

G.W. 13
IST
F 9

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERPENGARUH DENGAN PELAKSANAAN
STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN YANG DILAKSANAKAN OLEH
PELAKSANA PERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSUD AMBARAWA
TAHUN 2001**

Tesis

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Dengan
Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit**



Oleh :

Istanto

NIM. E4A099011

ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2002

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH DENGAN
PELAKSANAAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
YANG DILAKSANAKAN OLEH PELAKSANA PERAWATAN
DI RUANG RAWAT INAP RSUD AMBARAWA TAHUN 2001**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Istanto
E4A099011

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji
Pada tanggal 19 Maret 2002

DEWAN PENGUJI

Pembimbing Utama


dr Anneke Suparwati, MPH

Anggota Dewan Penguji Lain


Sri Werdati SKM, MKes

Pembimbing Pendamping


Lucia Ratna K, SH, MKes


Dra Ayun Sriatmi, MKes

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan
Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



dr Sudiro, MPH, Dr PH
NIP. 31252956

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayahnya, sehingga kami dapat menyelesaikan penulisan tesis dengan judul “ Faktor-faktor yang berpengaruh dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan oleh Pelaksana Perawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Ambarawa Tahun 2001 “ untuk memenuhi sebagian syarat dalam mencapai gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, Semarang.

Penelitian ini terlaksana berkat bantuan berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini kami menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Prof Dr dr Soeharyo Hadisaputro SpPD-KTI, Direktur Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat.
2. dr Sudiro, MPH, Dr.PH, Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dan sebagai Ketua Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian ini.
3. dr Anneke Suparwati, MPH selaku pembimbing utama tesis yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberi bimbingan diantara kesibukan tugas sehari-hari.

4. dr Lucia Ratna K, SH, MKes, selaku pembimbing anggota telah banyak membantu mengarahkan penulisan tesis ini.
5. dr H Sulthoni, MKes selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa yang telah memberikan ijin, arahan dan bantuan kepada kami sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
6. dr Heriyanto MKes, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran yang telah memberikan ijin untuk melakukan uji coba kuesioner.
7. dr Hartono Sp A, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas yang telah memberikan peluang dan semangat untuk menyelesaikan penulisan ini.
8. Seluruh Staf Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang
9. Mbak Nungki, Triana, Mbak Yuni dan Mas Basari yang telah banyak membantu kelancaran administrasi kepada kami.
10. Kepada istri tercinta Siswati, terimakasih atas dorongan, doa, pengertian, pengorbanan dalam menyelesaikan tesis ini. Juga kepada anak-anakku Icha, Putri, Chesy, dan Eltha terimakasih atas doa dan pengertiannya.

Kami menyadari akan keterbatasan dan kekurangan dalam penulisan ini, namun kami berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Banyumas, 19 Maret 2002

Istanto

RIWAYAT HIDUP

IDENTITAS DIRI

- 1 Nama : dr Istanto
- 2 Tempat Tanggal Lahir : Kabupaten Semarang, 31 Agustus 1960
- 3 Status : Kawin
- 4 Alamat : JL. Tugu Utara 28 Sampang - Cilacap

RIWAYAT PENDIDIKAN

- 1 Tahun 1967 - 1972 : SD Banyubiru III Banyubiru
- 2 Tahun 1973 - 1975 : SMP Pangudi Luhur Ambarawa
- 3 Tahun 1976 – 1978/1979 : SMA I Salatiga
- 4 Tahun 1980 – 1987 : FK Universitas Diponegoro Semarang
- 5 Tahun 1999 – Maret 2002 : PPS MIKM Universitas Diponegoro Semarang

RIWAYAT PEKERJAAN

- 1 Tahun 1987 - 1988 : Kepala Puskesmas Lipulalongo Sulteng
- 2 Tahun 1988 - 1990 : Kepala Puskesmas Balantak Sulteng
- 3 Tahun 1991 - 1996 : Kepala Puskesmas Bawen Kab. Semarang
- 4 Tahun 1996 – Maret 2001 : Kepala Puskesmas Sumowono Kab. Semarang
- 5 April-Juni 2001 : Dokter di RSUD Ambarawa
- 6 Juli 2001 - Sekarang : Kepala Sub Bidang SIMRS RSUD Banyumas

DAFTAR ISI

Halaman Judul	.....	i
Halaman Pengesahan	.....	ii
Kata Pengantar	.....	iii
Daftar Isi	.....	v
Daftar Tabel	.....	viii
Daftar Gambar	.....	x
Daftar Lampiran	.....	xi
Abstrak	.....	xii
Abstract	.....	xiv
BAB I : PENDAHULUAN	.....	1
A Latar Belakang	.....	1
B Perumusan Masalah	.....	9
C Keaslian Penelitian	.....	9
D Manfaat Penelitian	.....	10
E Tujuan Penelitian	.....	10
- Umum	.....	10
- Khusus	.....	11
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	.....	13
A Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	.....	13
B Pelayanan Keperawatan	.....	14
C Mutu Pelayanan Keperawatan	.....	17
D Standar Asuhan Keperawatan	.....	18
E Manajemen Asuhan Keperawatan	.....	21
F Tanggungjawab dan tugas Kepala Ruang	.....	23
G Peran, tugas, fungsi dan tanggungjawab Perawat Pelaksana	.....	28

H	Faktor - Faktor yang berhubungan dengan Pelaksanaan SAK ...	31
I	Kerangka Teori	40
BAB III	: METODE PENELITIAN	41
A	Kerangka Konsep	42
B	Hipotesis	42
C	Variabel Penelitian	44
D	Definisi Operasional	44
E	Jenis Penelitian	50
F	Populasi dan Sampel Penelitian	51
G	Instrumen Penelitian	51
H	Pengumpulan Data	51
I	Pengolahan Data	52
J	Analisis Data	53
K	Jalannya Penelitian	56
BAB IV	: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	59
A	Hasil Penelitian	59
A.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	59
A.2	Deskripsi Karakteristik Responden	61
A.3	Deskripsi Analisis Univariat	66
A.4	Analisis Bivariat Variabel Penelitian	84
A.4.1	Tabulasi Silang	84
A.4.2	Korelasi Variabel Bebas dengan Variabel Terikat	89
A.5	Analisis Multivariat	91
A.6	Hasil Wawancara Dengan Kepala Ruang	97
B	Pembahasan	98
B.1	Pembahasan Analisis Univariat.....	98
B.2	Pembahasan Analisis Bivariat.....	105

B.3	Pembahasan Analisis Multivariat	111
B.4	Kelemahan Penelitian	115
BAB V :	KESIMPULAN DAN SARAN	117
A	Kesimpulan	117
B	Saran	121
DAFTAR PUSTAKA		123
LAMPIRAN - LAMPIRAN		128

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Hasil Pelaksanaan Evaluasi SAK di RSUD Ambarawa	7
Tabel 3.1	Pedoman Interpretasi Koefisien Korelasi	55
Tabel 3.2	Hasil Analisis uji Coba Validitas Kuesioner	57
Tabel 4.1	Distribusi Frekwensi Responden menurut Jenis Kelamin	62
Tabel 4.2	Distribusi Frekwensi Responden menurut Kelompok Umur	62
Tabel 4.3	Distribusi Frekwensi Responden menurut Tingkat Pendidikan	63
Tabel 4.4	Distribusi Frekwensi Responden menurut Pelatihan Mutu	64
Tabel 4.5	Distribusi Frekwensi Responden menurut Status Kepegawaian	64
Tabel 4.6	Distribusi Frekwensi Responden menurut Ruang Tempat tugas	65
Tabel 4.7	Distribusi Frekwensi Responden menurut Masa Kerja	66
Tabel 4.8	Prosentase Jawaban Responden dari pengukuran Pengetahuan	67
Tabel 4.9	Distribusi Frekwensi Responden Berdasarkan Pengetahuan	68
Tabel 4.10	Prosentase Jawaban Responden dari pengukuran Ketrampilan	69
Tabel 4.11	Distribusi Frekwensi Responden Berdasarkan Ketrampilan	70
Tabel 4.12	Prosentase Jawaban Responden dari pengukuran Motivasi	71
Tabel 4.13	Distribusi Frekwensi Responden Berdasarkan Motivasi	72
Tabel 4.14	Prosentase Skor Jawaban Responden dari Pengukuran Pengarahan Kepala Ruang.	73
Tabel 4.15	Distribusi Hasil Pendapat pelaksana Perawatan Tentang Pengarahan Kepala Ruang	74
Tabel 4.16	Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan tentang Pengarahan Kepala Ruang Berdasarkan Tempat Tugas Pelaksana Perawatan.	75
Tabel 4.17	Prosentase Skor Jawaban Responden dari Pengukuran Pengawasan Kepala Ruang.	76
Tabel 4.18	Distribusi Hasil Pendapat pelaksana Perawatan Tentang Pengawasan Kepala Ruang	77
Tabel 4.19	Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan tentang Pengawasan Kepala Ruang Berdasarkan Tempat Tugas Pelaksana Perawatan.	78
Tabel 4.20	Prosentase Skor Jawaban Responden dari Pengukuran Supervisi Kepala Ruang.	79

Tabel 4.21	Distribusi Hasil Pendapat pelaksana Perawatan Tentang Supervisi Kepala Ruang	79
Tabel 4.22	Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan tentang Supervisi Kepala Ruang Berdasarkan Tempat Tugas Pelaksana Perawatan.	80
Tabel 4.23	Prosentase Skor Penilaian Pelaksanaan SAK	81
Tabel 4.24	Rerata Pencapaian Pelaksanaan SAK	83
Tabel 4.25	Hasil pencapaian Pelaksanaan SAK	83
Tabel 4.26	Hubungan Pengetahuan Dengan Pelaksanaan SAK	84
Tabel 4.27	Hubungan Ketrampilan Dengan Pelaksanaan SAK	85
Tabel 4.28	Hubungan Motivasi Dengan Pelaksanaan SAK	86
Tabel 4.29	Hubungan Pengarahan Dengan Pelaksanaan SAK	87
Tabel 4.30	Hubungan Pengawasan Dengan Pelaksanaan SAK	88
Tabel 4.31	Hubungan Supervisi Dengan Pelaksanaan SAK	89
Tabel 4.32	Hubungan Variabel Bebas Dengan Variabel terikat pada Uji PM	90
Tabel 4.33	Hasil Uji Regresi Dengan Metode Stepwise	91
Tabel 4.34	Hasil Uji Anova	93
Tabel 4.35	Hasil Pengaruh variabel bebas dengan variabel terikat	96
Tabel 4.36	Karakteristik Kepala Ruang	97

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka Teori	40
Gambar 2	Kerangka Konsep	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	128
Lampiran 2	Uji Normalitas Data Pengetahuan	134
	Uji Normalitas Data Ketrampilan	135
	Uji Normalitas Data Motivasi	135
	Uji Normalitas Data Pengarahan	136
	Uji Normalitas Data Pengawasan	137
	Uji Normalitas Data Supervisi	137
	Uji Normalitas Data Pelaksanaan SAK	138
Lampiran 3	Hasil Uji Regresi Linier Berganda dengan metode <i>Stepwise</i>	139
Lampiran 4	Hasil Uji Asumsi Regresi Linier Berganda - Normalitas	146
	Hasil Uji Asumsi Regresi Linier Berganda - Heteroskedastisitas	147
Lampiran 5	Hasil Analisis Bivariat - <i>Crosstab</i>	148
Lampiran 6	Kuesioner Penelitian	158
Lampiran 7	Instrumen A	166
Lampiran 8	Petunjuk Penilaian Instrumen A	169
Lampiran 9	Transkrip Wawancara	176

**Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro
Semarang
Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, 2002**

ABSTRAK

Istanto

FAKTOR -FAKTOR YANG BERPENGARUH DENGAN PELAKSANAAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN YANG DILAKUKAN OLEH PELAKSANA PERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSUD AMBARAWA TAHUN 2001

xiv +127 hal+ 39 tabel + 3 gambar + 9 lampiran.

Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan yang profesional dalam melaksanakan praktek keperawatan. Asuhan keperawatan yang merupakan inti dari praktek keperawatan, apabila dilaksanakan dengan berpedoman pada standar asuhan keperawatan memberikan jaminan kualitas dan dapat mengurangi keluhan-keluhan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Ambarawa.

Jenis penelitian ini adalah analitik yang bersifat *Explanatory* dengan metode survey memakai pendekatan *Cross Sectional*. Lokasi Penelitian di RSUD Ambarawa dengan jumlah responden sebanyak 59 orang pelaksana perawatan Sumber data primer diperoleh dengan kuesioner dan data sekunder dari Rumah Sakit. Analisis data secara univariat, bivariat dan multivariat. Analisis multivariat menggunakan uji regresi linier berganda dengan metode *stepwise*. Signifikansi ditentukan dengan nilai $p < 0,05$. Analisis dengan menggunakan komputer Program SPSS versi 9.0

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dari 59 responden sebanyak 50,85% mempunyai pengetahuan cukup, 30,51% ketrampilan baik, 50,85% motivasi cukup, 50,85% pengarahannya kurang, 59,32% pengawasan kurang, 48,15% supervisi cukup dan 52,54% pelaksanaan standar asuhan keperawatan cukup. Pelaksana perawatan dengan pengetahuan cukup (50,85%), ketrampilan baik (30,50%), motivasi cukup (50,85%), pengarahannya kurang (50,85%), pengawasan kurang (59,32%), supervisi cukup (49,15%), dan pelaksana perawatan yang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (55,93%). Pelaksana Perawatan dengan pengetahuan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (53,3%), pelaksana perawatan dengan ketrampilan baik mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%), pelaksana perawatan dengan motivasi cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (82,1%), pelaksana perawatan dengan pengarahannya kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60%), pelaksana perawatan dengan pengawasan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60%), pelaksana perawatan dengan supervisi cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%). Pelaksana

Perawatan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik sudah pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan. Dari Uji Korelasi *Product Moment* menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, ketrampilan, motivasi, pengarahan, pengawasan dan supervisi mempunyai hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan masing-masing mempunyai nilai $p = 0,00$ pada ($\alpha=0,05$). Dari Uji Regresi Linier Berganda dengan metode *Stepwise* menunjukkan bahwa variabel ketrampilan ($p=0,00$) dan Variabel supervisi ($p=0,00$) berpengaruh secara signifikan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan, sedangkan variabel pengetahuan ($p=0,105$), variabel motivasi ($p=0,302$), variabel pengarahan ($p=0,095$), variabel pengawasan ($p=0,137$) tidak berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Kesimpulan. Pelaksana perawatan dengan pengetahuan cukup (50,85%), ketrampilan baik (30,50%), motivasi cukup (50,85%), pengarahan kurang (50,85%), pengawasan kurang (59,32%), supervisi cukup (49,15%). Pengetahuan, ketrampilan, motivasi, pengarahan, pengawasan dan supervisi mempunyai hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan masing-masing mempunyai nilai $p = 0,00$ pada ($\alpha=0,05$). Sedangkan Variabel yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan hanya variabel ketrampilan dan supervisi masing-masing mempunyai nilai $p=0,00$ ($\alpha=0,05$).

Saran. RSUD Ambarawa disarankan untuk mengadakan pelatihan mutu asuhan keperawatan dan mengadakan pelatihan manajemen kepala ruang sedangkan implementasinya agar lebih ditekankan pada peningkatan ketrampilan pelaksana perawatan dan meningkatkan frekwensi supervisi.

Kata Kunci : Pelaksanaan - Standar Asuhan Keperawatan – Pelaksana Perawatan
Kepustakaan : 65. 1983 – 2001

**Community Health Science Magister Program
Post Graduate Program Diponegoro University
Concentration on Hospital Administration in 2002**

ABSTRACT

Istanto

Factors influence implementation nursing care standard at in patient departement RSUD Ambarawa 2001

Xiv + page 127 + table 39 + picture 3 + appendix 9

Nursing is needed to serve professionally in nursing care. Nursing care is the care of nursing and if it is done base on the nursing care standard, it will raise the quality of the hospital and decrease the patients complaint. The research is purposed to understand factors which influence implementation of the nursing care standard in ward RSUD Ambarawa.

An analitic reasearch has character of explanatory. This research use survey methode with Cross Sectional approach. The research was done in RSUD Ambarawa with total respondent 59 nurses. Primary data is collected by questionares and scondary data is collected from the hospital resources. Data analysis consist of three steps which are univariat, bivariat and multivariat. Multivariat analysis use the multiple linier regression test with stepwise methode. Signification value is $p < 0,05$. Data Analysis by computerised SPSS v 9,01 program.

