasien tidak berbeda jauh kecuali jenis pekerjaan ABRI/POLRI dengan persentase rendah (7,5 %).

Tabel. 8 Distribusi kelompok umur pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Kelompok umur (tahun)	Jumlah (n)	Persen (%)
< - 24	44	23,5
25 – 29	30	16,0
30 – 34	21	11,2
35 – 39	19	10,2
40 – 44	18	9,6
45 - 49	8	4,3
50 ->	47	25,1
<b>Jumlah</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Sumber : Data Primer

Tabel 8, memberikan informasi bahwa pada penelitian ini mayoritas pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso tersebut berumur 50 tahun keatas (25,1%) dan kurang 24 tahun (23,5%).

Tabel 9. Distribusi Tempat berobat lain pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Tempat berobat lain	Jumlah (n)	Persen (%)
Tidak pernah	119	63.6
RS Undata	29	15.5
RS TNI/bhayangkara	3	1.6
RS Budi Agung	7	3.7
RSUD Ampana	4	2.1
RSUD Kolonodale	3	1.6
Puskesmas	22	11.8
<b>Jumlah</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Sumber : Data Primer

Tabel 9 memperlihatkan bahwa 63,6% dari pasien yang dirawat inap di RSUD Poso, tidak pernah memanfaatkan tempat pengobatan lain selain dari RSUD Poso, sedangkan selebihnya bervariasi menurut beberapa rumah sakit. Persentase terbanyak ialah rumah sakit Undata (15,5%) dan di Puskesmas sebanyak 11,8%.

Tabel 10 Distribusi tujuan berobat di rumah sakit lainnya, pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Tujuan berobat di rumah sakit lain	Jumlah (n)	Persen (%)
Tidak berobat	119	63,6
Keterangan sehat/sakit	8	4.3
General check up	3	1.6
Pem.laboratorium	7	3.7
Berobat jalan	14	7.5
Rawat inap	31	16.6
Rawat darurat	4	2.1
Lainnya	1	5
<b>Jumlah</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Sumber : Data Primer

Tabel 10 memberikan informasi bahwa pasien yang dirawat inap dan pernah berobat di rumah sakit lainnya, mayoritas melakukan rawat inap (16,6%), dan yang lainnya adalah bervariasi dengan persentase 1,6% sampai dengan 7,5%.

Tabel 11. Distribusi frekuensi melakukan rawat inap pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Frekuensi berobat di RSUD Poso	Jumlah (n)	Persen (%)
Satu kali	109	58.3
Dua kali	49	26.2
Tiga kali	20	10.7
Lebih tiga kali	9	4.8
<b>Jumlah</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Sumber : Data Primer

Tabel 11 memberikan informasi, bahwa frekuensi pasien yang melakukan rawat inap satu kali sebanyak 58,3% atau lebih dari setengah pasien yang dirawat inap di RSUD Poso. Selebihnya bervariasi dari dua kali mengalami rawat inap (26,2%), dan tiga kali atau lebih 15,5 %.

**b. Analisis deskripsi variabel penelitian.** Pada tahap ini dilakukan analisis mengenai variabel yang termasuk di dalam kerangka konsep/tujuan khusus penelitian yakni: variabel independen (kualitas pelayanan keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan, dan pelayanan konseling). Sedangkan variabel dependennya ialah kinerja perawat. Pengelompokan variabel didasarkan atas tingkatan penilaian pasien terhadap pernyataan yang diberikan di dalam kuesioner. Penyusunan skala mengacu pada prinsip skala kategori (*rating scale*), dengan 5 option pernyataan yakni : *Sangat baik; Baik; cukup, Tidak baik; dan Sangat tidak*



*baik*, dengan nilai kuantifikasi masing-masing 5, 4, 3, 2, dan 1 Kategori masing-masing variabel disesuaikan dengan sifat pernyataan yang ada didalam kuesioner, sedangkan jumlah masing-masing dimensi (option) yang menyusun variabel penelitian bervariasi menurut jenis variabel. Untuk penentuan interval skala untuk masing-masing tingkatan penilaian pasien terhadap kinerja dan faktor yang mempengaruhinya, dilakukan dengan memperkalikan ke 5 nilai kuantifikasi dari masing-masing tingkat penilaian, dengan banyaknya masing-masing option yang menyusun variabel penelitian. Untuk variabel kualitas pelayanan keperawatan, maka nilai kuantifikasinya adalah penjumlahan dari skor dimensi (*tanggible, Emphaty, Reliability, Responsiveness, dan assurance*) yang merupakan option dari variabel kualitas pelayanan.

Untuk variabel pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari 21 option maka nilai kuantifikasinya adalah: 21x5 (Sangat baik), 21x4 (Baik), 21x3 (Cukup), 21x2 (tidak baik) dan 21x1 (Sangat tidak baik). Untuk variabel yang terdiri dari 5 option yakni: motivasi perawat, pelayanan informasi RS, pelayanan penyaringan RS, Pelayanan konseling RS, yang masing-masing terdiri dari 5 option maka nilai kuantifikasinya adalah :5x5 (Sangat baik), 5x4 (baik), 5x3 (Cukup), 5x2 (tidak baik) dan 5x1 (Sangat tidak baik). Untuk variabel kinerja perawat yang terdiri dari 6 option maka nilai kuantifikasinya adalah: 6x5 (Sangat baik), 6x4 (baik), 6x3 (Cukup), 6x2 (tidak baik) dan 6x1 (Sangat tidak baik). Nilai tersebut di atas berlaku sebagai batas atas untuk masing masing kategori,

sedangkan batas bawah untuk masing-masing kategori ditetapkan sesuai dengan nilai terendah dari kategori tersebut dan di atas nilai tertinggi dari kategori sebelumnya. Selanjutnya nilai ini dijadikan sebagai acuan untuk menilai tingkat penilaian pasien didalam sampel.

Khusus untuk variabel kualitas pelayanan keperawatan yang tersusun oleh dimensi: (*tangible, Emphaty, Reliability, Responsiveness, dan assurance*) disajikan seperti tabel 12 halaman berikutnya :

Tabel.12 Perhitungan skor interval kelas dimensi variabel kualitas pelayanan pasien pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

No	PERHITUNGAN SKOR DAN INTERVAL				GRADE
	Batas atas kelas (5 option)	Interval	Batas atas kelas (4 option)	Interval	
1	$5 \times 5 = 25$	21 – 25	$4 \times 5 = 20$	17 – 20	Sangat baik
2	$5 \times 4 = 20$	16 – 20	$4 \times 4 = 16$	13 – 16	Baik
3	$5 \times 3 = 15$	11 – 15	$4 \times 3 = 12$	9 – 12	Cukup
4	$5 \times 2 = 10$	6 – 10	$4 \times 2 = 8$	5 – 8	Tidak Baik
5	$5 \times 1 = 5$	0 – 5	$4 \times 1 = 4$	0 – 4	Sangat Tidak Baik

Sumber : Data primer

Dengan mengacu pada prinsip pada tabel 12 di atas, maka tingkat penilaian untuk masing-masing sub dimensi variabel kualitas pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

Tabel 13 Distribusi Penampilan fisik (*tangible*) kualitas pelayanan keperawatan menurut persepsi pasien yang di rawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
21 – 25	Sangat baik	29	15,5
16 – 20	Baik	112	59,9
11 – 15	Cukup	44	23,5
6 – 10	Tidak baik	2	1,1
0 – 5	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Tabel 13 memberikan informasi yakni, lebih dari setengah (75,4 %) pasien memberikan penilaian fisik pada RSUD Poso, termasuk kategori Sangat baik dan baik.

Tabel 14 Distribusi Kemampu pahaman (*Emphaty*) kualitas pelayanan keperawatan menurut persepsi pasien yang di rawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	0	0,0
13 – 16	Baik	77	41,2
9 – 12	Cukup	103	56,1
5 – 8	Tidak baik	5	2,7
0 – 4	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Dari segi kemampuan petugas pelayanan kesehatan yang sedang bertugas untuk memahami, tugas dan tanggung jawab keperawatan, mayoritas pasien (58,8%) memberikan penilaian masih termasuk kategori cukup dan tidak baik, dan hanya 41,2% yang menganggap sudah termasuk baik, seperti diperlihatkan oleh tabel 14. Dari tabel tersebut memberi petunjuk bahwa kondisi tenaga keperawatan yang dimiliki oleh RSUD Poso sekarang ini, masih perlu ditingkatkan kemampuan keperawatannya.

Tabel15 Distribusi Kehandalan (*Reliability*) kualitas pelayanan keperawatan menurut persepsi pasien yang di rawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen ( % )
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	0	0,0
13 – 16	Baik	94	50,3
9 – 12	Cukup	85	45,5
5 – 8	Tidak baik	8	4,2
0 – 4	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab keperawatan, maka kehandalan petugas keperawatan, merupakan hal yang tidak dapat dihindari, dalam suatu rumah sakit. Terutama apabila diinginkan tercapainya kualitas yang memadai dari pasien yang sedang dirawat.

Tabel 15 memberikan informasi bahwa 50,3% dari pasien yang dirawat memberikan penilaian yang termasuk kategori baik, dan

selebihnya (49,7%) masih memberikan penilaian termasuk kategori cukup dan tidak baik. Dari informasi tersebut, juga memberi petunjuk pentingnya peningkatan kehandalan pada petugas keperawatan dalam melaksanakan tugas keperawatannya di RSUD Poso tersebut.

Tabel 16 Distribusi Ketanggapan (*Responsiveness*) kualitas pelayanan keperawatan menurut persepsi pasien yang di rawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	1	0,5
13 – 16	Baik	91	48,7
9 – 12	Cukup	85	45,5
5 – 8	Tidak baik	10	5,3
0 – 4	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Dalam proses keperawatan Sangat dibutuhkan petugas keperawatan yang tanggap, terhadap segala tugas-tugasnya, terutama ketanggapan terhadap segala kebutuhan pasien yang sedang dirawat inap. Tabel 16 memberikan informasi bahwa baru 49,2% dari pasien memberikan penilaian bahwa ketanggapan petugas keperawatan termasuk kategori baik dan Sangat baik. Selebihnya masih memberikan penilaian yang termasuk kategori cukup sampai dengan tidak baik.

Pembenahan terhadap ketanggapan petugas keperawatan pada RSUD Poso tersebut masih perlu mendapat perhatian, untuk memberikan

jaminan mutu terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien yang sedang dirawat sekarang dan akan datang.