Results. The results of this research show that from 59 respondents 50,85% respondent have enough knowled, 30,51 % respondents have good skill, 50,85% respondent enough motivation, 50,85 % room leaders are lack of direction, 59,32 % room leaders are lack of control, 49,15 % room leaders have enough supervision and 55,93 % respondent have good implementation of nursing care standard. 53,3 % Nurse with enough knowledge have good implementation of nursing care standard, 100% nurses with good skill have good implementation of nursing care standard, 82,1 % nurse with enough motivation have good implementation of nursing care standard, 90,9% nurse with lack direction of room leader have good implementation of nursing care standard, 60,0% nurse with lack control of room leader have poor implementation of nursing care standard, 100 % nurse with enough supervision of room leader have good implementation of nursing care standard and 54,5 % nurse with good implementation of nursing care standard have ever attende training of quality nursing care. The product moment analysis shows that knowledge, skill, motivation, direction, control and supervision have correlation significantly to the implementation of nursing care, each of it has p value 0,00. The multiple regression analysis with stepwise method shows that the skill variable has p – value =0,00 and the supervision variable has p-value = 0,00 mean that those variables influence to the implementation of nursing care standard significantly while the knowledg variable has p – value =0,105, the motivation variable has p – value =0,302, the direction

variable has p – value =0,095, the control variable has p – value =0,137 mean those variables do not influence to the implementation of nursing standard.

Conclusion. 50,85% Nurses have enough knowledge, 30,51 % nurses have good skill, 50,85% nurses enough motivation, 50,85 % room leaders are lack of direction, 59,32 % room leaders are lack of control, 49,15 % room leaders have enough supervision and 55,93 % nurses have good implementation of nursing care standard. Knowledge, skill, motivation, direction, control and supervision have correlation significantly to the implementation of nursing care, each of it has p value = 0,00. While the influence of the nursing care standard implementation only skill variable and motivation variable each of it has p value = 0,00.

Suggestion. RSUD Ambarawa is suggested to arrange the nursing care quality training and arranging room leadaers management training whereas the implementation is emphasized on the increasing nurse skill and increasing the frequency of supervision.

Key Word : Factors influence – Nursing care standard – Nurse
Literature : 1983 – 2001. 65

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan mulai bergeser dari pelayanan yang sebelumnya *provider* menentukan produk dan jasa pelayanan, berubah menjadi pasien sebagai penentu produk dan jasa yang mereka butuhkan (Mulyadi, 1997). Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan perlu tanggap dan peka terhadap setiap keinginan dan kebutuhan pelanggan. Dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang memuaskan kepada pelanggan namun demikian pelayanan yang diberikan harus tetap berpedoman pada standar pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang berpedoman pada standar kualitas dan kepuasan pelanggan disebut pelayanan prima. Dengan adanya dukungan dan dorongan pemerintah melalui surat keputusan Menpan No 81 Tahun 1993 tentang tata laksana pelayanan prima, surat keputusan Menkowsabang PAN No 145 Tahun 1999 tentang peluncuran pelayanan prima serta instruksi Menkes No 828 Tahun 1999 tentang pelayanan prima bidang kesehatan, rumah sakit mau tidak mau harus mengupayakan tersedianya pelayanan yang bermutu dan memberikan kepuasan kepada pasien.

Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit antara lain dipengaruhi oleh kenyamanan dan keamanan pasien saat menerima pelayanan, hubungan inter personal pasien dengan *provider*, kecakapan pemberi jasa pelayanan

serta manfaat yang diperoleh pasien / keluarganya sebanding dengan biaya yang telah mereka keluarkan untuk kesembuhan pasien. Kepuasan pasien merupakan salah satu keluaran dari sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit selain peningkatan status kesehatan.

Pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai peranan yang sangat strategis dalam menentukan mutu pelayanan rumah sakit karena perawat merupakan satu-satunya tenaga kesehatan yang mempunyai waktu lebih lama untuk berinteraksi dengan pasien. Profesi perawat dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu, untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang bermutu memerlukan landasan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang kuat, tumbuhnya sikap dan tingkah laku profesional, dan berpedoman kepada landasan etika keperawatan yang kokoh dan mantap. Praktek keperawatan apabila dilaksanakan sesuai dengan standar asuhan keperawatan memberikan jaminan kualitas pelayanan, memberikan perlindungan kepada pasien terhadap pelayanan yang tidak profesional, memberikan perlindungan hukum kepada pelaksana perawatan.

Asuhan keperawatan yang merupakan inti dari praktek keperawatan (Gartinah, 2000), apabila dilaksanakan dengan berpedoman pada standar asuhan keperawatan akan mengurangi keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan memberikan jaminan mutu pelayanan

Pelayanan keperawatan yang bermutu tidak sepenuhnya menjadi tanggungjawab pelaksana perawatan, kepala ruang selaku manajer lini pelayanan

terdepan mempunyai tanggungjawab terhadap aktifitas proses keperawatan dan memfasilitasi pelaksana perawatan agar dapat melaksanakan praktek keperawatan sesuai standar.

Menurut Swansburg (1996) tugas lain dari kepala ruang adalah melakukan pengamatan terhadap kinerja perawat dan mengambil tindakan jika terjadi penyimpangan dari standar yang telah ditentukan. Pelayanan keperawatan yang bermutu membutuhkan manajemen yang fleksibel dan dinamis dari kepala ruang untuk merespon kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Arus tuntutan masyarakat yang semakin kuat mendorong pihak manajemen rumah sakit melakukan perubahan-perubahan untuk mengantisipasi timbulnya keluhan-keluhan dari pelanggan internal maupun eksternal. Agar pelayanan senantiasa memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan kepala ruang perlu meningkatkan dan mengembangkan fungsi-fungsi manajerial yang optimal, kreatif dan inovatif. Kepala ruang dituntut untuk tanggap dan peka terhadap perubahan serta meningkatkan kemampuan diri dan pengawasan diri. Kemampuan untuk mengkoordinasikan, mengarahkan dan mengendalikan staf keperawatan, memotivasi, komunikasi dan mengintegrasikan pekerjaan merupakan modal dasar untuk kesuksesan sebagai kepala ruang. Kepala Ruang perlu mengupayakan pelayanan keperawatan sedemikian rupa agar tujuan pelayanan keperawatan dapat tercapai, antara lain dengan memberikan jaminan kesejahteraan kepada perawat, memberi kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan pendidikan dan memberdayakan perawat.

Berdasarkan wawancara pendahuluan dengan dua kepala ruang di ruang rawat Inap RSUD Ambarawa diperoleh informasi bahwa kepala ruang belum paham terhadap tugasnya sebagai kepala ruang seperti yang tercantum dalam Buku Pedoman Uraian Tugas Tenaga Perawatan di Rumah Sakit Tahun 1999. Satu kepala ruang diketahui jarang mengadakan rapat untuk memberikan pengarahan kepada pelaksana perawatan, satu kepala ruang belum pernah melakukan supervisi kepada pelaksana perawatan terutama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Fungsi pengarahan, pengawasan dan supervisi perlu dijalankan secara maksimal oleh kepala ruang untuk membimbing pelaksana perawatan melaksanakan asuhan keperawatan agar tujuan pelayanan keperawatan dapat tercapai. Kepala ruang perlu memiliki kemampuan teknik, ketrampilan, pengetahuan dan dapat memotivasi pelaksana perawatan agar pelaksanaan asuhan keperawatan berjalan dengan optimal (Swansburg, 1996).

Mutu pelayanan keperawatan di RSUD Ambarawa sampai saat ini masih belum memuaskan, terbukti masih terdapat adanya keluhan dari pasien maupun keluarga baik secara lisan maupun tertulis lewat kotak saran. Dari 84 buah surat yang masuk diketahui 25% pelanggan mengatakan bahwa pelaksana perawatan belum memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan pasien. Menurut Azwar (1995) pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan. Menurut Kuncoro (1997) mutu adalah kepatuhan terhadap standar dan kepatuhan terhadap keinginan pelanggan. Keluhan – keluhan dari pasien merupakan *outcome* dari sistem peningkatan mutu pelayanan keperawatan, *outcome* yang tidak sesuai dengan harapan merupakan hasil proses

pelayanan yang belum sesuai dengan standar (Donabedian, 1990). Dengan demikian timbulnya keluhan tersebut disebabkan karena pelaksanaan proses keperawatan mulai dari pengkajian masalah, pemenuhan kebutuhan pasien sampai dengan penilaian hasil asuhan keperawatan belum berjalan sebagaimana yang diharapkan.

Dari pengamatan pendahuluan selama tiga bulan di Instalasi Gawat Darurat peneliti melihat ada 2 orang pelaksana perawatan yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat sebelum dan sesudah melakukan tindakan tidak melakukan cuci tangan. Berdasarkan protap yang dimiliki oleh RSUD Ambarawa disebutkan bahwa sebelum dan sesudah melakukan tindakan tenaga kesehatan diwajibkan untuk cuci tangan. Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap protap merupakan *output* pelayanan kesehatan yang dihasilkan dari sistem peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang sebelumnya diawali dengan ketersediaan struktur pelayanan kesehatan dan bagaimana proses pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan. Di Ruang Dahlia peneliti menemukan ada dua orang pasien mengalami dekubitus yang didapat selama dalam perawatan. Dekubitus yang terjadi pada pasien yang sedang dalam proses perawatan memberikan gambaran bahwa proses keperawatan di ruang rawat terjadi permasalahan yang belum diketahui. Dari wawancara dengan satu keluarga pasien yang dirawat di Ruang Dahlia dengan penyakit jantung diperoleh informasi bahwa selama tiga hari dirawat, perawat tidak pernah memberitahukan kepada keluarga pasien tentang apa yang harus dikerjakan dan apa yang harus dihindari. Sehingga pada saat keluarga pasien membawa pasien ke kamar mandi mendapat teguran dari perawat. Kejadian tersebut seharusnya tidak terjadi apabila sebelumnya perawat telah melakukan pendekatan

interpersonal melalui penyuluhan / pendidikan selama dalam perawatan. Pendidikan dalam proses perawatan sangat diperlukan oleh pasien agar pasien / keluarga terlibat aktif dalam proses keperawatan sebab dengan melibatkan mereka secara tidak langsung ikut bertanggungjawab terhadap proses kesembuhan pasien serta secara ekonomi pasien / keluarga akan memperoleh keuntungan dengan menurunnya lama perawatan di rumah sakit.

Dengan demikian asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan diharapkan dapat meminimalkan kecemasan pasien, memberikan rasa aman, rasa nyaman, memberikan pengetahuan tentang penyakit dan tindakan keperawatan; memperoleh asuhan diri yang optimal serta menimbulkan kepuasan kepada pasien / keluarga (Kirk dan Hoelsing, 1991).

Dari data kepegawaian diperoleh informasi bahwa tingkat pendidikan tenaga keperawatan yang ada di RSUD Ambarawa sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan sekolah perawat kesehatan (SPK). Sebagian besar dari mereka belum paham terhadap tugas pokoknya, tugas limpahan dari dokter justru dianggap sebagai tugas utamanya sehingga melupakan tugasnya sebagai pemberi asuhan keperawatan (Husin, 1998). Kondisi tersebut dapat menimbulkan dampak yang kurang menguntungkan terhadap kualitas keperawatan di rumah sakit. Asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara konsisten mulai dari pengkajian masalah, pemenuhan kebutuhan pasien sampai dengan penilaian hasil asuhan keperawatan dapat memberikan jaminan terhadap kualitas pelayanan keperawatan.

Dari data yang diperoleh dari ketua peningkatan mutu asuhan keperawatan didapatkan informasi tentang hasil pelaksanaan evaluasi standar asuhan keperawatan di RSUD Ambarawa tahun 1997 dan tahun 1999 adalah sbb :

Tabel 1.1 Hasil Pelaksanaan Evaluasi Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 1997 dan Tahun 1999

No	Aspek	1997	1998	1999	2000
1	Pengkajian	76,97 %	-	32,5 %	-
2	Diagnosa Keperawatan	89,5 %	-	93,33 %	-
3	Perencanaan Keperawatan	60,75 %	-	87,29 %	-
4	Tindakan Keperawatan	68,1 %	-	57,50 %	-
5	Evaluasi Keperawatan	38,2 %	-	68,13 %	-
6	Catatan Askep	79,21 %	-	62,71 %	-

Sumber : Data Sekunder dari seksi keperawatan RSUD Ambarawa Tahun 1997 dan Tahun 1999

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa evaluasi terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan belum berjalan secara baik, evaluasi dilakukan paling tidak minimal satu kali setiap tahun sehingga dapat diketahui kecenderungan peningkatan atau penurunan pelaksanaan. Dari data ini dapat diketahui bahwa manajemen keperawatan yang dilaksanakan oleh seksi keperawatan belum optimal. Sedangkan dari hasil evaluasi tersebut menurut kepala sub seksi etika dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan diketahui bahwa pelaksanaan tahapan proses keperawatan belum dilaksanakan dengan baik khususnya pada pengisian diagnosa keperawatan, rerata setiap hari pengisian dokumentasi catatan asuhan keperawatan khususnya tentang diagnosa keperawatan baru dilaksanakan kurang lebih 5 % dari seluruh pasien baru. Keadaan ini menggambarkan bahwa proses keperawatan yang dilaksanakan oleh

pelaksana perawatan belum dilaksanakan dengan baik. Disamping itu dalam penulisan dokumentasi catatan asuhan keperawatan ditemukan bahwa setiap melakukan tindakan / kegiatan pelaksana perawatan belum mencantumkan nama jelas hanya mencantumkan paraf saja. Pencantuman paraf / nama dalam dokumentasi catatan asuhan keperawatan merupakan kegiatan yang wajib dilaksanakan oleh pelaksana perawatan oleh karena dokumentasi tersebut merupakan bentuk akuntabilitas perawat terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukannya.

Berdasarkan data hasil pengamatan dan wawancara tersebut diatas walaupun tidak dapat digeneralisasikan secara umum kepada semua pelaksana perawatan, dapat diketahui bahwa di ruang rawat inap RSUD Ambarawa mempunyai permasalahan tentang pelaksanaan standar asuhan keperawatan oleh karena belum dilaksanakannya proses keperawatan secara maksimal.

Keadaan tersebut mendorong penulis untuk lebih mencermati bagaimana sebenarnya pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan di ruang rawat inap RSUD Ambarawa dan faktor-faktor apa saja yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

B. Perumusan Masalah

Dari latar belakang tersebut diatas dapat dirumuskan tentang permasalahan pelaksanaan standar asuhan keperawatan di ruang rawat inap yaitu belum maksimalnya pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, sehingga perlu diketahui adanya faktor-faktor yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilakukan oleh pelaksana perawatan. Untuk itu pertanyaan penelitian yang diajukan adalah **faktor-faktor apa sajakah yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilakukan oleh pelaksana perawatan di ruang rawat inap RSUD Ambarawa ?**

C. Keaslian Penelitian

Faktor-faktor yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilakukan oleh pelaksana perawatan di Rawat Inap RSUD Ambarawa, sepengetahuan peneliti belum pernah dilakukan, yang pernah dilakukan adalah analisis mutu pelayanan keperawatan dari sudut pandang pasien terhadap kepatuhan perawat pada standar asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUP dr Kariadi Semarang oleh Parwati D (1999). Bedanya dengan penelitian ini adalah pada pemilihan subyek penelitian, hipotesis dan tujuan penelitian. sedangkan untuk rancangan penelitiannya sama.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi :

A. Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa

Sumbangan pemikiran dalam upaya memperbaiki manajemen keperawatan guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

B. Institusi Pendidikan

Menambah khasanah penelitian dan wacana kajian pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

C. Penulis

Mendapatkan pengalaman langsung dalam melakukan penelitian ilmiah.

E. Tujuan Penelitian

1) Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.

2) Khusus

- a. Mendeskripsikan pengetahuan, ketrampilan, motivasi, pengarahan, pengawasan dan supervisi.
- b. Mendeskripsikan pelaksanaan standar asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

- c. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- d. Mengetahui hubungan ketrampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- e. Mengetahui hubungan motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- f. Mengetahui hubungan pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- g. Mengetahui hubungan pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- h. Mengetahui hubungan supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- i. Mengetahui pengaruh pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- j. Mengetahui pengaruh ketrampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- k. Mengetahui pengaruh motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- l. Mengetahui pengaruh pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- m. Mengetahui pengaruh pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.

- n. Mengetahui pengaruh supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.
- o. Mengetahui adanya pengaruh secara bersama-sama pengetahuan, ketrampilan, motivasi, pengarahan, pengawasan dan supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Paradigma pelayanan kesehatan di Rumah Sakit telah mengalami pergeseran dari yang semula pihak rumah sakit menentukan tersedianya pelayanan kesehatan berubah menjadi pasien yang menentukan pelayanan sesuai kebutuhan mereka.