Tabel 17 Distribusi Jaminan kepastian (*Assurance*) kualitas pelayanan keperawatan menurut persepsi pasien yang di rawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	0	0,0
13 – 16	Baik	111	59,4
9 – 12	Cukup	74	39,6
5 – 8	Tidak baik	2	1,1
0 – 4	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Setiap pasien yang masuk rumah sakit baik dalam keadaan terpaksa (darurat) maupun sukarela, senantiasa membutuhkan adanya jaminan kepastian kesembuhan dan perawatan yang baik dan bermutu. Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Poso yang dituangkan dalam Tabel 17 memberikan informasi, bahwa 59,4% dari pasien yang dirawat inap menganggap bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan oleh RSUD Poso tersebut memberikan jaminan kesembuhan dan kualitas keperawatan yang termasuk kategori baik. dan 39,6% menilai cukup, dan 1,1 % menganggap tidak baik.

Tabel 18 Distribusi kualitas pelayanan keperawatan menurut pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
85 – 105	Sangat baik	62	33,2
64 – 84	Baik	107	57,2
43 – 63	Cukup	18	9,6
22 – 42	Tidak baik	0	0,0
0 – 21	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Tabel 18 memberikan informasi, bahwa kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan oleh petugas RSUD Poso mayoritas termasuk kategori Sangat baik dan baik (90,4%).

Tabel 19 Distribusi pelaksanaan asuhan keperawatan menurut pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
85 – 105	Sangat baik	34	18,2
64 – 84	Baik	138	73,8
43 – 63	Cukup	13	7,0
22 – 42	Tidak baik	2	1,1
0 – 21	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Adapun variabel pelaksanaan asuhan keperawatan, maka tabel 19 memberikan informasi bahwa 92,0% termasuk kategori Sangat baik dan baik.

Tabel 20 Distribusi Motivasi petugas keperawatan menurut pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
21 – 25	Sangat baik	58	31,0
16 – 20	Baik	101	54,0
11 – 15	Cukup	22	11,8
6 – 10	Tidak baik	4	2,1
0 – 5	Sangat tidak baik	2	1,1
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Adapun Motivasi petugas RSUD dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, table 20 memberikan informasi, bahwa 85% termasuk motivasinya Sangat baik dan baik menurut penilaian pasien.

Tabel 21 Distribusi pelayanan informasi keperawatan menurut pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	34	18,2
13 – 16	Baik	120	64,2
9 – 12	Cukup	32	17,1
5 – 8	Tidak baik	1	0,5
0 – 4	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer



Pelayanan informasi yang dilakukan oleh petugas RSUD Poso 82,% termasuk kategori Sangat baik dan baik menurut penilaian pasien.

Tabel 22 Distribusi pelayanan penyaringan menurut pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen ( % )
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	38	20,3
13 – 16	Baik	112	59,9
9 – 12	Cukup	36	19,3
5 – 8	Tidak baik	1	0,5
0 – 4	Sangat tidak baik	0	0,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Adapun pelayanan penyaringan maka tabel 22 memberikan informasi, 80,2% sudah termasuk kategori Sangat baik dan baik.

Tabel 23 Distribusi pelayanan konseling keperawatan menurut pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen ( % )
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	48	25,7
13 – 16	Baik	93	49,7
9 – 12	Cukup	37	19,8
5 – 8	Tidak baik	5	2,7
0 – 4	Sangat tidak baik	4	2,1
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Untuk pelayanan konseling keperawatan, maka tabel 23 memberikan informasi bahwa 75,4% sudah termasuk kategori Sangat baik, dan baik.

Tabel 24 Distribusi kinerja perawat menurut pasien yang dirawat inap pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Interval dan Grade		Jumlah (F)	Persen (%)
Interval kelas	Grade		
17 – 20	Sangat baik	57	30,5
13 – 16	Baik	80	42,8
9 – 12	Cukup	14	7,5
5 – 8	Tidak baik	6	3,2
0 – 4	Sangat tidak baik	30	16,0
<b>JUMLAH</b>		187	100,0

Sumber : Data primer

Untuk kinerja perawat, maka tabel 24 memberikan informasi, 73,3% dari pasien yang dirawat inap memberikan penilaian bahwa kinerja yang diberikan oleh petugas termasuk kategori Sangat baik dan baik selebihnya termasuk kategori cukup.

**c. Analisis hubungan variabel.** Pada tahap ini dilakukan analisis hubungan antara variabel independent dengan variable dependen, dengan menggunakan uji *Kendall thau-c*. Penggunaan uji ini dimaksudkan untuk menilai hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependennya.

Penilaian signifikansi hubungan antar variabel independen terhadap dependennya dinilai melalui nilai p dengan acuan ( $p = 0,05$ ), sedangkan besarnya korelasi antara variabel independen dengan variabel

dependennya dinilai melalui uji " *Spearman correlation* " yang memberi makna besarnya korelasi / kontribusi variabel independen terhadap variabel dependennya. Analisis hubungan dilakukan sesuai dengan tujuan/kerangka konsep penelitian sebagai berikut :

### 1) Hubungan *Kualitas pelayanan keperawatan* dengan kinerja perawat

Pada tahapan ini variabel kualitas pelayanan keperawatan sebagai variabel independen dan variabel kinerja sebagai variabel dependen dikategori menurut skala likert, untuk selanjutnya dilakukan tabulasi silang (crosstab) antara kualitas pelayanan keperawatan dengan kinerja sebagai berikut :

Tabel.25 Hubungan kualitas pelayanan keperawatan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Kualitas Pelayanan Keperawatan	Kinerja Perawat										Total	
	Sangat baik		Baik		Cukup		Tidak baik		Sangat tidak baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sngt. Baik	27	43,5	19	30,6	3	4,8	2	3,2	11	17,7	62	100,0
Baik	29	27,1	54	50,5	7	6,5	4	3,7	13	12,1	107	100,0
Cukup	1	5,6	7	38,9	4	22,2	0	0,0	6	33,3	18	100,0
Tdk baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sgt tdk baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jumlah	57	30,5	80	42,8	14	7,5	6	3,2	30	16,0	187	100,0

Sumber : Data primer

### Hasil Uji hubungan :

Hasil uji memperlihatkan  $\text{Thau-c} (?) = 2,525 > \text{nilai Z standar} = 1,96$  dengan tingkat signifikansi = 0,012. Berarti kualitas pelayanan keperawatan berhubungan dengan kinerja perawat. Arah hubungan

variabel kualitas pelayanan keperawatan yang dinilai melalui uji *Somers' d* memperlihatkan arah yang sesuai, dengan perkataan lain, semakin baik kualitas pelayanan keperawatan semakin baik kinerja perawat. Besarnya korelasi antara variabel kualitas pelayanan keperawatan dengan kinerja perawat, yang dinilai melalui uji *Spearman correlation* (?) = 0,191. Nilai ini memberi arti, 19,1% kontribusi variabel kualitas pelayanan keperawatan terhadap kinerja perawat.

## 2) Hubungan *Pelaksanaan asuhan keperawatan* dengan kinerja perawat

Pada tahapan ini variabel pelaksanaan asuhan keperawatan sebagai variabel independen dan variabel kinerja sebagai variabel dependen dikategori menurut skala likert, untuk selanjutnya dilakukan tabulasi silang (crosstab) antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kinerja sebagai berikut :

Tabel. 26 Hubungan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Asuhan Keperawatan	Kinerja Perawat										Total	
	Sangat baik		Baik		Cukup		Tidak baik		Sangat tdk baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sngt. Baik	18	52.9	12	35.3	1	2.9	1	2.9	2	5.9	34	100.0
Baik	37	26.8	63	45.7	9	6.5	3	2.2	26	18.8	138	100.0
Cukup	2	15.4	5	38.5	4	30.8	1	7.7	1	7.7	13	100.0
Tdk baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Sgt tdk baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jumlah	57	30.5	80	42.8	14	7.5	6	3.2	30	16.0	187	100.0

Sumber : data primer

### Hasil Uji hubungan :

Hasil uji memperlihatkan  $\text{Thau-c} (?) = 3,699 > \text{nilai Z standar} = 1,96$  dengan tingkat signifikansi = 0,000. Asuhan keperawatan berhubungan dengan kinerja perawat. Arah hubungan variabel asuhan keperawatan yang dinilai melalui uji *Somers' d* memperlihatkan arah yang sesuai, dengan perkataan lain, semakin baik asuhan keperawatan semakin baik kinerja perawat. Besarnya korelasi antara variabel asuhan keperawatan dengan kinerja perawat, yang dinilai melalui uji *Spearman correlation (?)* = 0,260. Nilai ini memberi arti, 26,0% kontribusi variabel kualitas pelayanan keperawatan terhadap kinerja perawat.

### 3) Hubungan motivasi petugas dengan kinerja perawat

Pada tahapan ini variabel motivasi petugas sebagai variabel independen dan variabel kinerja sebagai variabel dependen dikategori menurut skala likert, untuk selanjutnya dilakukan tabulasi silang (crosstab) antara motivasi petugas keperawatan dengan kinerja sebagai berikut :

Tabel. 27 Hubungan motivasi petugas dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Motivasi Petugas	Kinerja Perawat										Total	
	Sangat baik		Baik		Cukup		Tidak baik		Sangat tidak baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sngt. Baik	30	51.7	18	31.0	4	6.9	1	1.7	5	8.6	58	100.0
Baik	25	24.8	50	49.5	6	5.9	2	2.0	18	17.8	101	100.0
Cukup	2	9.1	10	45.5	2	9.1	2	9.1	6	27.3	22	100.0
Tdk baik	0	0,0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0,0	4	100.0
Sgt tdk baik	0	0,0	1	50.0	0	0,0	0	0,0	1	50.0	2	100.0
Jumlah	57	30.5	80	42.8	14	7.5	6	3.2	30	16.0	187	100.0

Sumber : data primer

### Hasil Uji hubungan :

Hasil uji memperlihatkan Thau-c ( ?) = 4,856 > nilai Z standar =1,96 dengan tingkat signifikansi = 0,000. Motivasi petugas berhubungan dengan kinerja perawat. Arah hubungan variabel motivasi petugas yang dinilai melalui uji *Somers' d* memperlihatkan arah yang sesuai, dengan perkataan lain, semakin baik motivasi petugas semakin baik kinerja perawat. Besarnya korelasi antara variabel motivasi petugas dengan kinerja perawat, yang dinilai melalui uji *Spearman correlation* (?) = 0,332. Nilai ini memberi arti, 33,2% kontribusi variabel motivasi petugas terhadap kinerja perawat.

#### 4) Hubungan pelayanan informasi petugas dengan kinerja perawat

Variabel pelayanan informasi petugas sebagai variabel independen dan variabel kinerja sebagai variabel dependen dilakukan tabulasi silang (crosstab) antara pelayanan informasi petugas dengan kinerja sebagai berikut :

Tabel. 28 Hubungan pelayanan informasi petugas dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Pelayanan Informasi	Kinerja Perawat										Total	
	Sangat baik		Baik		Cukup		Tidak baik		Sangat tidak baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sngt. Baik	18	52.9	8	23.5	3	8.8	1	2.9	4	11.8	34	100.0
Baik	34	28.3	58	48.3	6	5.0	1	0.8	21	17.5	120	100.0
Cukup	5	15.6	14	43.8	5	15.6	3	9.4	5	15.6	32	100.0
Tdk baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100.0	0	0,0	1	100.0
Sgt tdk baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jumlah	57	30.5	80	42.8	14	7.5	6	3.2	30	16.0	187	100.0

Sumber : data primer

### Hasil Uji hubungan :

Hasil uji memperlihatkan  $\text{Thau-c} (?) = 2,946 > \text{nilai Z standar} = 1,96$  dengan tingkat signifikansi = 0,003. Berarti pelayanan informasi berhubungan dengan kinerja perawat. Arah hubungan variabel pelayanan informasi yang dinilai melalui uji *Somers' d* memperlihatkan arah yang sesuai, dengan perkataan lain, semakin baik pelayanan informasi semakin baik kinerja perawat. Besarnya korelasi antara variabel pelayanan informasi dengan kinerja perawat, yang dinilai melalui uji *Spearman correlation* (?) = 0,217. Nilai ini memberi arti, 21,7% kontribusi variabel pelayanan informasi terhadap kinerja perawat.

### 5) Hubungan *pelayanan penyaringan* dengan kinerja perawat

Variabel pelayanan penyaringan (independen) dan variabel kinerja (dependen) dikategori menurut skala Likert, untuk selanjutnya dilakukan tabulasi silang (crosstab) antara pelayanan penyaringan dengan kinerja perawat sebagai berikut :

Tabel. 29 Hubungan pelayanan penyaringan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Pelayanan Penyaringan	Kinerja Perawat										Total	
	Sangat baik		Baik		Cukup		Tidak baik		Sangat tidak baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sngt. Baik	19	50.0	11	28.9	2	5.3	1	2.6	5	13.2	38	100.0
Baik	33	29.5	50	44.6	8	7.1	1	0.9	20	17.9	112	100.0
Cukup	5	13.9	19	52.8	4	11.1	3	8.3	5	13.9	36	100.0
Tdk baik	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Sgt tdk baik	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Jumlah	57	30.5	80	42.8	14	7.5	6	3.2	30	16.0	187	100.0

Sumber : data primer

### Hasil Uji hubungan :

Hasil uji memperlihatkan  $\text{Thau-c} (?) = 2,946 > \text{nilai Z standar} = 1,96$  dengan tingkat signifikansi  $= 0,003$ . Berarti pelayanan penjangkaran berhubungan dengan kinerja perawat. Arah hubungan variabel pelayanan penjangkaran yang dinilai melalui uji *Somers' d* memperlihatkan arah yang sesuai, artinya semakin baik pelayanan penjangkaran semakin baik kinerja perawat. Besarnya korelasi antara pelayanan penjangkaran dengan kinerja perawat, yang dinilai melalui uji *Spearman correlation (?) = 0,204*. Nilai ini memberi arti, 20,4% kontribusi pelayanan penjangkaran terhadap kinerja perawat.

### 5) Hubungan *pelayanan konseling* dengan kinerja perawat

Variabel pelayanan konseling (independen) dan kinerja (dependen) dikategori menurut skala likert, kemudian tabulasi silang antara pelayanan konseling dengan kinerja sebagai berikut :

Tabel. 30 Hubungan pelayanan konseling dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

Pelayanan Konseling	Kinerja Perawat										Total	
	Sangat baik		Baik		Cukup		Tidak baik		Sangat tidak baik			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sngt. Baik	23	47.9	14	29.2	3	6.3	1	2.1	7	14.6	48	100.0
Baik	27	29.0	42	45.2	5	5.4	2	2.2	17	18.3	93	100.0
Cukup	4	10.8	20	54.1	5	13.5	2	5.4	6	16.2	37	100.0
Tdk baik	1	20.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0	5	100.0
Sgt tdk baik	2	50.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0
Jumlah	57	30.5	80	42.8	14	7.5	6	3.2	30	16.0	187	100.0

Sumber : data primer



### Hasil Uji hubungan :

Hasil uji memperlihatkan Thau-c ( ? ) = 2,460 > nilai Z standar =1,96 dengan tingkat signifikansi = 0,014. Berarti pelayanan konseling berhubungan dengan kinerja perawat. Arah hubungan variabel pelayanan konseling yang dinilai melalui uji *Somers' d* memperlihatkan arah yang sesuai, dengan perkataan lain, semakin baik pelayanan konseling semakin baik kinerja perawat. Besarnya korelasi antara variabel pelayanan konseling dengan kinerja perawat, yang dinilai melalui uji *Spearman correlation* ( ? ) = 0,178. Nilai ini memberi arti, 17,8% kontribusi variabel pelayanan konseling terhadap kinerja perawat.

Tabel. 31 Resume hasil uji Hubungan variabel *independen* dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2008

VARIABEL INDEPENDEN	Kinerja perawat			
	Jenis uji		Arah hub.*	Signif.
	Kendall -thau-c	Spearman c		
? Motivasi petugas	4,856	0,332	Searah	0,000
? Pelaksanaan asuhan keperawatan	3,699	0,260	Searah	0,000
? Pelayanan informasi	2,946	0,217	Searah	0,003
? Pelayanan penyaringan	2,875	0,204	Searah	0,005
? Kualitas pelayanan keperawatan	2,525	0,191	Searah	0,009
? Pelayanan konseling	2,460	0,178	Searah	0,015

Sumber : data primer

\* Penilaian arah hubungan didasarkan atas hasil uji Somer-D (negatif atau positif)

Tabel 31 memperlihatkan bahwa dari ke enam variabel independen yang dinilai hubungannya dengan variabel kinerja perawat, semuanya

memberikan hubungan searah yang bermakna. Tingkatan kemaknaan terdiri dari (motivasi, pelaksanaan asuhan keperawatan, pelayanan informasi, pelayanan penjangkauan, kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan konseling).

## **B. Pembahasan**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Poso, adalah satu-satunya Pusat pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah Kabupaten Poso Provinsi Sulawesi Tengah. RSUD tersebut merupakan institusi pelayanan kesehatan yang didalamnya terdapat bangunan, peralatan, manusia (petugas kesehatan atau perawat, pasien, dan pengunjung) dan kegiatan pelayanan kesehatan. Pada setiap pelayanan kesehatan ternyata selain dapat menghasilkan dampak positif berupa produk pelayanan kesehatan yang baik terhadap pasien, juga dapat menimbulkan dampak negatif berupa pengaruh buruk kepada manusia (Musadad dalam Baharuddin, 2002). Faktor sumber daya manusia, utamanya petugas kesehatan atau perawat yang secara langsung berhubungan dengan proses pelayanan pasien memegang peranan Sangat penting untuk menghasilkan dampak positif terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Dalam pelaksanaan tugasnya sebagai petugas kesehatan ruang rawat inap RSUD Poso yang merupakan sumber daya manusia, dituntut kemampuan yang optimal yang diharapkan menghasilkan kinerja berupa pelayanan kesehatan pada pasien yang juga optimal. khususnya dalam

melakukan pelayanan yang sifatnya profesional, maka petugas kesehatan dituntut untuk mampu mengajak masyarakat untuk menegakkan motto kesehatan yakni "Mencegah penyakit lebih baik dari pada mengobatinya".

Selanjutnya petugas juga dituntut untuk memahami perlunya pelayanan yang berbasis konsumen. Pakar pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti: Donabedian (1980), Ovrerveit, (1990). Steffen, (1988). *Dever, 1984*; Gibson (1987), menekankan bahwa kualitas layanan kesehatan sebagai suatu keseimbangan yang baik antara manfaat dengan risiko perlu diperhitungkan menurut efisiensi dan biaya. Pelayanan kesehatan dikatakan berkualitas apabila suatu layanan tersebut dibutuhkan oleh pihak tertentu secara efisien, sehingga mereka yang memanfaatkannya dapat merasa puas dengan layanan tersebut. Selanjutnya dikemukakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor Yakni: faktor sosio kultural, faktor organisasi, faktor interaksi antara konsumen-provider. Dari pandangan para pakar tersebut dapat disimpulkan bahwa: Sumber daya, dalam hal ini karakteristik yang melekat pada keluarga, serta sumber daya petugas kesehatan, adalah faktor penting dalam proses pelayanan kesehatan pada pasien.

Penelitian ini terfokus pada penilaian hubungan antara variabel kinerja perawat dengan beberapa variabel independen yang dianggap mempengaruhinya seperti: kualitas pelayanan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan

penyaringan dan pelayanan konseling, yang dinilai melalui persepsi pasien yang sedang dirawat inap, terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan pada RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah.

RSUD Poso sebagai sebuah institusi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan pasien, dituntut untuk selalu memperhatikan prinsip pelayanan prima, yang merupakan bagian integral dari suatu pelayanan kesehatan. Dengan demikian diharapkan pelayanan dilaksanakan memenuhi kriteria pelayanan standar dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang dapat diterima dengan mudah oleh pasien. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa variabel yang termasuk didalam komponen independen semuanya berhubungan secara bermakna dengan arah positif, dengan perbedaan dalam tingkat kemaknaan dan kontribusinya terhadap variabel kinerja perawat. Hal ini dibuktikan melalui analisis statistik dengan menggunakan uji Kendal thau-c, yang diuraikan sebagai berikut :

### **1. Hubungan Variabel kualitas pelayanan keperawatan dengan kinerja perawat.**

Dari Tabel 8 diperoleh informasi bahwa dari 187 pasien yang diobservasi dan dikategori sesuai dengan pengelompokan umur yang dilakukan, terlihat 39 % dari pasien yang memanfaatkan RSUD Poso pusat berumur 40 tahun ke atas. Sedangkan umur 40 tahun ke bawah 61 % ini menunjukkan bahwa golongan umur di bawah 40 tahun yang paling banyak memanfaatkan RSUD Poso, berarti umur di

bawah 40 tahun lebih banyak yang menderita penyakit. Dalam model teori yang dikemukakan oleh *Dever* (1984) variabel umur adalah salah satu faktor yang dinyatakan turut menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan, yang digolongkan kedalam kelompok interaksi konsumen-provider, Sedangkan dalam model yang dikemukakan oleh *Anderson* (1968), variabel ini termasuk dalam komponen *predisposing* atau predisposisi, dan termasuk variabel yang tidak dapat berubah, dan cenderung dipengaruhi oleh struktur sosial masyarakat. Pasien yang berumur > 24 tahun mampu menilai apakah pelayanan kesehatan yang diberikan berkualitas atau sebaliknya dan kinerja perawat di RSUD Poso baik atau sebaliknya . Dalam tabel 18 menunjukkan bahwa 33,2 % menilai dengan Sangat baik kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Poso, 57,2 % menilai baik, dan cukup 9,6 % sedangkan kinerja perawat di RSUD Poso 30,5 % menilai dengan Sangat baik, 42,8 % menilai baik, cukup 7,5 %, tidak baik 3,2 %, dan Sangat tidak baik 16,0 %. Hasil analisis hubungan variabel kualitas pelayanan keperawatan dengan kinerja perawat di RSUD Poso dengan menggunakan uji Kendall tau-c dengan hasil  $\text{Thau-c } (r) = 2,525 > \text{ nilai } z \text{ standar} = 1,96$  dengan tingkat signifikansi = 0,012 ini berarti arah hubungan variabel kualitas pelayanan keperawatan yang dinilai melalui uji Somers'd memperlihatkan arah yang sesuai. Semakin baik kualitas pelayanan keperawatan semakin baik kinerja perawat.. Besarnya korelasi antara variabel kualitas pelayanan keperawatan

dengan kinerja perawat di RSUD Poso yang dinilai melalui uji Spearman correlation ( $\rho$ ) = 0,191. Nilai ini memberi arti bahwa 19,1 % kontribusi variabel kualitas pelayanan keperawatan terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah.