Sebenarnya pelayanan kesehatan mempunyai tiga fungsi yang saling berkaitan, saling berpengaruh dan saling bergantung yaitu fungsi sosial, fungsi teknis kesehatan dan fungsi ekonomi. Tujuan pelayanan kesehatan adalah tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang memuaskan harapan dan kebutuhan masyarakat (*consumer satisfaction*), yang memuaskan harapan dan kebutuhan pemberi pelayanan melalui pelayanan yang efektif (*provider satisfaction*), yang memuaskan harapan dan kebutuhan institusi pelayanan melalui pelayanan yang efisien (*institutional satisfaction*). Interaksi ketiga pilar utama pelayanan kesehatan yang serasi, selaras dan seimbang, merupakan paduan dari kepuasan tiga pihak dan ini merupakan pelayanan kesehatan yang memuaskan (*satisfaction health care*). Untuk menghadapi persaingan global rumah sakit senantiasa selalu meningkatkan program peningkatan kualitas dan evaluasi secara berkelanjutan (Djojosingito, 2000). Pelayanan yang bermutu dan memuaskan merupakan pelayanan yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat.

Untuk memenuhi tuntutan kebutuhan dan keinginan masyarakat Departemen Kesehatan mengeluarkan Insruksi Menkes RI No.828 / Menkes / VII / 1999 tentang pelaksanaan pelayanan prima bidang kesehatan. Pelayanan prima yang dilaksanakan secara konsisten dan terus menerus diharapkan menghasilkan keunggulan kompetitif (*Competitive advantage*) yaitu pelayanan yang bermutu, efisien, inovatif dan menghasilkan *customer responsiveness*.

B. Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang menjadi cermin keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit tidak bisa lepas dari upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

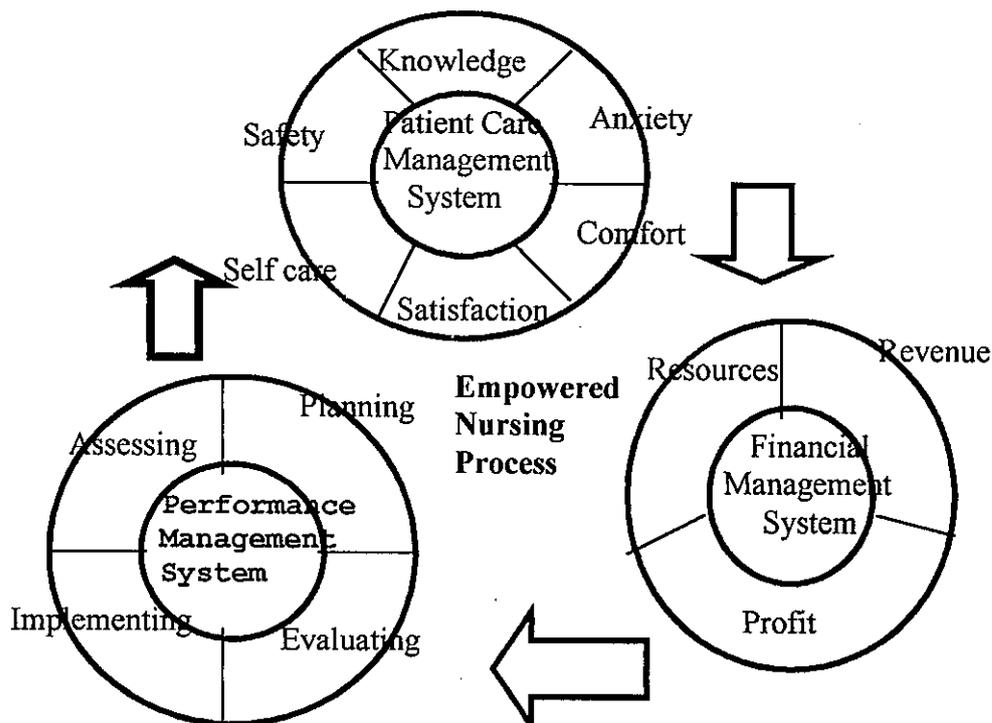
Pelayanan keperawatan dalam pelaksanaannya merupakan praktek keperawatan yaitu tindakan mandiri perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan cara kerjasama yang bersifat kolaboratif dengan klien dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggungjawabnya (PPNI, 1999).

Sedangkan yang dimaksud dengan asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan dalam lingkup

wewenang serta tanggungjawab keperawatan (PPNI, 1999). Proses keperawatan merupakan aktivitas ilmiah dan rasional yang dilakukan secara sistematis, terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Kozier, 1991). Menurut Gartinah (2000) asuhan keperawatan merupakan inti dari praktek keperawatan yaitu pemberian pelayanan berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan dengan menggunakan pendekatan penyelesaian masalah yang berlandaskan kepada etika dan etiket keperawatan.

Menurut Kirk & Hoelsing (1991) praktek keperawatan perlu dilaksanakan dengan memberdayakan pelaksanaan proses keperawatan yaitu setiap pelaksana perawatan profesional diberikan kepercayaan dan kesempatan untuk mengembangkan kemampuan tanggap diri (*self Responsibility*), mengembangkan pengawasan diri (*action of internal control*) dan secara konsisten melaksanakan proses pengkajian untuk memperoleh diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi. Keluaran dan hasil yang diharapkan dari sistem pengelolaan proses keperawatan tersebut adalah diperolehnya keselamatan, rasa aman, nyaman, kepuasan, dicapainya perawatan diri yang optimal, kecemasan yang minimal, memperoleh pengetahuan tentang kondisi penyakitnya dan perawatannya. Apabila hasil asuhan keperawatan tersebut tercapai maka akan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap intitusi pelayanan, mereka akan cenderung menggunakan kembali pelayanan keperawatan sehingga berdampak terhadap peningkatan pendapatan rumah sakit, meningkatkan keuntungan rumah sakit dan pada akhirnya akan meningkatkan kesejahteraan pelaksana perawatan. Kesejahteraan

yang meningkat akan memotivasi pelaksana perawatan untuk meningkatkan kinerja pelaksana perawatan. Kinerja pelaksana perawatan yang baik adalah kinerja yang berpedoman pada standar dan menghasilkan pelayanan yang optimal, bermutu serta menimbulkan kepuasan kepada setiap pemakai jasa pelayanan. Apabila pasien memperoleh kepuasan mereka akan cenderung menggunakan kembali pelayanan dan tanpa disadari pasien ini merupakan ujung tombak promosi pelayanan bagi rumah sakit yang bersangkutan kepada masyarakat luas, sehingga akan mengharumkan nama rumah sakit yang bersangkutan, pasien bertambah banyak, pemasukan dana bertambah, kesejahteraan karyawan meningkat, motivasi karyawan meningkat, kinerja karyawan meningkat demikian seterusnya sehingga merupakan suatu siklus yang terus berulang.



C. Mutu Pelayanan Keperawatan

Standar praktek keperawatan ditetapkan untuk mengarahkan dan membimbing para perawat kearah tindakan keperawatan yang tepat, dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Dengan menggunakan standar praktek keperawatan diharapkan akan meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan keperawatan, sehingga biaya pelayanan keperawatan dapat menurun dengan dipersingkatnya waktu perawatan di rumah sakit (Gilles, 1989 dan Tappen, 1989).

Crosby (1986) menyatakan bahwa kualitas adalah kepatuhan terhadap standar yang ditetapkan. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar dan kepatuhan terhadap keinginan pelanggan (Kuncoro, 1997).

Thomas et. al (1995) mengidentifikasi enam dimensi kepuasan pasien dalam asuhan keperawatan antara lain : ketanggapan (*responsiveness*), kemampuan (*competen*), kesopanan (*courtesy*), komunikasi (*communication*), pengertian (*understanding*) dan penampilan fisik (*tangibles*).

Mutu pelayanan kesehatan biasanya dinilai dari *output* atau *outcomenya*, khususnya efek terhadap individu atau masyarakat yang dilayani. Mutu yang rendah akan mengurangi manfaat bagi pasien dan rasa kecewa terhadap petugas kesehatan. *Outcome* dari pelayanan kesehatan adalah hasil prestasi yang dihasilkan institusi pelayanan untuk pasien yaitu kesembuhan pasien, kepuasan pasien dan menurunnya angka kesakitan. Dalam prakteknya untuk menilai apakah pelayanan medis yang diberikan bermutu atau tidak dapat dilakukan oleh atasan, teman sejawat, tim penilai mutu dan laporan keluhan – keluhan dari pasien (Wijono, 1999).

Azwar (1995) menyimpulkan bahwa secara umum yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta menyelenggarakannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan. Adey dan Morrow (1996) mendefinisikan kualitas pelayanan kesehatan sebagai tingkat kinerja yang nyata dari suatu fasilitas kesehatan, atau pencapaian standar yang telah ditetapkan.

Masalah mutu dalam suatu proses seringkali berhubungan dengan suatu kekurangan dalam satu atau lebih sistem yang berhubungan atau kegagalan koordinasi dalam proses berhubungan. Apabila prosesnya kurang bermutu, outcomenya kurang bermutu. Mutu yang rendah seringkali hasil dari desain tugas yang kurang (proses yang tidak dikerjakan atau terlalu lama) atau kegagalan kepemimpinan untuk mengarahkan tujuan dan sasaran yang jelas (Wijono,1999).

D. Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan pendekatan sistem melalui proses manajemen mutu dan dimulai sejak dari *input*, proses, *output*, *outcome* dan *impact*. Menurut Donabedian (1990) untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan diukur melalui tiga hal yang penting yaitu struktur, proses dan keluaran. Penilaian terhadap struktur meliputi sumberdaya yaitu tenaga profesional, anggaran, peralatan, gedung pelayanan, geografi di tempat pelayanan, standar, peraturan, kebijakan, *check list*, spesifikasi. Namun demikian perlu diketahui

bahwa struktur sebagai alat penilai mutu pelayanan kesehatan bersifat umum dan tidak tajam, oleh karena itu struktur belum memberikan gambaran yang spesifik dan jelas pada pengaruhnya terhadap kinerja.

Menurut Wijono (1999), penilaian proses meliputi kepatuhan, anamnesa, Pemeriksaan fisik dan lab, pengobatan / resep, penyuluhan / konseling, rujukan dan sarana. Kepatuhan tenaga medis atau para medis dalam memberikan pelayanan mengacu pada standar dan prosedur sangat mempengaruhi mutu pelayanan terhadap pasien. Penilaian pada *output* dititik beratkan pada hasil pelaksanaan pelayanan yang telah sesuai dengan standar sedangkan penilaian *outcome* dititik beratkan pada tingkat kesembuhan / derajat kesehatan, angka kesakitan, kunjungan pasien, kepuasan pasien, menjadi pelanggan tetap dan berkesinambungan.

Menurut Donabedian (1990) *output / out come* secara tidak langsung dapat digunakan sebagai pendekatan untuk menilai pelayanan kesehatan, untuk menilai *output / outcome* yang bermutu atau tidak diukur dengan standar hasil yang diharapkan dari pelayanan medis yang telah dikerjakan. Hasil pelayanan dikatakan tidak bermutu apabila berbeda atau tidak sesuai dengan standar hasil yang telah ditetapkan atau tidak seperti yang diharapkan. *Outcome* tidak secara langsung menaksir mutu penampilan, tetapi menarik kesimpulan tentang mutu proses atau struktur dari pelayanan. Apabila *outcomenya* bagus, kita tidak boleh menyatakan secara pasti bahwa pelayanannya sangat bermutu. *Outcome* mencerminkan kontribusi dari seluruh penyelenggaraan pelayanan dan mencerminkan ketrampilan dalam mengambil suatu

keputusan. Apabila *outcome* rendah merupakan indikasi adanya suatu kerusakan akan siap terjadi.

Standar menggambarkan pelayanan yang bermutu, aman, efektif dan etis. standar senantiasa dikembangkan sesuai dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, standar perlu dibuat menurut jenjang dan jenis tenaga untuk melindungi masyarakat dari praktek yang tidak aman.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit Departemen Kesehatan telah menyusun standar pelayanan rumah sakit melalui SK Menkes No 436 / Menkes / SK / I / 1993 tentang standar pelayanan rumah sakit & standar pelayanan medis dan SK Dirjen Yanmed No. YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang standar asuhan keperawatan. Standar pelayanan dan standar asuhan keperawatan tersebut berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan apakah pelayanan / asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit sudah mengikuti dan memenuhi persyaratan-persyaratan yang ditetapkan dalam standar tersebut. Apabila pelayanan kesehatan sudah mengikuti persyaratan atau sesuai dengan standar maka pelayanan kesehatan yang dilakukan sudah dapat dipertanggungjawabkan termasuk mutunya.

Standar praktek keperawatan adalah suatu pernyataan yang menguraikan suatu kualitas yang diinginkan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan untuk klien (Gilles, 1989). Standar praktek keperawatan merupakan ekspektasi minimal yang harus dicapai oleh pelaksana perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (PPNI, 1999). Standar praktek atau standar performa

perawat merupakan tanggungjawab perawat dan performa yang diharapkan ditujukan dalam rangka memfasilitasi pencapaian standar asuhan keperawatan. Standar praktek keperawatan mencakup kemampuan perawat melakukan pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Gartinah, 2000). Standar praktek keperawatan memberikan arahan dan bimbingan langsung terhadap perawat yang ingin melakukan praktek keperawatan (Mc Closkey dan Grace 1990).

Hasil perawatan akan berbeda karena adanya variasi dari pasien dan perawatan medis. Variasi hasil keperawatan terjadi karena standar praktek yang tidak sama (Wray, et al, 1995).

E. Manajemen Keperawatan di Ruang Rawat Inap

Manajemen Asuhan Keperawatan merupakan proses keperawatan yang menggunakan konsep-konsep manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengendalian atau evaluasi. Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yang dilakukan oleh perawat untuk mengambil keputusan-keputusan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses Keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi ini berlangsung terus menerus dilakukan oleh perawat melalui metode penugasan yang telah ditetapkan oleh kepala ruang rawat. Manajer keperawatan yang efektif akan memfasilitasi pekerjaan pelaksana perawatan (Setyowati, 1999).

Menurut Setyowati (1999) Ada beberapa faktor yang perlu dimiliki oleh manajer keperawatan agar penatalaksanaannya berhasil, yaitu :

1. Kemampuan menerapkan pengetahuan manajemen.
2. Ketrampilan kepemimpinan merupakan kemampuan yang dimiliki seseorang untuk mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi.
3. Kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin yaitu peran kemampuan untuk menerima informasi, menyeleksi dan meneruskan kepada bawahan, peran simbol sebagai wakil kelompok dan peran *decisional* sebagai pengambil keputusan yang tepat sesuai situasi.
4. Kemampuan melaksanakan fungsi manajemen yaitu menjalankan manajemen administratif.

Didalam pengembangan administrasi keperawatan menurut Katz Cit. Swansburg (1996) mengklasifikasikan ketrampilan manajemen dalam 3 katagori :

1. Ketrampilan konseptual yaitu kemampuan dan ketrampilan berfikir.
2. Ketrampilan teknis termasuk metoda, proses dan prosedur.
3. Ketrampilan kemanusiaan yang berhubungan dengan kepemimpinan

Menurut Gilles (1994) dalam kegiatan manajemen keperawatan ada 2 (dua) kegiatan pokok yaitu :

1. Bagaimana mengelola pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan
2. Bagaimana mengelola manajemen bangsal secara keseluruhan.

F. **Tanggung Jawab dan Tugas Kepala Ruang**

Menurut Depkes RI (1999) Kepala Ruang (Karu) adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat.

Untuk menduduki jabatan sebagai Kepala Ruang diperlukan persyaratan tertentu yaitu : Ahli Madya Keperawatan / Kebidanan, pengalaman sebagai pelaksana perawatan 3 – 5 tahun, memiliki kondisi fisik sehat jasmani dan rohani (Depkes 1999).

Kepala Ruang sebagai pemimpin harus menampilkan kewibawaan dan mempunyai otonomi dalam membina anggota perawat di bangsalnya (Gilles, 1994).

Menurut Depkes (1999) dalam melaksanakan tugasnya kepala ruang bertanggungjawab kepada kepala instalasi perawatan / kepala instalasi terhadap hal-hal :

1. Kebenaran dan ketepatan rencana kebutuhan tenaga keperawatan
2. Kebenaran dan ketepatan program pengembangan pelayanan keperawatan.
3. Keobyektifan dan kebenaran penilaian kinerja tenaga keperawatan.
4. Kelancaran kegiatan orientasi perawat baru.
5. Kebenaran dan ketepatan Protap / *Standard Operating Procedure* pelayanan keperawatan.
6. Kebenaran dan ketepatan kebutuhan dan penggunaan alat.
7. Kebenaran dan ketepatan pelaksanaan program bimbingan siswa / mahasiswa institusi pendidikan keperawatan.

Menurut Depkes (1999) dalam menjalankan tugasnya, kepala ruang mempunyai wewenang sebagai berikut :

1. Meminta informasi dan pengarahan kepada atasan
2. Memberi petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas staf keperawatan
3. Mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan, peralatan dan mutu asuhan keperawatan di ruang rawat
4. Menandatangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenang kepala ruang
5. Menghadiri rapat berkala dengan kepala instalasi, kepala seksi dan kepala rumah sakit untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan keperawatan.

Dalam melaksanakan tugas pokoknya kepala ruang mempunyai uraian tugas sebagai berikut (Depkes, 1999) :

F.1 Melaksanakan fungsi perencanaan (P1) meliputi :

1. Menyusun rencana kerja kepala ruang
2. Berperan serta menyusun falsafah dan tujuan pelayanan keperawatan di ruang rawat yang bersangkutan.
3. Menyusun rencana kebutuhan tenaga keperawatan dari segi jumlah maupun kualifikasi untuk di ruang rawat, koordinasi dengan kepala perawat instalasi / kepala instalasi

F.2. Melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan (P2) meliputi :

1. Mengatur dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan pelayanan di ruang rawat, melalui kerjasama dengan petugas lain yang bertugas di ruang rawatnya
2. Menyusun jadwal / daftar dinas tenaga perawatan dan tenaga lain sesuai kebutuhan pelayanan dan peraturan yang berlaku di rumah sakit
3. Melaksanakan orientasi kepada tenaga perawatan baru atau tenaga lain yang akan bekerja di ruang rawat.
4. Memberikan orientasi kepada siswa / mahasiswa keperawatan yang menggunakan ruang rawatnya sebagai lahan praktek.
5. Memberi orientasi kepada pasien / keluarganya meliputi : penjelasan tentang peraturan rumah sakit, tata tertib ruang rawat, fasilitas yang ada dan cara penggunaannya serta kegiatan rutin sehari-hari
6. Membimbing tenaga keperawatan untuk melaksanakan pelayanan / asuhan keperawatan sesuai standar
7. Mengadakan pertemuan berkala / sewaktu-waktu dengan staf keperawatan dan petugas lain yang bertugas di ruang rawatnya
8. Memberi kesempatan / ijin kepada staf keperawatan untuk mengikuti kegiatan ilmiah / penataran dengan koordinasi kepala instalasi / kepala bidang perawatan
9. Mengupayakan pengadaan peralatan dan obat-obatan sesuai kebutuhan berdasarkan ketentuan / kebijakan rumah sakit

10. Mengatur dan mengkoordinasikan pemeliharaan alat agar selalu dalam keadaan siap pakai
11. Mendampingi visite dokter dan mencatat instruksi dokter, khususnya bila ada perubahan program pengobatan pasien.
12. Mengelompokkan pasien dan mengatur penempatannya di ruang rawat menurut tingkat kegawatan, infeksi / non infeksi, untuk kelancaran pemberian asuhan keperawatan
13. Mengendalikan kualitas sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan dan kegiatan lain secara tepat dan benar. Hal ini penting untuk tindakan keperawatan.
14. Memberi motivasi kepada petugas dalam memelihara kebersihan lingkungan ruang rawat
15. Meneliti pengisian formulir sensus harian pasien di ruang rawat
16. Meneliti / memeriksa pengisian daftar permintaan makanan pasien berdasarkan macam dan jenis makan pasien
17. Meneliti / memeriksa ulang pada saat penyajian makanan pasien sesuai dengan program dietnya
18. Menyimpan berkas catatan medik pasien dalam masa perawatan di ruang rawatnya dan selanjutnya mengembalikan berkas tersebut ke bagian *medical record* bila pasien keluar / pulang dari ruang rawat tersebut
19. Membuat laporan. harian mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan serta kegiatan lainnya di ruang rawat, disampaikan kepada atasannya

20. Membimbing siswa / mahasiswa keperawatan yang menggunakan ruang rawatnya sebagai lahan praktek
21. Memberi penyuluhan kesehatan kepada pasien / keluarga sesuai kebutuhan dasar dalam batas wewenangnya
22. Melakukan serah terima pasien dan lain-lain pada saat pergantian dinas

F.3. Melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) meliputi :

1. Mengendalikan dan menilai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditentukan
2. Mengawasi dan menilai siswa / mahasiswa keperawatan untuk memperoleh pengalaman belajar sesuai tujuan program bimbingan yang telah diterima
3. Melakukan penilaian kinerja tenaga keperawatan yang berada dibawah tanggungjawabnya
4. Mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan, peralatan dan obat-obatan
5. Mengawasi dan menilai mutu asuhan keperawatan sesuai standar yang berlaku secara mandiri atau koordinasi dengan tim pengendalian mutu asuhan keperawatan.

G. Peran, Tugas, Fungsi dan Tanggungjawab Perawat Pelaksana

Menurut Depkes (1997) perawat pelaksana ruang rawat adalah tenaga keperawatan yang diberi wewenang untuk melaksanakan pelayanan / asuhan keperawatan di Ruang rawat.

Menurut Kozier (1991) peran dan fungsi perawat adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung, advokat klien, pendidik klien, koordinator, kolaborator, pembaharu, peneliti dan pengelola.

Untuk menjadi perawat pelaksana persyaratan yang harus dipenuhi adalah berijazah pendidikan formal keperawatan / kebidanan dari semua jenjang pendidikan yang disahkan oleh pemerintah / yang berwenang dan memiliki kondisi fisik yang sehat jasmani dan rohani (Depkes, 1999).

Dalam melaksanakan tugasnya perawat pelaksana di ruang rawat bertanggung jawab kepada kepala ruang / kepala instalasi terhadap hal-hal sebagai berikut (Depkes, 1999) :

1. Kebenaran dan ketepatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai standar
2. Kebenaran dan ketepatan dalam mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan / kegiatan lain yang dilakukan

Tanggung jawab perawat adalah membantu klien memperoleh kembali kesehatannya, membantu klien yang sehat supaya tetap sehat, membantu klien yang tidak bisa disembuhkan supaya menerima kondisinya dan membantu klien menghadapi ajal sampai meninggalnya (PPNI, 1999).

Dalam melakukan tugasnya, perawat pelaksana di ruang rawat mempunyai wewenang sebagai berikut (Depkes, 1999) :

1. Meminta informasi dan petunjuk kepada atasan
2. Memberikan asuhan keperawatan kepada pasien / keluarga pasien sesuai kemampuan dan batas kewenangannya

Uraian tugas Perawat pelaksana sebagai berikut (Depkes, 1999) :

1. Memelihara kebersihan ruang rawat dan lingkungannya
2. Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku
3. Memelihara peralatan keperawatan dan medis agar selalu dalam keadaan siap pakai .
4. Melakukan pengkajian keperawatan dan menentukan diagnosa keperawatan, sesuai batas kewenangannya
5. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan kemampuannya
6. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien sesuai kebutuhan dan batas kemampuannya, antara lain :
 - melaksanakan tindakan pengobatan sesuai program pengobatan
 - memberi penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya mengenai penyakitnya
7. Melatih / membantu pasien untuk melakukan latihan gerak
8. Melakukan tindakan darurat kepada pasien (antara lain panas tinggi, kolaps, pendarahan, keracunan, henti nafas dan henti jantung), sesuai protap yang berlaku. Selanjutnya segera melaporkan tindakan yang telah dilakukan kepada dokter ruang rawat / dokter jaga
9. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan sesuai batas kemampuannya
10. Mengobservasi kondisi pasien, selanjutnya melakukan tindakan yang tepat berdasarkan hasil observasi tersebut, sesuai batas kemampuannya

11. Berperanserta dengan anggota tim kesehatan dalam membahas kasus dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan
12. Melaksanakan tugas pagi, sore, malam dan hari libur secara bergilir sesuai jadwal dinas
13. Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh kepala ruang rawat
14. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan di bidang keperawatan, antara lain melalui pertemuan ilmiah dan penataran atas izin / persetujuan atasan
15. Melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan benar sesuai standar asuhan keperawatan
16. Melaksanakan serah terima tugas kepada petugas pengganti secara lisan maupun tertulis, pada saat penggantian dinas
17. Memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan keadaan dan kebutuhan pasien mengenai :
 - a. Program diet
 - b. Pengobatan yang perlu dilanjutkan dan cara penggunaannya
 - c. Pentingnya pemeriksaan ulang di rumah sakit, puskesmas atau institusi kesehatan ini
 - d. Cara hidup sehat, seperti pengaturan istirahat, makanan yang bergizi atau bahan pengganti sesuai dengan keadaan sosial ekonomi
18. Melatih pasien menggunakan alat bantu yang dibutuhkan, seperti : Rollstoel, tongkat penyangga, protesa
19. Melatih pasien untuk melaksanakan tindakan keperawatan di rumah misalnya merawat luka, melatih anggota gerak
20. Menyiapkan pasien yang akan pulang, seperti menyediakan formulir untuk penyelesaian administratif surat izin pulang, surat keterangan istirahat sakit, petunjuk diet, resep obat untuk di rumah, surat rujukan atau pemeriksaan ulang dll.

H. Faktor-faktor yang berpengaruh dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan standar asuhan keperawatan merupakan perilaku perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Menurut . Green cit. Notoatmodjo (1993) perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposing, enabling dan reinforcing. Predisposing atau faktor pemudah adalah yang mendahului perilaku yang menjelaskan alasan-alasan atau motivasi untuk berperilaku, yang termasuk dalam faktor predisposing antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, tata nilai dan sebagainya. Unsur pembentuk perilaku adalah pengetahuan, sikap, keinginan, kehendak, minat, emosi, motivasi dan reaksi. Perilaku merupakan hasil berbagai pengalaman, interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.

Menurut Gibson (1992) ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja yaitu variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Lebih lanjut Gibson menerangkan variabel individu terdiri dari sub variabel kemampuan (pengetahuan dan ketrampilan), latar belakang dan demografi. Variabel psikologis terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel organisasi terdiri dari sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

I.1. Sumberdaya Perawat Pelaksana

Menurut Depkes RI (1994) tugas pokok perawat pelaksana adalah melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien di ruang rawat dengan uraian tugas mengkaji kebutuhan dan masalah kesehatan pasien, sesuai batas kemampuannya, menyusun rencana keperawatan sesuai kemampuan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan dan batas kemampuannya, melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan sesuai batas kemampuannya, memantau dan menilai kondisi pasien selanjutnya melakukan tindakan yang tepat berdasarkan hasil pemantauan tersebut sesuai batas kemampuannya, melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan benar. Dari uraian tugas perawat pelaksana keperawatan tersebut dapat diketahui bahwa pelaksanaan standar asuhan keperawatan di ruang rawat antara lain ditentukan oleh kemampuan perawat.

Menurut Katz dan Green (1992), faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap standar adalah kemampuan, fasilitas / peralatan dan prosedur.

Robbins (1996) dan Muchlas (1997) menyatakan kemampuan (*ability*) adalah kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan. Kemampuan meliputi pengetahuan dan ketrampilan. Menurut Timpe (1991) kemampuan adalah faktor kedua dalam pengelolaan kinerja dan merupakan ciri rumit yang terdiri dari kecakapan alamiah, kepercayaan, pengetahuan, dan ketrampilan untuk melaksanakan pekerjaan yang bersangkutan.

Menurut Christophora (1999) ketrampilan perawat profesional meliputi ketrampilan intelektual, interpersonal, teknikal dan memiliki moral yang baik serta berpedoman pada etika keperawatan.

Faktor yang berpengaruh dengan tingkat prestasi seseorang terhadap pekerjaan antara lain ditentukan oleh motivasi, kemampuan dan persepsi peranan yaitu pemahaman tentang perilaku yang diperlukan untuk mencapai prestasi yang tinggi. Sehingga apabila salah satu faktor rendah, maka tingkat prestasi akan rendah walaupun faktor-faktor lainnya tinggi (Handoko, 1997).

Menurut Handoko (1997) Motivasi adalah keadaan pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu melakukan kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Menurut Muchlas (1997) dan Robbins (1996) motivasi merupakan hasil interaksi antar individu dan situasinya, sehingga setiap manusia mempunyai motivasi yang berbeda antar satu dengan yang lainnya. Tiga kunci utama motivasi dalam perilaku organisasi yaitu kemauan untuk berusaha, pencapaian tujuan organisasi dan pemenuhan kebutuhan pribadi individu organisasi.

Menurut A. Maslow cit. Handoko (1997) manusia akan didorong untuk memenuhi kebutuhan yang paling kuat sesuai waktu, keadaan dan pengalaman yang bersangkutan mengikuti suatu hirarki. Dalam tingkatan ini kebutuhan pertama yang harus dipenuhi terlebih dahulu adalah kebutuhan fisiologis, seperti balas jasa, istirahat dsb. Setelah kebutuhan pertama terpuaskan kebutuhan yang lebih tinggi akan menjadi kebutuhan utama yaitu kebutuhan akan keamanan dan rasa aman. Kebutuhan ketiga akan muncul setelah kebutuhan kedua terpuaskan kemudian

kebutuhan sosial, kebutuhan harga diri sampai terpenuhinya kebutuhan aktualisasi diri, dimana manajemen dapat memberikan insentif untuk memotivasi hubungan kerjasama, kewibawaan pribadi serta tanggungjawab untuk mencapai hasil prestasi yang tinggi dari karyawan.

Menurut Mc Donal cit. Sardiman (1988) perubahan energi dalam diri seseorang yang ditandai dengan munculnya *feeling* dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan, ada empat elemen yaitu :

1. Bahwa motivasi mengawali terjadinya perubahan energi pada diri setiap individu manusia menyangkut kegiatan fisik manusia.
2. Motivasi ditandai dengan munculnya, rasa / *feeling*, afeksi seseorang
3. Relevan dengan persoalan-persoalan kejiwaan, afeksi dan emosi yang dapat menentukan tingkah laku manusia.
4. Motivasi akan dirangsang karena adanya tujuan, jadi motivasi merupakan respon dari suatu aksi.

Maka dapat disimpulkan motivasi adalah serangkaian usaha untuk menyediakan kondisi-kondisi tertentu, sehingga seseorang itu mempunyai keinginan melakukan sesuatu, dan apabila ia tidak suka , maka akan berusaha untuk meniadakan atau mengelakkan perasaan tidak suka itu.

Menurut teori Herzberg, cit. Siagian (1995) ada 2 faktor yang mempengaruhi motivasi yaitu : a) faktor-faktor intrinsik (motivasi) yaitu faktor yang mendorong berprestasi karyawan yang sifatnya berasal dari dalam diri seseorang diantaranya prestasi, pekerjaan kreatif dan menantang, tanggung jawab dan peningkatan. b) faktor

ekrinsik (higiene) yaitu faktor yang berasal dari luar yang dipandang meningkatkan prestasi seseorang karyawan diantaranya kebijakan dan administrasi, kualitas pengendalian, kondisi kerja, hubungan kerja, status pekerjaan, keamanan kerja, kehidupan pribadi dan penggajian.

I.2. Sumberdaya Kepala Ruang

Kedudukan Kepala Ruang Rawat dalam tingkatan manajer organisasi rumah sakit termasuk dalam tingkatan yang paling rendah disebut Manajer Lini pertama. Menurut Handoko (1997) pada tingkatan manajer lini pertama akan banyak melaksanakan fungsi manajemen operatif seperti pengarahan, memotivasi, pengawasan dan supervisi. Manajer tingkat bawah (kepala ruang) lebih banyak menjalankan fungsi pengarahan dan pengawasan (Burgees, 1988). Menurut Depkes RI (1997) uraian tugas pokok kepala ruang adalah mengendealikan dan menilai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditentukan, melakukan penilaian kinerja tenaga keperawatan yang berada dibawah tanggung jawabnya, membuat laporan harian mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan, mengawasi dan menilai mutu asuhan keperawatan sesuai standar yang berlaku secara mandiri atau koordinasi dengan Tim Pengendali Mutu Asuhan Keperawatan. Menurut Swansburg (1996) kepala ruang rawat perlu memiliki kemampuan teknik, ketrampilan, pengetahuan dan motivasi untuk membantu perawat melaksanakan asuhan keperawatan.