Beberapa penelitian terdahulu dan teori relevan dengan hasil penelitian tersebut antara lain :

- a. **Analisis Kinerja Perawat Unit Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar (Jobs Marissa Angelina, 2006).** Kualitas Pelayanan Perawat di rumah sakit Sangat menentukan kinerja perawat di rumah sakit. Hubungan kualitas pelayanan keperawatan ini terhadap kinerja perawat, Jobs membuktikan dengan uji statistik (Chi-square) dan menunjukkan nilai  $P=0,013$ . Nilai besarnya hubungan berdasarkan uji phi mencapai 23 %. Karena itu, rata-rata kualitas pelayanan keperawatan diikuti oleh hasil dari kinerja itu sendiri.
- b. **Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Mata di Balai Kesehatan Mata Makassar (Emben Damaris, 2007).** Juga mengemukakan bahwa kualitas pelayanan ada hubungannya dengan kinerja petugas. Hubungan tersebut dibuktikan dengan uji statistik (spearman correlation/ $p = 0,157$ ). Nilai ini memberikan arti 15,7 % kontribusi Variabel pelayanan kualitas keperawatan dengan kinerja perawat yang bekerja di pelayanan kesehatan (rumah sakit).

Sedangkan teori yang mendukung hasil penelitian tersebut, yaitu teori Steffen, (1988) dan teori Stoner (1996). Steffen, mengemukakan bahwa pelayanan yang berkualitas dapat dilihat dari kinerja yang ada dalam layanan kesehatan tersebut untuk mencapai tujuan baik elemen medik maupun non medik. Sedangkan menurut Stoner, mengemukakan bahwa kinerja adalah perpaduan kualitas pelayanan dan kuantitas pekerjaan yang diselesaikan oleh individu atau dengan kata lain kinerja merupakan output (hasil) pelaksanaan tugas. Hasil pelaksanaan tugas di rumah sakit dalam pelayanan keperawatan Sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan dan kuantitas pekerjaan.

Bagaimanapun perawat sebagai suatu profesi dapat mempertahankan dan meningkatkan kinerjanya di rumah sakit Sangat ditentukan oleh kualitas pelayanannya kepada pasien yang dirawat di suatu rumah sakit (Elizadiani Suza, 2003). Jawaban dalam menentukan kinerja harus ada standar. Standar merupakan level kinerja yang diinginkan dan dapat dicapai kalau kerja aktual dapat dibandingkan. Ia dapat memberikan petunjuk kinerja mana yang cocok atau tidak cocok atau tidak dapat diterima. Secara umum standar ini memcerminkan nilai profesi keperawatan dan memperjelas apa yang diharapkan oleh penerima jasa keperawatan. Penelitian terdahulu oleh Firsariana (2006), disimpulkan bahwa masyarakat pengguna jasa kesehatan

masih belum puas terhadap kinerja keperawatan yang diberikan oleh tenaga perawat di rumah sakit. Karena itu, penyelenggaraan kesehatan perlu memberi perhatian khusus dan mengoptimalkan peran perawatnya terutama dalam kualitas pelayanannya di institusi dimana dia berada, sepanjang tidak menyimpang dari rambu-rambu etika profesi.

Pengelola keperawatan hendaknya mempunyai kiat untuk mengubah paradigma pelayanan keperawatan yang hanya bertujuan memperoleh kesembuhan fisik pasien, ke pelayanan yang berkualitas pada kepuasan pelanggan, diantaranya dengan meningkatkan mutu/kualitas pelayanan keperawatan secara terus menerus menuju pelayanan prima (*excellence customer service*). Jadi dari uraian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa kinerja perawat Sangat memegang peranan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan menuju pelayanan prima.

Dalam promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2005) mengatakan kualitas pelayanan seseorang (perawat) Sangat ditentukan oleh sentuhan instin dalam kalbunya. Instin dalam kalbu dipengaruhi oleh ransangan-ransangan tertentu apakah dari bisikan kalbunya sendiri atau faktor lain. Bisikan Kalbu itu sendiri dipengaruhi oleh perilaku manusia itu sendiri. Berdasarkan Teori " S.O.R." Skinner (Notoatmodjo,2005), bahwa perilaku manusia dikelompokkan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup (*covert behavior*) dan perilaku



terbuka (overt behavior). Perilaku-perilaku inilah yang berperan dalam menentukan kualitas pelayanan seorang perawat di tempat kerjanya sehingga dapat mempengaruhi kinerjanya.

Kelemahan dalam menentukan kualitas pelayanan perawat di RSUD Poso, bahwa pengamatan dalam waktu singkat kita hanya bertemu dengan bentuk perilaku tertutup terhadap responden. Respon terhadap stimulusnya masih belum dapat diamati oleh orang lain (dalam hal ini peneliti). Harapan peneliti dalam hal ini adalah adanya penilaian oleh pasien yang dirawat di RSUD Poso terhadap perawat yang melayani di RSUD tersebut, maka respon yang diterima oleh pasien sudah berupa tindakan dan atau pelayanan yang diberikan kepada pasien setiap hari oleh perawat di RSUD Poso tersebut dapat diamati oleh pasien bahwa ini pelayanan yang baik dan ini pelayanan yang tidak baik. Contoh seorang pasien penderita TB paru harus minum obat secara teratur. Pasien ini dapat menilai ini perawat yang pelayanannya berkualitas dengan adanya penilain tersebut, maka pelayanan di RSUD Poso Sangat memuaskan. Tindakan inilah yang mempengaruhi kinerja seorang perawat di Rumah Sakit.

### **c. Kualitas Pelayanan dan Perilaku Individu**

Banyak ahli yang berpendapat bahwa peningkatan kualitas pelayanan seseorang (tenaga perawat) ditentukan oleh upah yang diterima, ini bukan benar dan mungkin juga tidak benar. Leimana

(1990), pengamatan yang dilakukan di lingkup Depkes RI menyimpulkan bahwa pada umumnya kualitas pelayanan perawat di rumah sakit dan tempat pelayanan kesehatan lainnya dipengaruhi oleh perilaku individu. Sedangkan perilaku individu dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan keyakinan, sikap mental, tingkat kebutuhan, tingkat keterikatan dalam tugas (tugas seseorang perawat) dan tingkat kemampuan sumberdaya manusia (tenaga perawat).

1) tingkat pengetahuan

Semakin tinggi pendidikan/pengetahuan seseorang perawat, semakin tinggi kesadaran untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terhadap pasiennya. Beberapa penelitian yang dilaksanakan oleh Depkes RI, termasuk Leimena (1990), menunjukkan bahwa ada hubungan langsung antara tingkat pendidikan, terutama pendidikan perawat dengan profesinya sendiri. Untuk mengatasi hal ini, sehingga tumbuh kualitas pelayanan keperawatan yang prima diperlukan suatu pelatihan, komunikasi, informasi, motivasi yang mantap.

2) sikap mental

Dengan memahami sikap mental seseorang perawat maka perannya sebagai pelayanan keperawatan akan membentuk pelayanan kesehatan yang prima. Untuk mengatasi hal ini perlu diterapkan strategi promosi kesehatan langsung ke tenaga

perawat dan tenaga perawat ke pasiennya. Salah satu strategi promosi kesehatan yang dimaksud disini adalah dukungan sosial (Social support) dan kegiatannya berbentuk pelatihan-pelatihan keperawatan, lokakarya, seminar, dan penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit (PKM-RS). Sedangkan untuk pemberdayaan perawat langsung ditujukan kepada tenaga perawat di rumah sakit dengan kegiatannya membentuk kelompok dan atau organisasi profesi keperawatan dan pelatihan-pelatihan, misalnya pelatihan profesi keperawatan, pelatihan komunikasi, pelatihan penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit (PKM-RS), dan pelatihan pelayanan keprimaan.

3) tingkat kebutuhan individu,

Berkaitan dengan kebutuhan yang terdapat dalam diri manusia, Maslow mengatakan bahwa pada diri manusia (perawat) terdapat sejumlah kebutuhan dasar yang menggerakkannya untuk berperilaku tertentu (berperilaku dalam meningkatkan dan memperbaiki kualitas pelayanannya, sehingga si penerima pelayanan keperawatan dapat sadar bahwa apa yang diterima dari perawat adalah suatu kinerja yang luar biasa karena dia memuaskannya. Kebutuhan dasar tersebut terdiri dari lima macam kebutuhan pokok, yaitu kebutuhan faali (biologis), kebutuhan rasa aman (security), kebutuhan kasih sayang dan rasa ketergolongan (sosial), kebutuhan untuk dapat mengaktualisasikan diri dengan

seluruh potensi yang ingin dikembangkan (self actualization). Untuk itu, seorang manajer rumah sakit/Direktur rumah sakit harus memperhatikan kebutuhan dasar tersebut karena berkaitan dengan kualitas pelayanan seseorang perawat di rumah sakit atau ditempat pelayanan kesehatan lainnya.