Menurut Sri Werdati (1993) bahwa di RSUP Dr Sardjito ada hubungan yang kuat antara kepemimpinan ruang rawat inap dan penampilan kerja / kinerja tim

perawat di ruang rawat inap, berarti kinerja tim perawat salah satu faktornya ditentukan oleh faktor kepemimpinan kepala ruang. Menurut Goetsch dan Davis (1994) kepemimpinan adalah kemampuan untuk membangkitkan semangat orang lain agar bersedia dan memiliki tanggung jawab total terhadap usaha mencapai atau melampaui tujuan organisasi. Handoko (1997) mengatakan Kepemimpinan merupakan kemampuan yang dimiliki seseorang untuk mempengaruhi orang lain agar bekerja mencapai tujuan dan sasaran.

→ Kepala ruang rawat perlu memahami perilaku orang-orang tertentu agar dapat mempengaruhinya untuk bekerja sesuai dengan yang diinginkan rumah sakit. Kemampuan kepala ruang untuk memotivasi, mempengaruhi, mengarahkan dan berkomunikasi dengan pelaksana keperawatan di ruangan akan menentukan efektifitasnya sebagai kepala ruang. Untuk menjamin pelaksanaan keperawatan melakukan pekerjaan yang diberikan, maka para manajer senantiasa harus berupaya mengarahkan, memotivasi mereka dan bersikap sebaik-baiknya, sehingga upaya mereka secara individu dapat meningkatkan penampilan kelompok dalam rangka mencapai tujuan. Seorang pemimpin yang efektif merupakan katalisator dalam memfasilitasi interaksi efektif diantara karyawan, material dan waktu. Ia juga bersikap dan bertindak sinergis dalam menyatukan upaya dari berbagai karyawan dengan tingkat ketrampilan yang berbeda. Dalam mengarahkan para manajer melakukan supervisi dan koordinasi bagi para bawahannya. (Setyowati, 1999).

Menurut Handoko (1997) pengarahan berarti bahwa para manajer mengarahkan, memimpin dan mempengaruhi para bawahan. Fungsi ini melibatkan

kualitas, gaya dan kekuasaan pemimpin serta kegiatan-kegiatan kepemimpinan seperti komunikasi, motivasi dan disiplin. Sedangkan menurut Azwar (1996) Pengarahan adalah memberikan bimbingan serta mengendalikan para pekerja dalam melakukan tugas guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Untuk dapat melaksanakan pengarahannya yang baik, harus terpenuhi beberapa syarat yaitu perintah yang diberikan harus merupakan kesatuan perintah tidak simpang siur, informasi yang diberikan harus lengkap misalnya dengan petunjuk pelaksanaan, diterima langsung oleh karyawan, disampaikan secara informal agar tidak dirasakan sebagai beban yang terlalu berat.

Menurut Azwar (1996) Supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.

Prinsip pokok supervisi menurut Azwar (1996) :

1. Meningkatkan penampilan bawahan bukan mencari kesalahan bawahan
2. Sifat supervisi edukatif, suportif bukan otoriter.
3. Sebaiknya pelaksana supervisi adalah atasan langsung dari yang disupervisi.
4. Dilakukan secara teratur dan berkala.
5. Terjalin kerjasama antara bawahan dan atasan
6. Strategi dan tatacara supervisi yang akan dilakukan harus sesuai dengan kebutuhan masing-masing bawahan secara individu.

Menurut Handoko (1997) pengawasan berarti para manajer berupaya untuk menjamin bahwa organisasi bergerak kearah tujuan-tujuannya. Ada dua bentuk pengawasan yaitu pengawasan positif untuk mengetahui apakah tujuan organisasi dicapai dengan efisien dan efektif dan pengawasan negatif untuk menjamin bahwa kegiatan yang tidak diinginkan atau dibutuhkan tidak terjadi atau terjadi kembali. Dalam hubungannya dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan menurut Swansburg (1996) kepala ruang berkewajiban untuk mengawasi penampilan kerja perawat pelaksana dan mengambil tindakan jika terjadi penyimpangan dari standar yang telah ditentukan.

Menurut Azwar (1996) pengawasan adalah melakukan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap setiap penampilan karyawan untuk mencapai tujuan seperti yang telah ditetapkan dalam rencana. Untuk dapat melakukan serta mendapatkan hasil pengawasan yang baik ada beberapa syarat yang harus dipenuhi yaitu sasaran dan tujuan ingin dicapai harus jelas (*strategic point control*), harus mampu melaporkan setiap penyimpangan, harus fleksibel dan berorientasi pada masa depan, harus mencerminkan keadaan organisasi, harus mudah dilaksanakan, harus mudah dimengerti.

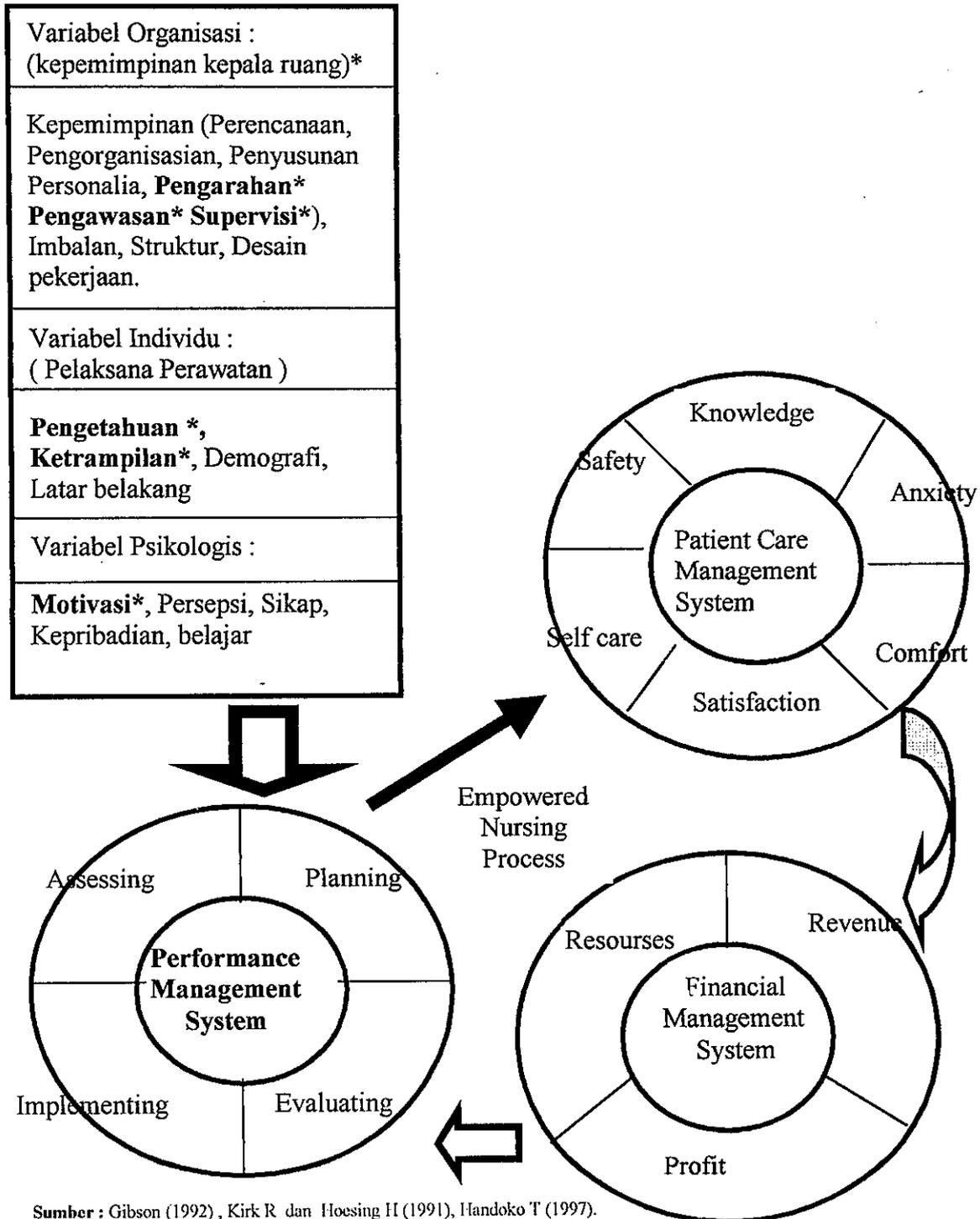
Metoda pengawasan adalah dapat melalui laporan khusus dan hasil analisa laporan khusus, melalui data statistik, melalui observasi personal, melalui internal audit, melalui alat elektronik otomatis. Untuk melaksanakan pengawasan tersebut dilakukan secara bertahap dengan cara merumuskan rencana, tujuan dan standar

pengawasan, mengukur penampilan, membandingkan hasil dengan standar, menarik kesimpulan dan melaksanakan tindak lanjut.

Menurut Swansburg (1996) dan Szilagyi (1984) pengawasan sebagaimana fungsi manajerial merupakan suatu proses yang terdiri dari empat langkah utama yaitu :

1. Menyusun Standar Penampilan
2. Mengukur penampilan
3. Membandingkan penampilan dengan standar
4. Tindakan perbaikan

I. Kerangka Teori

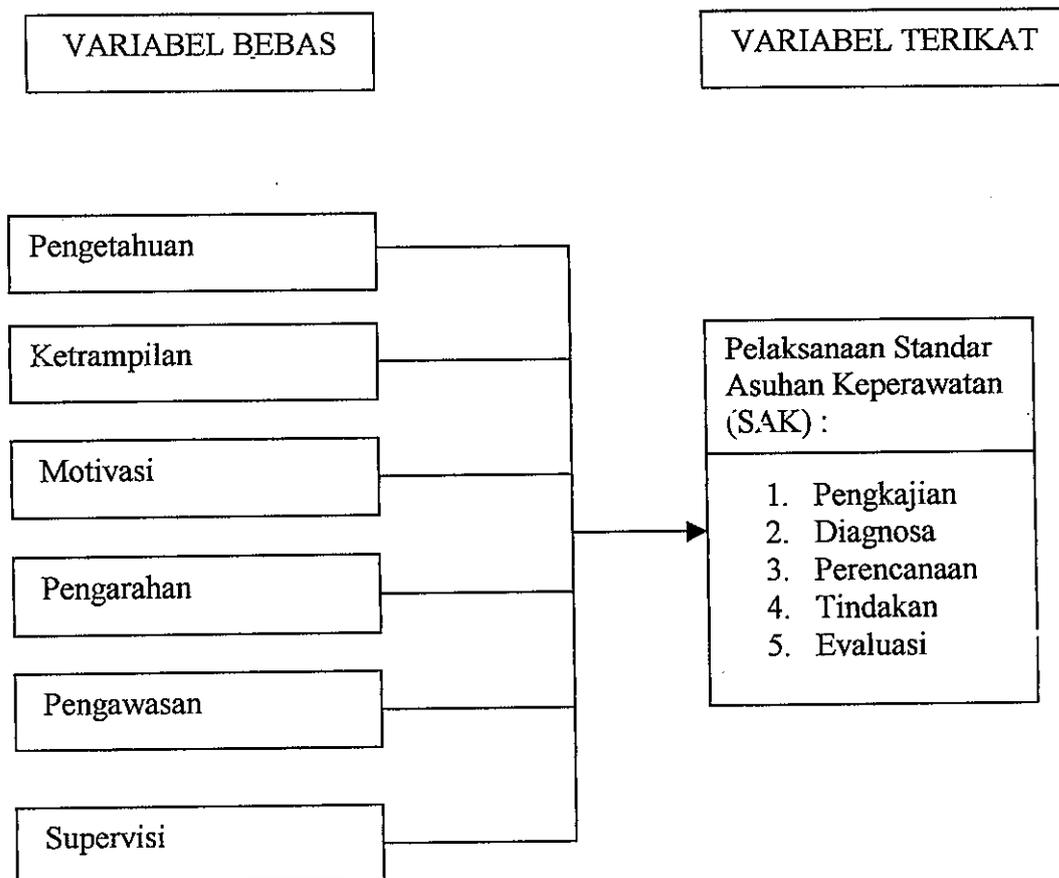


BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep :

Berdasarkan kerangka teori dengan mempertimbangkan keterbatasan tenaga, dana, sarana dan waktu, maka dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



B. Hipotesis

Sesuai dengan tujuan penelitian dan kerangka konsep, maka hipotesis yang diajukan adalah sebagai berikut :

1. Adanya hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
2. Adanya hubungan ketrampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana
3. Adanya hubungan motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
4. Adanya hubungan pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
5. Adanya hubungan pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
6. Adanya hubungan supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
7. Adanya pengaruh pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
8. Adanya pengaruh ketrampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana
9. Adanya pengaruh motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.

10. Adanya pengaruh pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana
11. Adanya pengaruh pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
12. Adanya pengaruh supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana.
13. Adanya pengaruh secara bersama-sama pengetahuan, motivasi, ketrampilan, pengarahan, pengawasan, supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana

C. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Yang menjadi variabel bebas dalam penelitian ini adalah : pengetahuan, ketrampilan, motivasi, pengarahan, pengawasan dan supervisi.

2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

D. Definisi Operasional

1. Pengetahuan adalah hal – hal yang diketahui pelaksana perawatan tentang proses keperawatan. Untuk mengukur variabel ini dikembangkan pertanyaan tentang proses keperawatan dengan menggunakan kuesioner A yang terdiri dari 10 pernyataan, yaitu No 1 – 10 dimana jawaban yang salah diberi skor 0 dan jawaban yang benar diberi skor 1, sehingga skor terendah 0 dan skor tertinggi 10 (skala ordinal). Dengan menggunakan distribusi frekwensi hasilnya dikelompokkan menjadi lima katagori penilaian dengan kriteria sebagai berikut :

Skor	Katagori Penilaian
9 – 10	= sangat baik
7 – 8	= baik
5 – 6	= cukup
3 – 4	= kurang
0 – 2	= sangat kurang

2. Ketrampilan adalah kecakapan pelaksana perawatan dalam melakukan proses keperawatan. Untuk mengukur variabel ini dikembangkan pernyataan tentang kemudahan dan kesulitan pelaksana perawatan dalam melakukan tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan. Ketrampilan diukur dengan menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 7 pernyataan, yaitu No 11 – 17 dimana tiap pernyataan diberi skor 1 – 4 skor satu adalah sangat sulit, skor 2 adalah sulit, skor tiga adalah mudah, skor 4 adalah sangat mudah, sehingga skor terendah ketrampilan mempunyai nilai 7 dan skor tertinggi mempunyai nilai 28 (skala ordinal). Dengan menggunakan distribusi frekwensi hasilnya dikelompokkan menjadi lima katagori penilaian dengan kriteria sebagai berikut :

Skor	Katagori Penilaian
25– 28	= sangat baik
21– 24	= baik
17 – 20	= cukup
12 – 16	= kurang
7 – 11	= sangat kurang

3. Motivasi adalah tingkat keinginan atau dorongan pelaksana perawatan untuk berperilaku melaksanakan asuhan keperawatan dengan hasil terbaik, dan memberi manfaat bagi dirinya dan rumah sakit.

Motivasi diukur dengan menggunakan kuesioner C yang terdiri dari 7 pernyataan, yaitu No 18 – 24 dimana tiap pernyataan diberi skor 1 – 5 skor satu adalah sangat tidak setuju, skor dua adalah tidak setuju, skor tiga kurang setuju, skor empat setuju, skor lima sangat setuju, sehingga skor terendah motivasi mempunyai nilai 7 dan skor tertinggi mempunyai nilai 35 (skala ordinal). Dengan menggunakan distribusi frekwensi hasilnya dikelompokkan menjadi lima katagori penilaian dengan kriteria sebagai berikut :

Skor	Katagori Penilaian
31– 35	= sangat baik
25– 30	= baik
19 – 24	= cukup
13 – 18	= kurang
7 – 12	= sangat kurang

4. Pengarahan adalah pendapat / persepsi pelaksana perawatan terhadap kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang dalam mengarahkan, membimbing dan mempengaruhi pelaksana perawatan dengan gaya kepemimpinan tertentu meliputi sikap, komunikasi dan disiplin. Pengarahan diukur dengan menggunakan kuesioner D yang terdiri dari 12 pernyataan, yaitu No 25 – 36 dimana tiap pernyataan diberi skor 1 – 4 skor satu adalah tidak pernah, skor dua adalah frekwensi 1-3, skor tiga adalah frekwensi 4-6, skor empat adalah frekwensi lebih atau sama dari enam, sehingga skor terendah pengarahannya mempunyai nilai 12 dan skor tertinggi mempunyai nilai 48 (skala ordinal). Dengan menggunakan distribusi frekwensi hasilnya dikelompokkan menjadi lima katagori penilaian dengan kriteria sebagai berikut :

Skor	Katagori Penilaian
41– 48	= sangat baik
34– 40	= baik
27 – 33	= cukup
20 – 26	= kurang
12 – 19	= sangat kurang

5. Pengawasan adalah pendapat / persepsi pelaksana perawatan terhadap kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang dalam melakukan penilaian dan koreksi terhadap setiap penampilan pelaksana perawatan dan berbagai hal yang berkaitan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Pengawasan diukur dengan menggunakan kuesioner E yang terdiri dari 12 pernyataan, yaitu No 37 – 48 dimana tiap pernyataan diberi skor 1 – 4 skor satu adalah tidak pernah, skor dua adalah frekwensi 1-3, skor tiga adalah frekwensi 4-6, skor empat adalah frekwensi lebih atau sama dari enam, sehingga skor terendah 12 dan skor tertinggi 48 (skala ordinal).

Dengan menggunakan distribusi frekwensi hasilnya dikelompokkan menjadi lima katagori penilaian dengan kriteria sebagai berikut :

Skor	Katagori Penilaian
41– 48	= sangat baik
34– 40	= baik
27 – 33	= cukup
20 – 26	= kurang
12 – 19	= sangat kurang

6. Supervisi adalah pendapat / persepsi pelaksana perawatan terhadap kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang dalam melakukan pengamatan secara langsung dan berkala kepada pelaksana perawatan yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Supervisi diukur dengan menggunakan kuesioner F yang terdiri dari 10 pernyataan, yaitu No 49 – 58 dimana tiap pernyataan diberi skor 1 – 4 skor satu adalah tidak pernah, skor dua adalah frekwensi 1-3, skor tiga adalah frekwensi 4-6, skor empat adalah frekwensi lebih atau sama dari enam, sehingga skor terendah 10 dan skor tertinggi 40 (skala ordinal).

Dengan menggunakan distribusi frekwensi hasilnya dikelompokkan menjadi lima katagori penilaian dengan kriteria sebagai berikut :

Skor	Katagori Penilaian
35– 40	= sangat baik
29– 34	= baik
23 – 28	= cukup
17 – 22	= kurang
10 – 16	= sangat kurang

7. Pelaksanaan standar asuhan keperawatan adalah hasil penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh pelaksana perawatan yang meliputi kegiatan pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan.

Penilaian terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dengan cara menilai dokumentasi catatan asuhan keperawatan yang telah dibuat oleh pelaksana perawatan menggunakan Instrumen A (Depkes, 1995). Instrumen A yang terdiri dari 20 item pernyataan, dimana tiap item pernyataan diberi skor 1 – 4 yang menggambarkan tingkatan nilai dari yang kurang lengkap (1) sampai tingkatan sempurna / lengkap (4) dengan menggunakan prosentase hasil pelaksanaan kegiatan, sehingga skor terendah pelaksanaan standar asuhan keperawatan mempunyai nilai 20 dan skor tertinggi mempunyai nilai 80 (skala ordinal).

Untuk mengetahui diferensiasi pelaksanaan standar asuhan keperawatan responden digunakan rerata sebagai pemisahan penggolongan dengan alasan secara konseptual tingkat kinerja personil yang diterima organisasi adalah kinerja diatas rerata (Ilyas, 2001).

Dengan menggunakan alasan tersebut maka distribusi frekwensi hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan dikelompokkan menjadi dua katagori penilaian dengan kriteria sebagai berikut :

Skor	Katagori Penilaian
\geq Rerata	= Pelaksanaan SAK baik
$<$ Rerata	= Pelaksanaan SAK buruk

E. Jenis Penelitian

Berdasarkan tujuan yang ditetapkan pada uraian sebelumnya maka penelitian ini termasuk dalam penelitian analitik yang bersifat penjelasan (*Explanatory*), yaitu menjelaskan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat melalui pengujian hipotesa (Singarimbun dan Effendi, 1989).

Metode yang digunakan adalah survei dengan pendekatan belah lintang (*cross Sectional*) yaitu pengamatan variabel-variabel yang diukur (baik variabel sebab dan akibat) dilakukan dalam waktu yang bersamaan. (Pratiknya, 1986).

UPT-PUSTAKA-UNF

F. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pelaksana perawatan yang bertugas jaga di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, dengan jumlah populasi sebesar 59 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah Total populasi (seluruh pelaksana perawatan yang bertugas jaga di ruang rawat inap RSUD Ambarawa).

G. Instrumen Penelitian

1. Kuesioner terstruktur yang telah diuji coba untuk mengukur pengetahuan, ketrampilan, motivasi, pengarahan, pengawasan dan supervisi.
2. Kuesioner yang merupakan pedoman wawancara dengan kepala ruang.
3. Instrumen A DepKes 1995

H. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer dikumpulkan dengan menggunakan :

- a Kuesioner terstruktur dengan cara menyebarkan angket kepada responden.

- b Observasi terhadap hasil dokumentasi catatan asuhan keperawatan untuk menilai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dibuat oleh responden dengan menggunakan Instrumen A.
- c Wawancara dengan kepala ruang sebanyak empat orang (4). Wawancara dilakukan dengan tujuan untuk meng*cross-ceck* jawaban kepala ruang dengan pendapat pelaksana perawatan tentang pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen kepala ruang .

2. Data Sekunder

Dikumpulkan dengan cara meminta data-data yang berupa arsip rumah sakit yang digunakan sebagai pendukung dan pelengkap penelitian. Data – data tersebut antara lain, gambaran umum lokasi penelitian, jumlah perawat, jumlah tempat tidur rumah sakit, tingkat pendidikan perawat, masa kerja perawat dan lain sebagainya.

I. Pengolahan Data

Tahapan dalam Pengolahan data meliputi :

1. Editing / memeriksa, dilakukan setelah semua data terkumpul. Langkah pertama adalah memeriksa kembali semua kuesioner tersebut satu persatu.

Hal ini dilakukan dengan maksud untuk mengecek apakah setiap kuesioner telah diisi sesuai dengan petunjuk sebelumnya, jika terdapat beberapa kuesioner yang masih belum diisi, atau pengisian yang tidak sesuai dengan petunjuk dan tidak relevan maka kuesioner dikembalikan untuk diisi kembali/dilengkapi.

2. *Coding* yaitu memberi tanda kode tertentu terhadap jawaban hal ini dimaksudkan untuk memudahkan pada waktu melakukan pengolahan data.
3. Tabulasi data, langkah ini untuk menyajikan data dalam bentuk tabel yang disusun berdasarkan sifat-sifat yang dimiliki dan sesuai dengan tujuan penelitian.

J. Analisis Data

Analisis data yang digunakan antara lain :

1. Analisis Univariat :

Untuk mendeskripsikan secara umum mengenai karakteristik subyek penelitian dan variabel-variabel yang diteliti. Analisis ini menggunakan teknik *Descriptive*, *Frequencies* dan *Olap Cubes*.

2. Analisis Bivariat :

Bivariat deskriptif untuk mendeskripsikan hubungan variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan tabulasi silang (*crosstab*).

Bivariat Analitik untuk menguji hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, uji statistik yang digunakan disesuaikan dengan tujuan penelitian dan skala data yang ada, yaitu korelasi *product moment*.

Analisis hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dilakukan dengan uji Korelasi *product moment* menggunakan Program *SPSS 9,0 For Windows*.

Kriteria Penilaian yang digunakan adalah menurut Hadi (1990) bahwa nilai koefisien korelasi atau r menunjukkan keeratan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Dikatakan berhubungan sangat erat apabila r terletak antara 0,800 – 1,000, hubungan dikatakan cukup erat apabila nilai r terletak antara 0,600 – 0,800, dikatakan ada hubungan kurang erat apabila nilai r terletak antara 0,400 – 0,600 dan dikatakan ada hubungan yang rendah bila nilai r terletak antara 0,200 – 0,400 serta dikatakan tidak ada hubungan atau keeratannya sangat rendah apabila r terletak antara 0,000 – 0,200. Kriteria Penilaian yang lain adalah dengan cara melihat nilai p untuk mengetahui signifikansi hubungan kedua variabel. Secara statistik suatu hasil nilai analisis dikatakan berhubungan secara signifikan bila nilai $p < 0,05$ dan sebaliknya dikatakan tidak signifikan apabila $p > 0,05$.

Tabel 3.1 : Pedoman Interpretasi Koefisien Korelasi

Interval Koefisien	Tingkat hubungan
0,800 - 1,000	= Sangat erat
0,600 - 0,800	= Cukup erat
0,400 - 0,600	= Kurang erat
0,200 - 0,400	= Keeratan rendah
0,000 - 0,200	= Keeratan sangat rendah / tidak ada hubungan

Sumber : Hadi (1990).

3. Analisis Multivariat :

Oleh karena variabel bebas yang dianalisis lebih dari satu maka menggunakan uji hubungan asimetris dengan menggunakan Analisa Regresi Linier Berganda. Tujuan Analisa Regresi Linier Berganda (*Multiple Linear Regression Analysis*) adalah untuk mendapatkan informasi tentang besar pengaruh variabel bebas secara individu / bersama-sama dari beberapa variabel bebas terhadap variabel terikat. Penelitian ini menggunakan metode *Stepwise (Stepwise Methode)*, teknik metode ini adalah dengan cara memasukkan variabel bebas yang mempunyai korelasi paling kuat dengan variabel terikat. Kemudian setiap pemasukan variabel bebas yang lain, dilakukan pengujian dengan maksud untuk tetap memasukkan variabel bebas atau mengeluarkannya.

K. Jalannya Penelitian

Penelitian dilakukan melewati dua tahap sebagai berikut:

Tahap pertama

1. Persiapan Penelitian

Sebelum kuesioner digunakan, dilakukan uji coba terlebih dahulu dalam bentuk uji validitas dan uji reliabilitas yang dilakukan di Rumah Sakit yang tidak diteliti yaitu di RSUD Ungaran. Besar sampel pengujian adalah 30 orang pelaksana perawatan yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Ungaran.

Uji Validitas

Uji Validitas dilakukan untuk melihat seberapa cermat alat ukur yang tersusun melakukan fungsi ukurnya. Pengujian dilakukan dengan analisis konsistensi internal yaitu dengan menguji korelasi masing-masing butir pertanyaan dengan skor total. Jika dalam komputasi menunjukkan adanya korelasi yang positif dan meyakinkan, maka butir tersebut dianggap sah.

Uji Validitas menggunakan teknik Korelasi *Product Moment* dengan menggunakan Program SPSS versi 9,0. Kriteria yang digunakan untuk validitasnya adalah apabila nilai r hasil $> 0,239$ maka dinyatakan valid, sedangkan untuk reliabilitas dinyatakan reliabel bila r Alpha $\geq 0,239$.

Dari uji validitas diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.2 : Hasil Analisis Ujicoba Validitas Kuesioner

No	Variabel	Σ Item	Uji Coba I		Uji coba II		Keterangan
			Nomor item diperbaiki	Nomor item gugur	Nomor item diperbaiki	Nomor item gugur	
1	Pengetahuan	10	A1,	-	-	-	Valid
2	Ketrampilan	7	-	-	-	-	Valid
3	Motivasi	7	-	-	-	-	Valid
4	Pengarahan	12	-	-	-	-	Valid
5	Pengawasan	12	-	-	-	-	Valid
6	Supervisi	10	F49-	-	-	-	Valid

Item – item yang tidak valid sebagaimana terlihat pada tabel 02 telah diperbaiki dan sudah di ujicoba kembali dengan hasil semua valid.

Sedangkan Uji reliabilitas menghasilkan hasil yang semuanya reliabel dengan r Alpha $\geq 0,239$.

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian dimulai dengan merekrut tenaga untuk mengumpulkan data dan penilaian dokumentasi askep, tenaga berasal dari perawat RSUD Ambarawa dan RSUD Ungaran. Tenaga yang berasal dari RSUD Ambarawa bertugas menyebar dan mengumpulkan angket sedangkan yang berasal dari RSUD Ungaran menilai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan. Untuk selanjutnya mereka diberi penjelasan tentang tugas dan fungsinya serta dilatih tentang tatacara pengumpulan data dan penilaian pelaksanaan proses askep . Serta cara menjawab pertanyaan dari responden tentang tatacara pengisian angket dan maksud dari item pertanyaan yang belum jelas.

Responden mengisi kuesioner di Ruang khusus (Aula) dan ditunggu oleh petugas survey untuk menghindari pengisian jawaban yang cenderung sama . Waktu pelaksanaan Survey tgl 5 Oktober – 5 Nopember 2001.

Observasi dilakukan dengan cara menilai dokumentasi askep yang dibuat oleh perawat jaga (responden). Observasi dimulai pada tgl 5 Oktober – 5 Desember 2001 dengan cara menilai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pada satu kasus pasien baru. Penilaian dilakukan dengan menggunakan instrumen evaluasi standar asuhan keperawatan (Instrumen A dari Depkes 1995).

Tahap Kedua

Wawancara dengan empat (4) kepala ruang yang dilaksanakan pada tanggal 15 Nopember – 12 Desember 2001. Wawancara ini dilakukan dengan tujuan untuk meng*cross-check* jawaban dari kepala ruang dengan pendapat pelaksana perawatan tentang pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen kepala ruang .

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

A.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSU Ambarawa mempunyai luas bangunan 7050 m² berdiri diatas lahan seluas 1,3 hektar, terletak di Kecamatan Ambarawa Kabupaten Semarang dan berada 1,5 Km dari jalan utama Yogyakarta - Semarang.

RSUD Ambarawa merupakan rumah sakit tipe C yang memiliki jumlah tempat tidur sebanyak 175 buah, ruang penyakit dalam mempunyai jumlah tempat tidur 67 buah, ruang anak 46 buah, ruang bedah 36 buah dan ruang kebidanan 26 buah.

RSUD Ambarawa mempunyai jumlah tenaga keperawatan sebanyak 101 orang dengan perincian 59 orang bertugas di Ruang Rawat Inap sebagai pelaksana perawatan, 10 orang bertugas di IBS, 11 Orang bertugas di IGD, 5 orang bertugas di Poliklinik, 5 orang bertugas sebagai supervisor, 3 orang bertugas di Seksi Keperawatan, 4 orang bertugas sebagai kepala ruang dan 4 orang bertugas sebagai wakil kepala ruang.

Berdasarkan struktur organisai yang masih berlaku di RSUD Ambarawa pelaksana perawatan secara administratif dan fungsional bertanggungjawab kepada kepala ruang, sedangkan kepala ruang secara administratif dan fungsional bertanggungjawab kepada kepala seksi keperawatan. Kepala seksi keperawatan dalam

melaksanakan tugasnya dibantu oleh tiga orang kepala sub seksi yaitu kepala sub seksi bimbingan asuhan dan pelayanan perawatan, kepala sub seksi etika dan mutu keperawatan serta kepala sub seksi pendidikan dan latihan. Kepala seksi keperawatan secara administratif dan fungsional bertanggungjawab langsung kepada direktur rumah sakit.

Mutu pelayanan keperawatan di RSUD Ambarawa sampai saat ini masih belum memuaskan, terbukti masih terdapat adanya keluhan dari pasien maupun keluarga baik secara lisan maupun tertulis lewat kotak saran. Dari 84 buah surat yang masuk diketahui 25% pelanggan mengatakan bahwa pelaksana perawatan belum memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan pasien.

Dari pengamatan pendahuluan selama tiga bulan di Instalasi Gawat Darurat peneliti melihat ada 2 orang pelaksana perawatan yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat sebelum dan sesudah melakukan tindakan tidak melakukan cuci tangan. Berdasarkan protap yang ada disebutkan bahwa sebelum dan sesudah melayani pasien tenaga kesehatan diwajibkan untuk cuci tangan. Di Ruang Dahlia peneliti menemukan ada dua orang pasien mengalami dekubitus yang didapat selama dalam perawatan. Dekubitus yang terjadi pada pasien dalam proses perawatan memberikan gambaran bahwa di ruang rawat masih ada suatu permasalahan dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Dari wawancara dengan satu keluarga pasien yang dirawat di Ruang Dahlia dengan penyakit jantung diperoleh informasi bahwa selama tiga hari dirawat, perawat tidak pernah memberitahukan kepada keluarga pasien tentang apa yang harus dikerjakan dan apa yang harus dihindari. Sehingga pada saat

keluarga pasien membawa pasien ke kamar mandi mendapat teguran dari perawat. Berdasarkan wawancara pendahuluan dengan dua kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSUD Ambarawa diperoleh informasi bahwa semua kepala ruang belum paham terhadap tugasnya sebagai kepala ruang seperti yang tercantum dalam Buku Pedoman Uraian Tugas Tenaga Perawatan di Rumah Sakit Tahun 1999. Satu kepala ruang diketahui jarang mengadakan rapat untuk memberikan pengarahan kepada pelaksana perawatan, satu kepala ruang belum pernah melakukan supervisi kepada pelaksana perawatan terutama dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Gambaran pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen kepala ruang yang kurang maksimal dan gambaran pelayanan asuhan keperawatan yang kurang optimal tersebut diatas menimbulkan asumsi bahwa pelaksanaan standar asuhan keperawatan di RSUD Ambarawa mempunyai permasalahan yang belum diketahui. Dengan demikian penulis mengajukan pertanyaan penelitian “ faktor-faktor apakah yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksana perawatan di RSUD Ambarawa ? “.