4) Tingkat Keterikatan dalam tugas (tugas keperawatan)

Seseorang perawat terdiri dari individu dan terorganisir dalam sistem sosial atau ikatan. Sesuai dengan kepentingan dan aspirasi anggotanya sistem sosial tersebut dapat berupa profesi dan pendidikan. Karena itu, direktur rumah sakit harus memperhatikan profesi seseorang perawat dan pendidikan seseorang perawat. Jadi direktur rumah sakit harus memberikan peluang kepada perawat untuk mengembangkan profesi keperawatannya melalui konseling dan atau pendidikan formal dan pelatihan keterampilan lainnya yang sangat berkaitan dengan peningkatan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

5) Tingkat kemampuan individu

Perilaku individu juga dipengaruhi oleh tersedianya sumberdaya terutama kualitas SDM dan sarana untuk meningkatkan aktivitas kualitas pelayanan. Karena itu, direktur rumah sakit harus memperhatikan tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki perawatnya serta selalu menyediakan

fasilitas yang dapat menunjang peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit.

## **2. Hubungan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kinerja perawat**

Tabel 19 menunjukkan bahwa dari 187 pasien yang diobservasi dan dikategori sesuai dengan tingkat persetujuan yang diberikan pasien, terlihat 18,2 % dari pasien menganggap bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Poso untuk kepentingan pelayanan kesehatan termasuk Sangat baik, 73,8 % baik, 7,0 % cukup, 1,1 % tidak, dan tidak ada yang mengatakan Sangat tidak baik (0,0 % ). Sedangkan tabel 24 memperlihatkan 30,5 % pasien dirawat inap pada RSUD Poso menganggap bahwa kinerja perawat termasuk katagori Sangat baik, 42, 8 % mengatakan kinerja perawat cukup, 7,5 % cukup, 3,2 % tidak baik, dan 16, 0 mengatakan Sangat tidak baik . Berdasarkan Uji Statistik pada tabel 26 dengan uji Kendal thau-c dan hasil Thau-c (r) = 3,699 > nilai z standar = 1,96 dengan tingkat signifikansi = 0,000. Ini berarti arah hubungan variabel asuhan keperawatan yang dinilai melalui uji Somers' d memperlihatkan arah yang sesuai. Semakin baik asuhan keperawatan semakin baik kinerja perawat.. Besarnya korelasi antara varibel asuhan keperawatan dengan kinerja perawat di RSUD Poso yang dinilai melalui uji Spearman correlation ( $\rho$ ) = 0,260. Nilai ini memberi arti bahwa 26,0 %

kontribusi variabel kualitas pelayanan keperawatan terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah.

Asuhan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari (Lokakarya Nasional Keperawatan, 1983). Dan menurut Firsariana (2006), bahwa masyarakat pengguna jasa kesehatan tidak puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan. Untuk itu, penyelenggara keperawatan perlu memberikan perhatian khusus dan mengoptimalkan peran perawat untuk perawatan melayani pasien dalam program *excellence customer service* di rumah sakit, dimana dia bekerja.

Terjadinya perbaikan kinerja perawat Sangat erat dengan pelaksanaan asuhan keperawatan (Fridawaty, R, 2000). Salah faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan adalah keahlian tersendiri yang dimiliki oleh perawat tersebut. Sedangkan keahlian ini ditempuh melalui pendidikan (baik formal maupun non formal). Untuk pendidikan formal, maka pengembangan perawat ditempuh melalui pendidikan khusus, yaitu dengan cara melanjutkan pendidikannya dari kualifikasi D3 ke S1, sedangkan S1 ditingkatkan menjadi S2, dan seterusnya. Sedangkan jalur non formal ditempuh melalui pendidikan tambahan berupa pelatihan, kursus singkat, dan lokakarya. Direktur rumah sakit harus dapat melihat keahlian atau

kelebihan khusus dari para perawatnya serta mampu memotivasi perawat tersebut untuk memanfaatkan keahliannya dalam melaksanakan asuhan keperawatan di rumah sakit agar pasien merasa puas terhadap kinerja perawat yang bekerja di suatu rumah sakit.

Disamping faktor pendidikan yang berpengaruh terhadap asuhan keperawatan, sikap seseorang perawat juga dapat mempengaruhi tindakan asuhan keperawatan terhadap pasiennya. Karena sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Newcomb, 1950). Teori lain mengatakan bahwa sikap itu suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam merospons stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain (Campbell, 1950). Untuk mengatasi problem ini salah satu program promosi kesehatan perlu ditarapkan di rumah sakit untuk sentuhan seseorang perawat adalah pemberdayaan tenaga perawat . Pemberdayaan ini ditujukan langsung kepada semua tenaga perawat yang bekerja di Rumah Sakit Poso sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Pemberdayaan ini dapat diwujudkan dalam berbagai kegiatan misalnya penyuluhan tentang asuhan keperawatan yang baik dan benar serta disenangi pasien dan atau kegiatan lainnya bisa dilakukan studibanding sistem keperawatan dalam dan luar negeri.

### 3. Hubungan motivasi petugas dengan kinerja perawat.

Tabel 20 menunjukkan bahwa dari 187 pasien yang diobservasi dan dikategori sesuai dengan tingkat persetujuan yang diberikan pasien, terlihat 31,0 % menganggap bahwa motivasi petugas keperawatan di RSUD Poso katagori Sangat baik, 54,0 % baik, 11,8 % cukup, 2,1 % tidak baik dan 1,1 % menganggap bahwa katagori Sangat tidak baik. . Sedangkan tabel 24 memperlihatkan 30,5 % pasien dirawat inap pada RSUD Poso menganggap bahwa kinerja perawat termasuk katagori Sangat baik, 42,8 % katagori baik, 7,5 % katagori cukup, 3,2 % katagori tidak baik, dan 15,0 mengatakan kinerja perawat Sangat tidak baik. Berdasarkan Uji Statistik pada tabel 27 dengan uji Kendal tau-c dan hasil Thau-c ( $r$ ) = 4,856 > nilai  $z$  standar = 1,96 dengan tingkat signifikansi = 0,000. Ini berarti arah hubungan variabel motivasi petugas dan kinerja perawat di RSUD Posos dengan nilai melalui uji Somer D memperlihatkan arah yang sesuai. Semakin baik motivasi petugas semakin baik kinerja perawat.. Besarnya korelasi antara varibel motivasi petugas dengan kinerja perawat di RSUD Poso yang dinilai melalui uji Spearman correlation ( $p$ ) = 0,332. Nilai ini memberi arti bahwa 33,20 % kontribusi variabel motivasi petugas terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah. Hasil penelitian ini relevan beberapa teori, antara lain :



- a. Menurut Dever 1984 dalam Depkes RI, 1999, variabel termasuk motivasi petugas yang mempengaruhi kinerja perawat di rumah sakit. Seorang perawat dituntut untuk memiliki motivasi yang tinggi. Tanpa motivasi yang tinggi, maka kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit akan mengalami kegagalan. Karena itulah motivasi dianggap sebagai salah satu unsur pokok dalam perilaku seseorang, namun demikian bukan berarti bahwa motivasi merupakan satu-satunya yang menjelaskan adanya perilaku seseorang .
- b. Siagian (1995), mengatakan motivasi sebagai daya pendorong yang mengakibatkan seorang anggota perawat mau dan rela untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan pelayanan keperawatan di rumah sakit dan atau ditempat pelayanan kesehatan lainnya yang menjadi tanggung jawabnya dan menunaikan kewajibannya. Lebih lanjut dikatakan bahwa dorongan yang berorientasi pada tindakan, maka situasi ketidakseimbangan yang dihadapi oleh seseorang tidak akan teratasi.
- c. Secara konpensional motivasi kerja dimasukkan sebagai etos kerja dan perilaku di tempat kerja. Dan operasionalnya sebagaimana yang dikemukakan oleh Oshima dalam bukunya *Man Power and Asian Development* (1979), bahwa mempunyai motivasi yang tinggi dalam kerja, rajin, bertanggung jawab, dapat diandalkan, menepati waktu, teliti dalam pekerjaan. Luwes

imajinatif, serba bisa, loyal, mempunyai komitmen tinggi pada tugas yang dipercayakan, punya "*team spirit*", pandai bekerja sama, dan pandai bergaul dengan rekan-rekan sekerjanya.

Berdasarkan teori-teori tersebut , dapat disimpulkan bahwa motivasi petugas perawat di rumah sakit Sangat menentukan kinerja perawat di rumah sakit, dimana dia bekerja. Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Poso menunjukkan bahwa motivasi petugas perawat di rumah sakit tersebut mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat.

Kebanyakan orang berpendapat bahwa gaji dan insentif merupakan alat untuk meningkatkan motivasi kerja seorang perawat dan atau pekerja-pekerja lainnya, dan selanjutnya dapat meningkatkan kinerja perawat/karyawan lainnya di suatu rumah sakit/organisasi kerja. Anggapan ini tidak selalunya benar dan atau salah, karena motivasi dipengaruhi oleh banyak faktor/variabel penentunya. Namun itu, dalam kenyataannya dari banyak penelitian membuktikan bahwa faktor gaji merupakan faktor dominan dalam mencapai kepuasan kerja bagi seorang pegawai (perawat). Tanpa pembuktian empiris pun sebenarnya secara logika, gaji bagi seorang perawat merupakan motivator yang penting karena :

- 1) dengan gaji yang diterima oleh seorang perawat memungkinkan perawat tersebut untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidupnya dan keluarganya secara fisik,
- 2) apabila gaji yang diterima tersebut melebihi untuk memenuhi kebutuhan dasar seseorang perawat, maka kelebihannya dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan yang lain yang lebih tinggi, misalnya untuk televisi, mobil, untuk rekreasi, rumah mewah dan lainnya,
- 3) dari gaji yang berlebih dapat digunakan oleh seseorang perawat untuk meningkatkan kedudukannya dalam masyarakat dalam mencapai aktualisasi diri dan prestise di masyarakat.

Selain daripada pemenuhan gaji seseorang perawat harus pula tingkatan pengetahuannya. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Ngatimin (2003), bahwa Pengetahuan yang dimiliki seseorang perawat merupakan pendorong motivasi untuk bersikap dan melakukan sesuatu tindakan bagi perawat tersebut. Pengetahuan yang diperoleh sebagai hasil belajar yang mempunyai tingkatan-tingkatan yang dibagi atas enam bagian seperti dikutip oleh (Ngatimin ,2003) yaitu :

- 1) tingkat pengetahuan (*knowledge*), bila seseorang hanya mampu menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajarinya.