A.2. Deskripsi Karakteristik Responden

Hasil pengumpulan data primer yang berasal dari 59 responden diperoleh gambaran karakteristik sebagai berikut :

A.2.1. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Gambaran responden menurut jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 4.1. dibawah ini .

Tabel 4.1. Distribusi Frekwensi Responden Menurut Jenis Kelamin Di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Jenis Kelamin	n	Prosentase (%)
1	Laki-laki	7	11,9
2	Perempuan	52	88,1
	Tortal	59	100

Sumber : Data primer 2001 yang diolah

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa pelaksana perawatan di ruang rawat inap RSUD Ambarawa sebagian besar yang berjenis kelamin wanita (88,1%).

A.2.2. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur

Gambaran responden menurut kelompok umur dapat dilihat pada tabel 4.2. dibawah ini .

Tabel 4.2 Distribusi Frekwensi Responden Menurut Kelompok Umur di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Umur	n	Prosentase (%)
1	20 – 24 TH	29	49,15
2	25 – 29 TH	15	24,43
3	30 – 34 TH	6	10,17
4	> 35 TH	9	15,25
	Total	59	100,00

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar pelaksana perawatan mempunyai umur antara 20 – 24 th (49,15%).

A.2.3. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Gambaran responden menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel

4.3. dibawah ini .

Tabel 4.3 Distribusi Frekwensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Tingkat Pendidikan	n	Prosentase (%)
1	SPK	31	52,5
2	Bidan	3	5,1
3	Akademi Kebidanan	1	1,7
4	Akademi Keperawatan	24	40,7
	Total	59	100,00

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar pelaksana perawatan berpendidikan SPK (52,5 %) dan yang paling sedikit berpendidikan bidan (1,7%).

A.2.4. Distribusi Responden Menurut Pelatihan Mutu Asuhan Keperawatan

Gambaran responden menurut pelatihan mutu asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 4.4. dibawah ini .

Tabel 4.4 Distribusi Frekwensi Responden Menurut Pelatihan Mutu Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pelatihan Mutu Asuhan Keperawatan	n	Prosentase (%)
1	Belum	31	52,5
2	Sudah	28	47,5
	Total	59	100,00

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa 52,5% responden belum pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan.

A.2.5. Distribusi Responden Menurut Status Kepegawaian

Gambaran responden menurut status kepegawaian dapat dilihat pada tabel

4.5. dibawah ini .

Tabel 4.5 Distribusi Frekwensi Responden Menurut Status Kepegawaian di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Status Kepegawaian	n	Prosentase (%)
1	Honorer	44	74,6
2	PNS	15	25,4
	Total	59	100,00

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa 74,6% responden mempunyai status kepegawaian sebagai pegawai tidak tetap.

A.2.6. Distribusi Responden Menurut Ruangan Tempat Tugas

Gambaran responden menurut ruangan tempat tugas dapat dilihat pada tabel

4.6. dibawah ini .

Tabel 4.6 Distribusi Frekwensi Responden Menurut Ruangan Tempat Tugas di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Ruangan	n	Prosentase (%)
1	Bedah	9	15,3
2	Kebidanan	11	18,6
3	Anak	12	20
4	Penyakit Dalam	27	45,8
	Total	59	100,00

Sumber: : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa 45,8% responden bertugas di ruang penyakit dalam dan 15,3% responden bertugas di ruang bedah.

A.2.7. Distribusi Responden Menurut Masa Kerja

Gambaran responden menurut masa kerja dapat dilihat pada tabel 4.7.

dibawah ini .

Tabel 4.7 Distribusi Frekwensi Responden Menurut Masa Kerja di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Lama Kerja	n	Prosentase (%)
1	< 4 th	45	76,27
2	5 – 9 th	4	6,78
3	10 – 14 th	1	1,70
4	> 15 th	9	15,25
	Total	59	100,00

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa 76,27% responden mempunyai masa kerja kurang dari 4 tahun dan 1,7% mempunyai masa kerja 10 – 14 tahun.

A.3. Deskripsi Analisis Univariat Variabel Penelitian

A.3.1. Pengetahuan

Gambaran prosentase jawaban responden dari pengukuran pengetahuan dapat dilihat pada tabel 4.8. dibawah ini .

Tabel 4.8. Prosentase Jawaban Responden Dari Pengukuran Pengetahuan Di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Pertanyaan	Jawaban (%)	
		Benar	Salah
1	Manfaat menerapkan proses keperawatan bagi perawat adalah seperti tercantum dibawah ini kecuali :	62,71	37,29
2	Proses keperawatan pada dasarnya adalah pendekatan pemecahan masalah pasien untuk :	64,41	35,59
3	Proses keperawatan berfungsi sebagai alat untuk mengenal masalah pasien, merencanakan secara sistematis, melaksanakan rencana dan :	49,15	50,85
4	Dalam melakukan pengkajian , data dapat dikelompokkan menjadi dua macam.	61,02	38,98
5	Ciri-ciri Diagnosa keperawatan	77,97	22,03
6	Dalam membuat rencana asuhan keperawatan, perawat perlu menetapkan tujuan yang	72,88	27,12
7	Dalam merencanakan tindakan keperawatan, seharusnya menggambarkan :	54,24	45,76
8	Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap	59,32	40,68
9	Evaluasi keperawatan adalh mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam :	59,32	40,68
10	Keberhasilan dari pelaksaasn asuhan keperawatan adalah dengan membandingkan antara	49,15	50,85

Sumber : Data Primer 2001

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dapat menjawab pertanyaan dengan benar terutama pada pertanyaan tentang ciri-ciri diagnosa keperawatan (77,97%). Sedangkan responden yang menjawab pertanyaan dengan salah pada dua pertanyaan tentang fungsi proses keperawatan dan menilai keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan masing-masing (50,85%).

Gambaran distribusi frekwensi responden berdasarkan pengetahuan dapat dilihat pada tabel 4.9. dibawah ini .

Tabel 4.9 Distribusi Frekwensi Responden Berdasarkan Pengetahuan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pengetahuan	Jumlah	Prosentase
1	Sangat baik (9 – 10)	1	1,69%
2	Baik (7 – 8)	20	33,90%
3	Cukup (5 – 6)	30	50,85%
4	Kurang (3 – 4)	8	13,56%
5	Sangat kurang (0 – 2)	0	0%
	Jumlah	59	100%

Sumber : Data primer 2001 yang diolah

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa 50,85 % responden memiliki pengetahuan cukup dan 1,69% responden memiliki pengetahuan sangat baik.

A.3.2. Ketrampilan

Gambaran Prosentase skor jawaban responden dari pengukuran ketrampilan dapat dilihat pada tabel 4.10. dibawah ini .

Tabel 4.10. Prosentase Skor Jawaban Responden Dari Pengukuran Ketrampilan Di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Pertanyaan	Skor Jawaban (%)			
		1	2	3	4
1	Melakukan pengumpulan data pengkajian melalui wawancara dengan pasien.	8,48	55,93	23,73	11,86
2	Membuat diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.	1,70	32,20	32,20	33,90
3	Merencanakan tindakan yang menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan yang lain.	10,17	30,51	55,93	3,39
4	Mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.	18,65	44,07	32,20	5,08
5	Melakukan evaluasi keperawatan yang mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan.	13,56	18,65	62,71	5,08
6	Menulis pada format yang baku.	1,69	50,85	16,95	30,51
7	Melakukan pencatatan yang ditulis dengan jelas, ringkas, menggunakan istilah yang baku dan benar.	1,70	10,17	76,27	11,86

Sumber : Data Primer 2001

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa prosentase jawaban terbesar ketrampilan responden dengan skor tinggi (76,27%) adalah ketrampilan melakukan pencatatan yang ditulis dengan istilah baku dan benar namun demikian ketrampilan dalam melakukan pengumpulan data pengkajian memiliki skor rendah (55,93%).

Gambaran distribusi frekwensi responden berdasarkan ketrampilan dapat dilihat pada tabel 4.11. dibawah ini .

Tabel 4.11. Distribusi Frekwensi Responden Berdasarkan Ketrampilan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Ketrampilan	n	Prosentase (%)
1	Sangat baik (25 – 28)	4	6,78%
2	Baik (21 – 24)	18	30,51%
3	Cukup (17 – 20)	16	27,12%
4	Kurang (12 – 16)	15	25,42%
5	Sangat kurang (7 – 11)	3	5,08%
	Jumlah	59	100%

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa 30,51% responden mempunyai ketrampilan baik dan 27,12% responden mempunyai ketrampilan cukup.

A.3.3. Motivasi

Gambaran prosentase skor jawaban responden dari pengukuran motivasi dapat dilihat pada tabel 4.12 dibawah ini .

Tabel 4.12. Prosentase Skor Jawaban Responden Dari Pengukuran Motivasi Di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pertanyaan	Skor Jawaban (%)				
		1	2	3	4	5
1	Saya senang bila catatan asuhan keperawatan saya dinilai oleh kepala ruang.	-	30,51	15,25	32,21	22,03
2	Saya ingin agar hasil asuhan keperawatan saya dipuji oleh kepala ruang.	-	35,59	27,12	30,51	6,78
3	Saya ingin agar hasil asuhan keperawatan saya membuat diri saya disegani oleh rekan sekerja.	-	16,95	50,85	23,73	8,47
4	Saya akan selalu berusaha agar proses keperawatan yang saya lakukan dapat dipahami oleh sejawat saya dalam tim.	-	55,93	27,12	13,56	3,39
5	Saya ingin agar hasil pekerjaan saya lebih baik dari teman seprofesi saya.	3,39	18,65	71,19	5,08	1,69
6	Saya ingin pekerjaan yang saya lakukan banyak manfaatnya bagi rumah sakit.	11,86	54,24	25,42	8,48	-
7	Keadaan pekerjaan saya saat ini baik hasilnya bagi diri saya.	11,86	11,86	69,49	6,78	-

Sumber : Data Primer 2001.

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa prosentase jawaban terbesar dengan skor rendah adalah motivasi melakukan pekerjaan yang banyak manfaatnya bagi rumah sakit (54,24%) dan prosentase jawaban terbesar dengan skor tinggi adalah keinginan menghasilkan pekerjaan yang lebih baik (71,19%).

Gambaran distribusi frekwensi berdasarkan motivasi dapat dilihat pada tabel 4.13. dibawah ini .

Tabel 4.13 Distribusi Frekwensi Responden Berdasarkan Motivasi di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Motivasi	n	Prosentase (%)
1	Sangat baik (31 – 35)	1	1,69%
2	Baik (25 – 30)	7	11,86%
3	Cukup (19 – 24)	30	50,85%
4	Kurang (13 – 18)	17	28,81%
5	Sangat kurang (7 – 12)	4	6,79%
	Jumlah	59	100%

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4. 13 menunjukkan bahwa 50,58% responden mempunyai motivasi cukup dan 28,81 % responden mempunyai motivasi kurang.

A.3.4. Pengarahan

Gambaran prosentase skor jawaban responden dari pengukuran pengarahan dapat dilihat pada tabel 4.14 dibawah ini .

Tabel 4.14. Prosentase Skor Jawaban Responden Dari Pengukuran Pengarahan Kepala Ruang di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Pertanyaan	Skor Jawaban (%)			
		1	2	3	4
1	Dalam setahun terakhir kepala ruang melaksanakan rapat khusus membahas pelaksanaan standar asuhan keperawatan.	3,39	49,15	47,46	-
2	Setahun terakhir kepala ruang membimbing perawat dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan.	5,08	75,93	18,98	-
3	Kepala ruang menegur perawat apabila catatan asuhan keperawatan yang saya kerjakan tidak lengkap.	13,58	61,02	25,42	-
4	Setahun terakhir kepala ruang membuat petunjuk pelaksanaan untuk tugas-tugas yang akan dilakukan oleh perawat.	27,12	42,37	30,51	-
5	Setahun terakhir kepala ruang membuat keputusan yang tepat tidak simpangsiur.	16,95	62,71	20,34	-
6	Kepala ruang memberikan perintah terlebih dahulu sebelum perawat melaksanakan askep.	18,65	57,63	23,73	-
7	Setahun terakhir apabila tidak hadir kepala ruang mendelegasikan wewenang kepada perawat yang ditunjuk.	20,34	49,15	30,51	-
8	Setahun terakhir kepala ruang menanyakan kesulitan-kesulitan perawat dalam melaksanakan proses keperawatan.	25,42	49,15	25,42	-
9	Kepala ruang bersikap menghargai pekerjaan perawat.	27,12	52,54	20,34	-
10	Dalam tiga bulan terakhir karu menunjukkan sikap yang membuat diri perawat senang.	22,03	50,85	10,17	-
11	Tiga bulan terakhir kepala ruang bersikap disiplin.	18,65	52,54	28,81	-
12	Dalam setahun terakhir kepala ruang bersikap bijaksana dan terbuka.	8,48	84,75	6,78	-

Sumber : Data Primer 2001

Tabel 4.14 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai pengarahan kepala ruang dengan skor yang rendah. Penilaian terendah pada item pertanyaan

tentang bimbingan yang dilakukan kepala ruang dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan sebanyak (75,93%).

Gambaran distribusi frekwensi hasil pendapat pelaksana perawatan terhadap pengarahannya yang dilakukan oleh kepala ruang dapat dilihat pada tabel 4.15. dibawah ini .

Tabel 4.15 Distribusi Frekwensi Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan terhadap Pengarahan yang dilakukan oleh Kepala Ruang di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Pengarahan	n	Prosentase (%)
1	Sangat baik (41 – 48)	0	0
2	Baik (34 – 40)	1	1,69
3	Cukup (27 – 33)	22	37,29
4	Kurang (20 – 26)	30	50,85
5	Sangat kurang (20 – 26)	6	10,17
	Jumlah	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.15. menunjukkan bahwa kepala ruang dalam melaksanakan fungsi pengarahannya masih kurang (50,85%), pengarahannya kepala ruang cukup (37,29%) sedangkan 1,69 % pengarahannya kepala ruang baik.

Gambaran hasil penilaian pengarahannya kepala ruang oleh pelaksana perawatan berdasarkan ruangan tempat kerja pelaksana perawatan dapat dilihat pada tabel 4.16. dibawah ini .

Tabel 4.16. Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan Terhadap Pengarahan Kepala Ruang Berdasarkan Tempat Kerja di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pengarahan	Ruang (%)								Total (%)	
		Bedah		Anak		Dalam		Kandungan		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
1	Baik	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
2	Cukup	5	22,7	3	13,6	11	50	3	13,6	22	100
3	Kurang	3	10	8	26,7	12	40	7	23,3	30	100
4	Sangat Kurang	1	16,7	1	16,7	3	50	1	16,7	6	100
	Total	9	15,3	12	20,3	27	45,8	11	18,6	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.16 menunjukkan bahwa kepala ruang dengan pengarahan kurang di ruang penyakit dalam (40%) dan kepala ruang dengan pengarahan cukup di ruang anak (22,7%).

A.3.5. Pengawasan

Gambaran prosentase skor jawaban responden dari pengukuran pengawasan dapat dilihat pada tabel 4.17. dibawah ini .

UPT-PUSTAKA

Tabel 4.17. Prosentase Skor Jawaban Responden Dari Pengukuran Pengawasan Kepala Ruang Di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Pertanyaan	Skor Jawaban (%)			
		1	2	3	4
1	Dalam setahun terakhir kepala ruang melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan proses keperawatan.	3,39	52,54	42,43	-
2	Setahun terakhir kepala ruang melakukan pengawasan terhadap kenyamanan	6,78	66,10	27,12	-
3	Setahun terakhir kepala ruang melakukan pengawasan terhadap kedisiplinan perawat.	10,17	69,49	20,34	-
4	Setahun terakhir kepala ruang melakukan pengawasan terhadap kepuasan pasien / keluarga.	8,48	62,71	28,81	-
5	Setahun terakhir kepala ruang melakukan pengawasan terhadap keamanan pasien / keluarga	13,56	52,54	32,20	-
6	Kepala ruang melakukan pengawasan melalui pengamatan secara langsung.	13,56	55,93	30,51	-
7	Kepala ruang melakukan pengawasan melalui laporan dari karyawan.	11,86	67,80	20,34	-
8	Kepala ruang melakukan pengawasan melalui dokumentasi asuhan keperawatan.	13,56	64,41	22,03	-
9	Setelah selesai pengawasan karu mengadakan pertemuan untuk menyampaikan hasilnya kepada perawat.	10,17	69,80	20,03	-
10	Kepala Ruang membandingkan hasil pengawasan dengan standar pengawasan.	16,95	67,80	15,25	-
11	Kepala ruang memberitahukan tentang tujuan dari pengawasan.	67,80	32,20	-	-
12	Kepala ruang sebelum melakukan pengawasan memberitahukan terlebih dahulu kepada perawat.	77,97	22,03	-	-

Sumber : Data Primer 2001

Tabel 4. 17 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan penilaian kepada kepala ruang dengan skor rendah dalam hal pengawasan terutama pada

pertanyaan tentang setelah melakukan pengawasan tidak diadakan pertemuan pembahasan (69,80%).