- 2) perbandingan menyeluruh (*comprehension*), seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar, dia dapat menerangkan secara mendasar ilmu pengetahuan yang telah dipelajarinya.
- 3) Penerapan (*application*), telah ada kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajarinya dan satu situasi kesituasi lainnya.
- 4) analisis (*analysis*), kemampuan lebih meningkat lagi, ia telah mampu untuk menerangkan bagian-bagian yang menyusun bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisis hubungan satu dengan yang lainnya.
- 5) sintesis (*synthesis*), di samping untuk menganalisis dia pun mampu untuk menyusun kembali pengetahuan yang diperolehnya ke bentuk semula dan atau bentuk yang lain.
- 6) evaluasi (*Evaluation*), seseorang telah mempunyai kemampuan untuk mengevaluasi sesuatu sesuai kriteria yang telah ditentukan. Cita-cita atau tujuan hidup ini hanya bisa dicapai jika kita memiliki motivasi yang kuat dalam diri kita. Begitu pula kinerja perawat di rumah Sakit Umum Posa dapat tercapai dengan baik dalam mewujudkan pelayanan prima, kalau seseorang perawat memiliki motivasi yang kuat dalam diri perawat tersebut. Tetapi tak dapat dipungkiri, memang cukup sulit membangun motivasi di dalam diri kita sendiri.

Sesungguhnya banyak hal yang dapat dilakukan untuk menumbuhkan motivasi dalam diri kita (dalam diri perawat) antara lain :

a) ciptakan sensasi.

Ciptakan sesuatu yang dapat “membangunkan” dan membangkitkan gairah anda saat pagi menjelang. Misalnya, anda berpikir esok hari harus mendapatkan keuntungan 1 milyar rupiah. Walau kedengarannya mustahil, tetapi sensasi ini kadang memacu semangat anda untuk berkarya lebih baik lagi melebihi apa yang sudah anda lakukan kemarin.

b) kembangkan terus tujuan anda

Jangan pernah terpaku pada satu tujuan yang sederhana. Tujuan hidup yang terlalu sederhana membuat anda tidak memiliki kekuatan lebih. Padahal untuk meraih sesuatu anda memerlukan tantangan yang lebih besar, untuk mengerahkan kekuatan anda yang sebenarnya. Tujuan hidup yang besar akan membangkitkan motivasi dan kekuatan tersendiri dalam hidup anda.

c) Tetapkan saat kematian

Anda perlu memikirkan saat kematian meskipun gejala ke arah itu tidak dapat diprediksikan. Membayangkan saat-saat terakhir

dalam hidup ini sesungguhnya merupakan saat-saat yang sangat sensasional. Anda dapat membayangkan 'flash back' dalam kehidupan anda. Sejak anda menjalani masa kanak-kanak, remaja, hingga tampil sebagai pribadi yang dewasa dan mandiri. Jika anda membayangkan 'ajal' anda sudah dekat, akan memotivasi anda untuk berbuat lebih banyak lagi hal hal yang baik selama hidup anda.

d) tinggalkan teman yang tidak perlu

Jangan ragu untuk meninggalkan teman-teman yang tidak dapat mendorong anda mencapai tujuan. Sebab itu, siapapun teman anda, seharusnya mampu membawa anda pada perubahan yang lebih baik. Ketahuilah bergaul dengan orang-orang yang optimis akan membuat anda berpikir optimis pula. Bersama mereka hidup ini terasa lebih menyenangkan dan penuh motivasi

e) Hampiri bayangan ketakutan

Saat anda dibayang-bayangi kecemasan dan ketakutan, jangan melarikan diri dari bayangan tersebut. Misalnya selama ini anda takut akan menghadapi masa depan yang buruk. Datang dan nikmati rasa takut anda dengan mencoba mengatasinya. Saat anda berhasil mengatasi rasa takut, saat

itu anda telah berhasil meningkatkan keyakinan diri bahwa anda mampu mencapai hidup yang lebih baik.

f) ucapkan “selamat datang” pada setiap masalah jalan untuk mencapai tujuan tidak selamanya semulus jalan tol. Suatu saat anda akan menghadapi jalan terjal, menanjak dan penuh bebatuan. Jangan memutar arah untuk mengambil jalan pintas. Hadapi terus jalan tersebut dan pikirkan cara terbaik untuk bisa melewatinya. Jika anda memandang masalah sebagai sesuatu yang mengerikan, anda akan semakin sulit termotivasi. Sebaliknya bila anda selalu siap menghadapi setiap masalah, anda seakan memiliki energi dan semangat berlebih untuk mencapai tujuan anda.

g) mulailah dengan rasa senang. Jangan pernah merasa terbebani dengan tujuan hidup anda. Coba nikmati hidup dan jalan yang anda tempuh. Jika sejak awal anda sudah merasa ‘tidak suka’ rasanya motivasi hidup tidak akan pernah anda miliki.

h) berlatih dengan keras

Tidak bisa tidak, anda harus berlatih terus bila ingin mendapatkan hasil terbaik. Pada dasarnya tidak ada yang tidak dapat anda raih jika anda terus berusaha keras. Semakin giat berlatih semakin mudah pula mengatasi setiap kesulitan.

Kesimpulannya, motivasi adalah 'sesuatu' yang dapat menumbuhkan semangat kinerja perawat dalam rangka mencapai tujuan pelayanan rumah sakit yang prima . Dengan motivasi yang kuat di dalam diri perawat. Seseorang perawat akan memiliki apresiasi dan penghargaan yang tinggi terhadap diri dan hidup ini. Sehingga seseorang perawat pun tidak ragu lagi melangkah mencapai tujuan dan cita-cita hidup keperawatan , yaitu mencapai kinerja perawat yang memadai dan berkualitas dalam mewujudkan pelayanan prima di rumah sakit.

Pendapat lain dalam membangun motivasi seseorang perawat dalam menumbuhkan dan meningkatkan kinerjanya di rumah sakit, menurut seorang cendekiawan Muslim (Nasution, 1992), dia menekankan bahwa seseorang (perawat) yang memiliki religius tinggi akan menambah dan memperkuat motivasi kerjanya. Seseorang perawat yang telah mendalami ajaran-ajaran yang terkandung di dalam agamanya dapat memberikan motivasi atau dorongan yang kuat bagi dirinya dalam melaksanakan pekerjaannya. Karena bagi perawat yang benar-benar telah menjalankan perintah agamanya, dalam melaksanakan pekerjaannya sebagai perawat selalu bertanggung jawab baik dirinya, organisasinya, dan pasien yang dilayaninya dimana dia berada maupun kepada tuhannya. Dengan demikian,



kemungkinan terjadinya penyimpangan atau penyelewengan dalam pekerjaannya sebagai perawat dapat terhindari.

#### **4. Hubungan pelayanan informasi dengan kinerja perawat.**

Tabel 21 menunjukkan bahwa dari 187 pasien yang diobservasi dan dikategori sesuai dengan tingkat persetujuan yang diberikan pasien, terlihat 18,2 dari pasien menganggap pelayanan informasi keperawatan dalam katagori Sangat baik, 64,2 % katagori baik, 17,1 % katagori cukup, 0,5 5 katagori tidak baik, dan 0,0 % katagori Sangat tidak baik. Sedangkan tabel 24 memperlihatkan 30,5 % pasien dirawat inap pada RSUD Poso menganggap bahwa kinerja perawat termasuk katagori Sangat baik, 42,8 % katagori baik, 7,5 % katagori cukup, 3,2 % katagori tidak baik, dan 15,0 mengatakan kinerja perawat Sangat tidak baik. Berdasarkan Uji Statistik pada tabel 28 dengan uji Kendal thau-c dan hasil Thau-c ( $r$ ) = 2,946 > nilai  $z$  standar = 1,96 dengan tingkat signifikansi = 0,003. Ini berarti arah hubungan variabel pelayanan informasi keperawatan dan kinerja perawat di RSUD Poso dengan nilai melalui uji Somer D memperlihatkan arah yang sesuai. Semakin baik pelayanan informasi keperawatan semakin baik kinerja perawat. Besarnya korelasi antara variabel motivasi petugas dengan kinerja perawat di RSUD Poso yang dinilai melalui uji Spearman correlation ( $p$ ) = 0,204. Nilai ini memberi arti bahwa 20,4% kontribusi variabel pelayanan informasi

keperawatan terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah.

Menurut Dever, 1984 dalam Depkes RI, 1999, variabel ini termasuk mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit yang pada akhirnya Sangat berpengaruh terhadap kinerja perawat di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Emben (2007) tentang pelayanan informasi kesehatan khususnya pemanfaatan pelayanan kesehatan mata BKMM, yang tergolong dalam kelompok faktor organisasi. Menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna terhadap pelayanan informasi dengan pemanfaatan pusat pelayanan BKMM. Hasil analisis arah hubungan variabel dengan menggunakan uji Kendall tau-c memperlihatkan nilai tau-c = 3,462 > dari pada nilai Z standar =1,96 berarti terjadi hubungan searah pelayanan informasi dan pemanfaatan pusat pelayanan BKMM, yang berarti ditentukan oleh pelayanan informasi yang dilaksanakan secara rutin.

Penelitian lain yang senada dengan hasil penelitian Emben (2007) adalah penelitian yang dilaksanakan oleh Jobs (2006) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, tentang hubungan pelayanan informasi dengan kinerja perawat. Hasil penelitian tersebut menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelayanan informasi dan kinerja perawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dengan menggunakan uji statistik (chi-square), menunjukkan nilai  $P=0,002$ . Besarnya nilai hubungan berdasarkan uji Phi mencapai 29

%. Karena itu, rata-rata keterampilan pelayanan informasi akan diikuti oleh hasil dari kinerja itu sendiri. Teori lain yang mendukung kebenaran adanya hubungan yang bermakna antara pelayanan informasi dan kinerja perawat di rumah sakit adalah teori Roger (2000), bahwa karyawan yang berpotensi melakukan informasi yang buruk cenderung untuk menyebabkan pekerjaan yang berulang. Kesalahan itu bukan karena keterampilan perawat yang kurang memadai, tetapi karena mereka tidak memahami apa yang diperintahkan kepada mereka. Pekerjaan ulang akan menurunkan produktivitas kerja dan atau kinerja perawat di rumah sakit. Untuk itu, perawat dalam melaksanakan tugasnya senantiasa mengedepankan promosi kesehatan di rumah sakit dan atau ditempat pelayanan kesehatan lainnya. Komunikasi informasi di Rumah Sakit Umum Daerah Poso masih lemah, karena petugas perawat tidak dibekali metode komunikasi yang baik dan benar. Komunikasi yang buruk akan mendapatkan informasi yang kurang tepat.

Komunikasi informasi harus langsung kepada tenaga perawat yang ada di Rumah Sakit Poso dan selanjutnya komunikasi informasi itu seseorang perawat dapat meneruskan kepada pasiennya dengan isi pesan yang berbeda (untuk tenaga perawat isinya memberikan informasi yang dapat menunjang tugas keperawatannya sedangkan pasien isi pesan hal-hal yang menyangkut tatacara dan prosedur pelayanan keperawatan dalam Rumah Sakit Umum Daerah Poso).

Metode komunikasi informasi yang diterapkan di rumah sakit (komunikasi informasi antar pribadi). Komunikasi informasi antar pribadi yang paling baik adalah konseling (councelling), karena di dalam cara ini antara komunikator atau konseler dengan komunikan atau klien terjadi dialog. Klien dapat lebih terbuka menyampaikan masalah dan keinginan-keinginannya, karena tidak ada pihak ketiga yang hadir.

##### **5. Hubungan pelayanan penyaringan dengan kinerja perawat.**

Tabel.22 menunjukkan bahwa dari 187 pasien yang diobservasi dan dikategori sesuai dengan tingkat persetujuan yang diberikan pasien, terlihat bahwa 20,3 % yang menilai pelayanan penyaringan dalam katagori Sangat baik, 59,9 % katagori baik, 19,3 % katagori cukup, 0,5 % katagori tidak baik, dan 0 % katagori Sangat tidak baik. Sedangkan tabel 24 memperlihatkan 30,5% pasien dirawat inap pada RSUD Poso menganggap bahwa kinerja perawat termasuk katagori Sangat baik, 42,8 % katagori baik, 7,5 % katagori cukup, 3,2 % katagori tidak baik, dan 15,0 mengatakan kinerja perawat Sangat tidak baik. Berdasarkan Uji Statistik pada tabel 29 dengan uji Kendal thau-c dan hasil Thau-c (r) = 2,946 > nilai z standar = 1,96 dengan tingkat signifikansi = 0,003. Ini berarti arah hubungan variabel pelayanan penyaringan keperawatan dan kinerja perawat di RSUD Poso dengan nilai melalui uji Somers' d memperlihatkan arah yang sesuai. Semakin baik pelayanan penyaringan isemakin baik kinerja

perawat. Besarnya korelasi antara variabel pelayanan penyaringan dengan kinerja perawat di RSUD Poso yang dinilai melalui uji Spearman correlation ( $p$ ) = 0,204. Nilai ini memberi arti bahwa 20,4% kontribusi variabel pelayanan penyaringan terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah. Anderson, (1968) menempatkan variabel ini ke dalam kelompok variabel pemungkin, sub kelompok sumber daya keluarga yang mempengaruhi kinerja perawat di rumah sakit.

Pelayanan penyaringan di rumah sakit harus ditingkatkan, semua jenis asuransi kesehatan seyogianya dapat diterima dengan membuat komitmen yang sesuai dan atau sejalan proses pelayanan di rumah sakit. Untuk Rumah Sakit Umum Poso pelayanan penyaringan yang sudah dilaksanakan, yaitu pelayanan ASKES, ASABRI, dan JPS yang dari masyarakat miskin. Dalam meningkatkan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Poso yang berkaitan dengan pelayanan penyaringan Direktur Rumah Sakit Umum Poso sebaiknya bermitra semua pengelola asuransi kesehatan yang ada di wilayah kerjanya. Disamping itu, direktur rumah sakit memberikan kesempatan kepada perawatnya untuk mengikuti latihan bentuk – bentuk asuransi kesehatan dan membuat jadwal khusus untuk evaluasi asuransi kesehatan yang diterimanya dengan pengelola asuransi kesehatan tersebut.

Dalam menunjang kinerja perawat di rumah sakit Poso yang berkaitan dengan pelayanan penyangkutan di rumah sakit perlu dilakukan advokasi (Advokacy). Advokasi terhadap para pengambil keputusan diberbagai program dan sektor yang terkait dengan program rumah sakit . Melakukan advokasi berarti melakukan upaya-upaya agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan menyakini bahwa program penyangkutan di rumah sakit Poso yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politis antara lain peraturan-peraturan, perundang-undangan, dan atau instruksi yang mendukung dan atau menguntungkan program penyangkutan di Rumah Sakit Poso. Bentuk kegiatan advokasi ini antara lain lobbying, pendekatan atau pembicaraan formal atau informal terhadap pembuatan keputusan, penyajian isu-isu atau masalah yang dapat menghambat program penyangkutan di rumah sakit. Dan kegiatan lainnya melakukan seminar-seminar tentang program penyangkutan di Rumah Sakit Umum Poso.

Output kegiatan advokasi adalah undang-undang ,peraturan-peraturan (PERDA), instruksi-insrtruksi yang mengikat masyarakat dan instansi – instansi yang terkait dengan program penyangkutan di Rumah Sakti Poso. Untuk itu, sasaran advokasi, para pejabat eksekutif, dan legeslatif, para pemimpin dan pengusaha, serta organisasi politik dan organisasi masyarakat, baik tingkat pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan maupun desa atau kelurahan.

## 6. Hubungan pelayanan konseling dengan kinerja perawat.

Tabel 23 menunjukkan bahwa dari 187 pasien yang diobservasi dan dikategori sesuai dengan tingkat persetujuan/pengakuan yang diberikan pasien, terlihat 25,7 % dari pasien termasuk persepsinya Sangat baik, 49,7 % pasien yang persepsinya baik, 19,8 % pasien yang persepsinya cukup, 2,7 % persepsinya tidak baik, dan 2,1 % persipsinya Sangat tidak baik. Sedangkan tabel 24 memperlihatkan 30,5% pasien dirawat inap pada RSUD Poso menganggap bahwa kinerja perawat termasuk katagori Sangat baik, 42,8 % katagori baik, 7,5 % katagori cukup, 3,2 % katagori tidak baik, dan 15,0 mengatakan kinerja perawat Sangat tidak baik. Berdasarkan Uji Statistik pada tabel 30 dengan uji Kendal thau-c dan hasil Thau-c ( $r$ ) = 2,460 > nilai  $z$  standar = 1,96 dengan tingkat signifikansi = 0,014. Ini berarti arah hubungan variabel pelayanan konseling dan kinerja perawat di RSUD Poso dengan nilai melalui uji Somers' d memperlihatkan arah yang sesuai. Semakin baik pelayanan konseling semakin baik kinerja perawat.. Besarnya korelasi antara variabel pelayanan konseling dengan kinerja perawat di RSUD Poso yang dinilai melalui uji Spearman correlation ( $p$ ) = 0,178. Nilai ini memberi arti bahwa 17,6 % kontribusi variabel pelayanan konseling terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Poso Provinsi Sulawesi Tengah. Anderson, (1968) menempatkan variabel ini ke dalam kelompok variabel pemungkin, sub kelompok sumber daya keluarga

yang mempengaruhi kinerja perawat di rumah sakit . *Anderson, 1968* mengelompokkan variabel ini kedalam kelompok variabel kebutuhan. Lanjut *Anderson* menegaskan bahwa variabel kebutuhan ini adalah faktor yang lebih penting dibandingkan dengan faktor predisposisi dan kemampuan. *Anderson, 1978* dalam *Fauzi Muhazam, 1995*. menemukan dalam penelitiannya, bahwa kontribusi variabel kebutuhan ini terhadap kinerja pelayanan kesehatan adalah sebesar 16%. Selanjutnya *Anderson* menekankan bahwa ada 3 komponen versi yang penting dalam pelayanan konseling dalam bidang kesehatan ialah: persepsi tentang penilaian sumber pelayanan, persepsi tentang kecenderungan gejala penyakit, dan persepsi tentang pelayanan kesehatan itu sendiri. Penelitian ini menemukan adanya hubungan searah antara pelayanan konseling dan kinerja pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Pengembangan program konseling di Rumah Sakit perlu komunikasi dan informasi yang memadai, karena program ini belum memasyarakat. Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif kepada sasaran (masyarakat umum dan masyarakat khusus) dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi dengan tujuan untuk menyebarkan luarkan informasi tentang pentingnya program konseling di rumah sakit. Selain daripada komunikasi kesehatan di rumah sakit juga perlu dikembangkan komunikasi massa. Komunikasi massa adalah



penggunaan media massa untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kepada khayalak atau masyarakat. Komunikasi massa dalam program rumah sakit dapat melalui berbagai media massa (TV, Radio, Vidio, Kaset, Media Cetak, dan lainnya) dengan tujuan agar sasaran dapat mengetahui pentingnya konseling di rumah sakit.

## **7. Pelayanan Perima di Rumah Sakit**

Pada dasarnya semua institusi pelayanan kesehatan bertanggungjawab untuk melayani masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif maupun kuratif dan rehabilitatif. Yang berbeda adalah bobot pelayanan di masing-masing institusi tersebut. Untuk dapat merealisasikan visi Departemen Kesehatan yaitu Indonesia Sehat 2010 dan misi yang akan ditempuh, telah ditetapkan 4 pilar paradigma sehat, yaitu :

- a. Pembangunan berwawasan kesehatan,
- b. Profesionalisme,
- c. JPKM (Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat) dan
- d. Desentralisasi.

Karena itu, rumah sakit juga dituntut untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan paradigma sehat. Pelayanan prima bidang kesehatan merupakan bagian dari upaya perbaikan peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan prima di rumah sakit perlu dilaksanakan dengan harapan

akan meningkatkan kemampuan manajerial khususnya pejabat struktural dan fungsional yang sangat diperlukan dalam mendukung pelaksanaan pelayanan prima di rumah sakit.

Pelayanan prima di Rumah Sakit Umum Poso ada lima unsur menjadi perhatiannya, yaitu efektif, efisien, aman, nyaman, dan memuaskan. Dan manfaat daripada pelayanan prima di rumah sakit, yaitu mencerminkan produktivitas RS, Balancad Score-Card tinggi measurement marketing perspective and operational perspective

human resource perspective, dan menuju jalan rumah sakit barokah. Sedangkan untuk mewujudkannya beberapa komponen/ unsur-unsur tersebut yang menjadi perhatian antara lain :

1) ada apa dengan kemampuan karyawan?

- a) pengetahuan (Pendidikan, pelatihan, informasi, pengalaman)
- b) kondisi Tubuh
- c) faktor Keluarga (demographical factors)
- d) faktor alamiah (geographical factors)

2) ada apa dengan lingkungan kerja

- a) struktur tugas dan pola kerja
- b) kompleksitas pekerjaan
- c) pola kepemimpinan dan kerjasama

- d) ketersediaan alat sarana kerja
- e) ibalan (reward system)

### 3) tips memotivasi karyawan

- a) komunikasi yang terbuka: memberikan kepada pekerja keterangan yang mereka perlukan untuk melakukan sesuatu pekerjaan yang baik,
- b) memberikan kesempatan umpan balik secara teratur,
- c) meminta masukan dari karyawan dan melibatkan mereka di dalam keputusan yang mempengaruhi pekerjaan mereka,
- d) membuat saluran komunikasi yang mudah dipergunakan, sehingga karyawan dapat menggunakannya untuk mengutarakan pertanyaan/kehawatiran mereka dan memperoleh jawaban.
- e) sambungan telepon langsung, kotak saran, forum-forum kelompok kecil, tanya jawab dengan pimpinan dan “politik pintu terbuka”
- f) belajar dari para karyawan itu sendiri apa yang memotivasi mereka,
- g) mempelajari apa saja kegiatan-kegiatan lain yang pekerja lakukan bila mereka mempunyai waktu luang, dan kemudian menciptakan kesempatan bagi mereka untuk melakukan kegiatan itu secara lebih teratur,

- h) memberi selamat secara pribadi kepada karyawan yang melakukan pekerjaan dengan baik
- i) terus menerus memelihara hubungan dengan orang yang mereka bawahi
- j) menulis memo secara pribadi kepada mereka tentang hasil kinerja mereka
- k) menghargai karyawan karena pekerjaan mereka yang baik secara umum meliputi pertemuan-pertemuan pembentukan moril seperti “merayakan kesuksesan yang dicapai kelompok”,
- l) memberikan karyawan satu pekerjaan yang baik untuk dikerjakan,
- m) apakah karyawan mempunyai sarana kerja yang terbaik.
- n) kenalilah kebutuhan-kebutuhan pribadi karyawan,
- o) gagasan menggunakan kinerja sebagai dasar untuk promosi
- p) menetapkan suatu kebijakan promosi dari dalam secara komprehensif
- q) menegaskan komitmen perusahaan terhadap perkaryaannya jangka panjang
- r) membantu berkembangnya dengan rasa “bermasyarakat”
- s) Gajilah karyawan secara bersaing berdasarkan apa yang mereka kerjakan,

- t) menawarkan “pembagian keuntungan” (profit sharing) kepada karyawan.

### **8. Resume hubungan variabel independen dengan kinerja.**

Tabel 31 memperlihatkan resume hubungan antara variabel yang termasuk kebutuhan (kualitas pelayanan , motivasi petugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan, dan pelayanan konseling) dengan variabel kinerja perawat di RSUD Poso. variabel tersebut memberi arah hubungan searah dan bermakna terhadap kinerja perawat di RSUD Poso. Dari keenam variabel tersebut masing-masing memberikan kontribusi. Respons terhadap kualitas pelayanan keperawatan memberi kontribusi (19,1%) terhadap kinerja perawat, motivasi petugas memberikan kontribusi (33,2 %) terhadap kinerja perawat, pelaksanaan asuhan keperawatan memberikan kontribusi (26,0%) terhadap kinerja perawat, pelayanan informasi memberikan kontribusi (21,7%) terhadap kinerja perawat, pelayanan penyaringan memberikan kontribusi (20,4 %) terhadap kinerja perawat, dan pelayanan konseling memberikan kontribusi (17,8 %) terhadap kinerja perawat. Dari keenam variabel independen tersebut yang paling besar memberikan kontribusi terhadap kinerja perawat di RSUD Poso adalah variabel motivasi petugas (33,2%) dan kontribusi yang kecil variabel pelayanan konseling (17,8%).

### C. Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini ditemukan banyak kelemahan-kelemahan, antara lain :

1. Masih ada beberapa variabel yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja perawat dalam pelayanan kesehatan, dimana menurut konsep yang ditawarkan oleh *Donabedian*, (1980), sedangkan pada penelitian hanya meneliti 6 yang dianggap sensitif dan memiliki hubungan dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Poso.
2. Pengukuran variabel kinerja dan kualitas pelayanan, seharusnya diukur melalui pemantauan secara langsung (longitudinal) selama 1 tahun atau lebih, terhadap kinerja perawat, namun penelitian ini hanya diukur melalui persepsi pasien yang sedang dirawat inap.
3. Penelitian ini menggunakan desain " Crosssectional study " yang berarti menilai variabel independen maupun dependennya hanya sesaat padahal untuk menilai kinerja tidak hanya dinilai sesaat melalui persepsi pasien yang sedang dirawat, tetapi mengukur fakta nyata melalui beberapa waktu (dibutuhkan desain kohort ).
4. Menurut konsep *Donabedian*, (1980) variabel yang terlibat dalam model diklasifikasi menurut variabel input, proses dan output, yang seharusnya dinilai secara komprehensif tetapi pada penelitian hanya meneliti beberapa variabel yang termasuk komponen proses.

5. Dari hasil analisis dengan menggunakan skala dikotomi memungkinkan dilakukannya uji multivariat melalui regresi berganda logistik untuk memperlihatkan adanya interaksi diantara variabel, namun pada penelitian tidak dilakukan, dan hanya menggunakan uji bivariat Kendall tau-c dan hasil Thau-c ( $r$ ) dengan ukuran korelasi Spearman correlation ( $\rho$ ) untuk menilai urutan besarnya hubungan antar variabel.
- 6 Model teoritis yang dikemukakan oleh *Donabedian*, (1980) seolah-olah terjadi terkotak-kotak menurut input, proses, dan output, padahal dalam kejadian sebenarnya, terjadi secara simultan, sehingga perlu dilakukan analisis multivariat untuk melihat kontribusi hubungan yang terbesar diantara variabel namun dalam penelitian ini tidak dilakukan, dan hanya melihat hubungan masing-masing variabel independen secara sendiri-sendiri terhadap kinerja perawat.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil analisis data penelitian yang telah dilakukan pada akhirnya ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari 6 variabel independen yang dimasukkan kedalam model kerangka konsep penelitian ini mengacu pada model yang diperkenalkan oleh *Donabedian* (1980), yakni: variabel (Kualitas pelayanan keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan penyaringan, pelayanan konseling) dengan variabel dependen (kinerja perawat).
2. Ada 4 variabel (Motivasi petugas, pelayanan konseling, pelayanan penyaringan, dan pelayanan informasi) merupakan variabel prediktor penting terhadap kinerja perawat.
3. Dua variabel lainnya (kualitas pelayanan, dan pelaksanaan asuhan keperawatan), juga perlu diperhatikan setelah ke empat variabel penting lainnya, dalam upaya meningkatkan kinerja perawat.
4. Variabel motivasi petugas dinilai menjadi determinan utama dalam perbaikan kinerja perawat dalam menjalankan tugas keperawatan, karena variabel ini yang paling besar memberikan kontribusi terhadap kinerja perawat di RSUD Poso,



5. Variabel pelayanan konseling memberikan kontribusi yang terkecil terhadap kinerja perawat di RSUD Poso, tetapi risiko yang ditimbulkan untuk menciptakan kinerja yang baik relatif lebih kurang dan kecilnya kemaknaan ini perlu mendapat sentuhan promosi kesehatan masyarakat,
6. Kualitas pelayanan keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan, motivasi petugas, pelayanan informasi, pelayanan penyeringan, dan pelayanan konseling dalam percepatan perubahan perlu ditunjang oleh penyuluhan kesehatan masyarakat yang memadai dengan berbagai pendekatan penerapan promosi kesehatan.

## **B. Saran-Saran**

1. Pemenuhan upaya pelayanan kesehatan dalam bidang keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Poso perlu ditunjang peningkatan kualitas pelayanan, motivasi petugas, asuhan keperawatan, pelayanan informasi, pelayanan penyeringan, dan pelayanan konseling
2. Diupayakan dilakukan evaluasi ke enam variabel indenpenden tersebutdi RSUD Poso
3. Diupayakan ada perhatian yang serius oleh direktur RSUD Poso ke empat variabel penting tersebut (Motivasi petugas, pelayanan konseling, pelayanan penyeringan, dan pelayanan informasi) dan tidak

mengabaikan variabel lainnya dalam menciptakan kinerja perawat yang optimal di RSUD Poso.

4. Diupayakan ada penelitian khusus mengenai variabel motivasi petugas, karena variabel ini menjadi determinan utama dalam perbaikan kinerja perawat dalam menjalankan tugas keperawatannya.
5. Dua variabel lainnya (kualitas pelayanan, dan pelaksanaan asuhan keperawatan), tetap mendapat perhatian yang serius oleh direktur RSUD Poso walaupun kontribusinya kecil dalam upaya meningkatkan kinerja perawat,
6. Diupayakan melakukan pendekatan strategi promosi kesehatan untuk mempercepat perubahan kinerja keperawatan dalam menunjang pelayanan prima di RSUD Poso.

## DAFTAR PUSTAKA

- As'ad, M. 1987. *Psikologi Industri*. Edisi Keempat. Liberty: Jakarta.
- Anoraga, P.W.N. 1998. *Psikologi Kerja*. Rineka Cipta: Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2001. *Psikologi Kepemimpinan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Bangun, W.A. dan Bennis Warren. 1989. *Menjadi Pemimpin Efektif*. Gramedia
- Buraerah. 2006. *Statistik*. Bahan Kuliah Program Pascasarjana Unhas.
- Departemen Kesehatan RI. 1994 a. *Visi Indonesia Sehat*. Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 1994 b. *Standar Asuhan Keperawatan*. Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 1994 c. *Standar Penerapan Proses Keperawatan di Rumah Sakit*. Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 1994 d. *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI
- Ilyas, Yasis, 2001, *Kinerja , Teori, Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Ed II. Sepok, Jakarta
- Fridawaty, R. 2000. *Analisis Faktor Dominan yang Mempengaruhi Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya*. Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya.
- Gibson. J. 1993. *Organisasi Perilaku-perilaku Proses*. Jilid I Edisi Kedelapan Binarupa Aksara. Jakarta.
- Herny Mastasy Rany, 2007, *Pengertian Konseling (L:\Konseling RS.htm)*, diakses 12 Februari 2008
- Ilyas, J. 1994. *Penilaian Prestasi Kerja*. Jurnal Administrasi Rumah Sakit No. 3 Volume Universitas Indonesia. Jakarta..

- Kartono Mohamad: *Sistem Jaminan Nyaris Terlupakan* ([L:\Penyarin 1.htm](#)), diakses, 12 Februari 2008
- Kusumapradja, R. 1997. *Manajemen Sumber Daya Manusia Keperawatan Pelatihan Peningkatan Keterampilan Bidang Manajemen Keperawatan PT. RSI Cabang Jawa Timur.*
- Leimena, S.L, 1990, *Pola Peningkatan Peranserta Masyarakat Dalam Pembangunan Kesehatan*, Depkes RI, Jakaarta
- Narbuko, Cholid dan Abu Achradi. 2001. *Metode Penelitian*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Notoatmodjo. 2005. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi* Rineka Cipta, Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2007. *Promosi Kesehatan, dan Ilmu Keperilaku*. Rineka Cipta, Jakarta
- Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan Propinsi Revisi III. 1997. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Ruky, Achad S. 2001. *Sistem Manajemen Kinerja*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Sugiyono. 2001. *Statistika untuk Penelitian*. Alfabet. Bandung.
- Tahir, H. 2003. *Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Keperawatan RSUD Undata Propinsi Sulawesi Tengah, Palu*. Disertasi tidak diterbitkan Makassar. Program Pascasarjana Unhas.