Gambaran disribusi frekwensi hasil pendapat pelaksana perawatan terhadap pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang dapat dilihat pada tabel 4.18. dibawah ini .

Tabel 4..18 Distribusi Frekwensi Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan terhadap Pengawasan yang dilakukan oleh Kepala Ruang di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Penilaian	Jumlah	Prosentase
1	Sangat baik (41 – 48)	0	0
2	Baik (34 – 40)	0	0
3	Cukup (27 – 33)	18	30,51%
4	Kurang (20 – 26)	35	59,32%
5	Sangat kurang (12 – 19)	6	10,17%
	Jumlah	59	100%

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4. 18 menunjukkan bahwa kepala ruang masih kurang dalam melaksanakan fungsi pengawasan (59,32%) dan 30,51% pengawasan cukup.

Gambaran hasil penilaian pengawasaan kepala ruang oleh pelaksana perawatan berdasarkan ruangan tepat kerja pelaksana perawatan dapat dilihat pada tabel 4.19. dibawah ini .

Tabel 4..19. Hasil Pendapat Pelaksan Perawatan terhadap Pengawasan Kepala Ruang Berdasarkan Tempat Kerja di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pengawasan	Ruang (%)								Total (%)	
		Bedah		Anak		Dalam		Kandungan		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
1	Cukup	3	16,7	3	16,7	9	50	3	16,7	18	100
2	Kurang	5	14,3	8	22,9	15	42,9	7	20	35	100
3	Sangat Kurang	1	16,7	1	16,7	3	50	1	16,7	6	100
	Total	9	15,3	12	16,7	27	45,8	11	18,6	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.19 menunjukkan bahwa kepala ruang dengan pengawasan cukup di ruang penyakit dalam (50%), kepala ruang dengan pengawasan kurang di ruang penyakit dalam (42,9%) sedangkan kepala ruang dengan pengawasan sangat kurang juga di ruang penyakit dalam (14,3 %).

A.3.6. Supervisi

Gambaran prosentase skor jawaban responden dari pengukuran supervisi dapat dilihat pada tabel 4.20. dibawah ini .

Tabel 4.20. Prosentase Skor Jawaban Responden Dari Pengukuran Supervisi Kepala Ruang Di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Pertanyaan	Skor Jawaban (%)			
		1	2	3	4
1	Tiga bulan terakhir kepala ruang melaksanakan pengamatan langsung pada saat perawat melakukan proses keperawatan.	13,56	55,93	27,12	3,39
2	Dalam melakukan pengamatan kepala ruang membutuhkan waktu lebih dari 15 menit.	11,86	71,02	15,42	1,70
3	Pada saat supervisi kepala ruang memberikan dorongan kepada perawat untuk bekerja yang lebih baik.	8,48	49,15	38,98	3,39
4	Pada saat supervisi kepala ruang memberikan petunjuk-petunjuk kepada perawat.	10,17	37,29	49,15	3,39
5	Dalam melakukan supervisi kepala ruang tidak mengamati obyek secara terperinci (hanya garis besarnya saja).	11,86	30,85	53,90	3,39
6	Dalam melaksanakan supervisi kepala ruang menggunakan check list.	6,78	57,63	32,20	3,39
7	Pada saat melakukan supervisi kepala ruang bersikap bijaksana.	6,78	51,02	40,51	1,70
8	Kepala ruang membahas temuan supervisi dalam suatu pertemuan.	8,48	55,93	32,20	3,39
9	Kepala ruang mengupayakan penyelesaian permasalahan yang ditemukan pada saat supervisi.	35,59	52,54	10,17	1,70
10	Kepala Ruang sebelum melakukan supervisi memberitahukan tentang sasaran yang akan di supervisi.	52,54	47,46	-	-

Sumber : Data Primer 2001

Tabel 4.20 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan nilai rendah terhadap supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang terutama pada saat melakukan supervisi yang hanya menggunakan waktu kurang dari 15 menit (71,02%).

Gambaran distribusi frekwensi hasil pendapat pelaksana perawatan terhadap supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang dapat dilihat pada tabel 4.21. dibawah ini

Tabel 4. 21 Distribusi Frekwensi Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan terhadap Supervisi yang dilakukan oleh Kepala Ruang di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Supervisi	n	Prosentase (%)
1	Sangat baik (35 – 40)	0	0
2	Baik (29 – 34)	2	3,38
3	Cukup (23 – 28)	29	49,15
4	Kurang (17 – 22)	22	37,29
5	Sangat kurang (10 – 16)	4	6,78
	Jumlah	59	100%

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.21 menunjukkan bahwa kepala ruang dalam melaksanakan supervisi cukup (49,15%) dan kepala ruang dalam melaksanakan supervisi kurang (37,29%).

Gambaran hasil penilaian supervisi kepala ruang oleh pelaksana perawatan berdasarkan ruangan tempat kerja pelaksana perawatan dapat dilihat pada tabel 4.22. dibawah ini .

Tabel 4.22. Hasil Pendapat Pelaksana Perawatan Terhadap Supervisi Kepala Ruang Berdasarkan Tempat Kerja di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Supervisi	Ruang (%)								Total (%)	
		Bedah		Anak		Dalam		Kandungan		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
1	Cukup	2	33,3	1	16,7	3	50	0	0	6	100
2	Kurang	3	9,7	9	29	14	45,2	5	16,1	31	100
3	Sangat Kurang	4	18,2	2	9,1	10	45,5	6	27,3	22	100
	Total	9	15,3	12	20,3	27	45,8	11	18,6	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.22 menunjukkan bahwa kepala ruang dengan supervisi kurang di ruang penyakit dalam (45,2%) dan 16,1 % di ruang kandungan.

A.3.7. Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan

Gambaran prosentase skor jawaban responden dari penilaian pelaksanaan standar asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 4.23 dibawah ini .

Tabel 4..23. Prosentase Skor Jawaban Responden Dari Penilaian Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan Di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Pertanyaan	Skor Jawaban (%)			
		1	2	3	4
	PENGAJIAN				
1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian	74,58	3,39	22,03	-
2	Data dikelompokkan (biopsikososialspiritual)	72,88	5,09	22,03	-
3	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.	74,58	11,86	13,58	-
	DIAGNOSA				
4	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan	81,36	3,39	21,86	2,39
5	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE / PES	11,86	-	-	88,14
	PERENCANAAN				
6	Berdasarkan diagnosa keperawatan	35,59	-	1,69	62,71
7	Disusun menurut urutan prioritas	11,86	42,03	44,41	1,70
8	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria.	94,92	2,39	1,69	-

9	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas dan atau melibatkan pasien / keluarga.	74,58	6,78	18,65	-
10	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien / keluarga.	83,05	-	-	16,95
11	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan	28,81	-	-	71,19
	TINDAKAN				
12	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan	5,08	16,95	49,15	28,81
13	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.	86,44	-	-	13,56
14	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi.	77,97	-	-	22,03
15	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas	10,17	11,86	44,07	33,90
	EVALUASI				
16	Evaluasi mengacu pada tujuan	47,46	22,03	27,12	3,39
17	Hasil evaluasi dicatat	25,42	30,51	32,20	11,86
	CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN				
18	Menulis pada format yang baku	3,39	20,34	64,40	10,17
19	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.	3,39	22,03	71,19	1,69
20	Setiap melakukan tindakan / kegiatan perawat mencantumkan paraf / nama jelas dan tanggal jam dilakukannya tindakan.	18,65	-	-	81,35

Sumber : Data Primer 2001

Tabel 4.23 menunjukkan bahwa pelaksanaan pengkajian memperoleh skor paling rendah (74,58%), diagnosa memperoleh skor yang tinggi (88,14%), Perencanaan mempunyai skor yang rendah (94,92%), tindakan mempunyai skor yang rendah (88,44%), evaluasi mempunyai skor yang rendah (47,46%) dan catatan asuhan keperawatan mempunyai skor yang tinggi (81,35%).

Gambaran rerata pencapaian hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 4.24. dibawah ini .

Tabel 4.24 Rerata Pencapaian Hasil Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan

NO	Variabel	Mean	Std Deviasi	Min	Max
1	Pelaksanaan SAK	44,61	8,20	26	59

Tabel 4.24 menunjukkan bahwa rerata hasil pencapaian pelaksanaan standar asuhan keperawatan di ruang rawat inap adalah 44,61.

Gambaran hasil pencapaian pelaksanaan standar asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 4. 25. dibawah ini .

Tabel 4.25 Hasil Pencapaian Pelaksanaan SAK di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pelaksanaan SAK	n	Prosentase (%)
1	Buruk < 44,61	26	44,07
2	Baik \geq 44,61	33	55,93
	Jumlah	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.25 menunjukkan bahwa 55,93 % responden mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik.

A.4. Analisis Bivariat Variabel Penelitian

A.4.1. Tabulasi Silang

Tabulasi silang menggambarkan deskripsi hubungan dua variabel dalam bentuk tabel yang terdiri atas baris dan kolom.

A.4.1.1 Deskripsi Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan.

Deskripsi hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan disajikan dalam tabel 4.26 dibawah ini.

Tabel 4. 26 Deskripsi Hubungan Pengetahuan Dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pengetahuan	Pelaksanaan SAK				Total	
		Baik		Buruk		n	%
		n	%	n	%		
1	Sangat Baik	1	100	0	0	1	100
2	Baik	18	90	2	10	20	100
3	Cukup	14	46,7	16	53,3	30	100
4	Kurang	0	0	8	100	8	100
	Total	33	55,9	26	44,1	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.26 menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (90%) dan responden dengan

pengetahuan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (53,3%).

A.4.1.2 Deskripsi Hubungan Keterampilan dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan.

Deskripsi hubungan keterampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan disajikan dalam tabel 4.27 dibawah ini.

Tabel 4.27 Deskripsi Hubungan Keterampilan Dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Keterampilan	Pelaksanaan SAK				Total	
		Baik		Buruk		n	%
		n	%	n	%		
1	Sangat Baik	4	100	0	0	4	100
2	Baik	18	100	0	0	18	100
3	Cukup	11	46,7	5	53,3	16	100
4	Kurang	0	0	18	100	18	100
5	Sangat Kurang	0	0	3	100	3	100
	Total	33	55,9	26	44,1	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.27 menunjukkan bahwa responden dengan keterampilan baik mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%) sebaliknya responden dengan keterampilan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk 100%.

A.4.1.3 Deskripsi Hubungan Motivasi dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan.

Deskripsi hubungan motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan disajikan dalam tabel 4.28 dibawah ini.

Tabel 4.28 Deskripsi Hubungan Motivasi Dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Motivasi	Pelaksanaan SAK				Total	
		Baik		Buruk		n	%
		n	%	n	%		
1	Sangat Baik	0	100	1	100	1	100
2	Baik	7	87,5	1	12,5	8	100
3	Cukup	23	82,1	5	17,9	28	100
4	Kurang	2	11,8	15	88,2	17	100
5	Sangat Kurang	1	20,0	4	80,0	5	100
	Total	33	55,9	26	44,1	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.28 menunjukkan bahwa responden dengan motivasi yang kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (88,2%) dan responden dengan motivasi cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (82,1%).

A.4.1.4 Deskripsi Hubungan Pengarahan dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan.

Deskripsi hubungan pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan disajikan dalam tabel 4.29 dibawah ini.

Tabel 4.29 Deskripsi Hubungan Pengarahan Dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pengarahan	Pelaksanaan SAK				Total	
		Baik		Buruk		n	%
		n	%	n	%		
1	Sangat Baik	0	0	0	0	0	100
2	Baik	1	100	0	0	1	100
3	Cukup	20	90,9	2	9,1	22	100
4	Kurang	12	40,0	18	60,0	30	100
5	Sangat Kurang	0	0	6	100	6	100
	Total	33	55,9	26	44,1	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.29 menunjukkan bahwa kepala ruang dengan pengarahan cukup menghasilkan pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (90,9%) dan kepala ruang dengan pengarahan kurang menghasilkan pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60%).

A.4.1.5 Deskripsi Hubungan Pengawasan dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan.

Deskripsi hubungan pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan disajikan dalam tabel 4.30 dibawah ini.

Tabel 4.30 Deskripsi Hubungan Pengawasan Dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Pengawasan	Pelaksanaan SAK				Total	
		Baik		Buruk		n	%
		n	%	n	%		
1	Sangat Baik	0	0	0	0	0	100
2	Baik	0	0	0	0	0	100
3	Cukup	18	100	0	0	18	100
4	Kurang	14	40,0	21	60,0	35	100
5	Sangat Kurang	1	16,7	5	83,3	6	100
	Total	33	55,9	26	44,1	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.30 menunjukkan bahwa kepala ruang dengan pengawasan kurang menghasilkan pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60,0%) dan kepala ruang dengan pengawasan cukup menghasilkan pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%).

A.4.1.6 Deskripsi Hubungan Supervisi dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan.

Deskripsi hubungan supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan disajikan dalam tabel 4.31 dibawah ini.

Tabel 4.31 Deskripsi Hubungan Supervisi Dengan Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Supervisi	Pelaksanaan SAK				Total	
		Baik		Buruk		n	%
		n	%	n	%		
1	Sangat Baik	0	0	0	0	0	100
2	Baik	0	0	0	0	0	100
3	Cukup	6	100	0	0	6	100
4	Kurang	26	83,9	5	16,1	31	100
5	Sangat Kurang	1	4,5	21	95,5	22	100
	Total	33	55,9	26	44,1	59	100

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.31 menunjukkan bahwa kepala ruang dengan supervisi kurang menghasilkan pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (83,9%) dan kepala ruang dengan supervisi sangat kurang menghasilkan pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (95,5 %).

A.4.2. Korelasi Variabel Bebas dan terikat.

Korelasi *Product Moment* dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Syarat uji *product moment* adalah dengan menggunakan data yang berskala rasio atau interval dan datanya berdistribusi normal. Pada penelitian ini data variabel bebas maupun variabel terikat mempunyai skala rasio sehingga sudah memenuhi syarat untuk pengujian dengan menggunakan korelasi *product moment*. Sedangkan dari hasil uji normalitas dengan

menggunakan *probability plot* diperoleh hasil semua data tersebar disekitar garis diagonal dengan sebaran yang tidak fluktuatif, sehingga dapat disimpulkan bahwa semua data dari masing-masing variabel adalah berdistribusi normal.

Hasil uji korelasi *product moment* antara variabel bebas dan terikat disajikan dalam tabel 4. 32 dibawah ini.

Tabel 4.32 Hubungan Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat Dengan Uji *Product Moment* di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Variabel Bebas	r	Tingkat Hubungan	Nilai p	α	Keterangan
1	Pengetahuan	0,800	Sangat Erat	0,00	0,05	Signifikan
2	Ketrampilan	0,920	Sangat Erat	0,00	0,05	Signifikan
3	Motivasi	0,655	Cukup Erat	0,00	0,05	Signifikan
4	Pengarahan	0,736	Cukup Erat	0,00	0,05	Signifikan
5	Pengawasan	0,527	Kurang Erat	0,00	0,05	Signifikan
6	Supervisi	0,908	Sangat Erat	0,00	0,05	Signifikan

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

Tabel 4.32 menunjukkan bahwa hasil uji korelasi *product moment* pada masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat (pelaksanaan standar asuhan keperawatan) dengan tingkat kepercayaan 95% dalam uji dua arah pada $\alpha = 0,05$ menunjukkan bahwa semua variabel bebas memiliki hubungan arah yang positif dan signifikan. Selanjutnya hubungan masing-masing variabel tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

A.5. Analisis Multivariat

Hubungan variabel bebas dengan variabel terikat bersifat asimetris karena variabel bebas mempunyai jumlah lebih dari satu. Uji statistik yang digunakan adalah regresi linier berganda. Analisis regresi linier berganda mempunyai tujuan untuk mendapatkan informasi mengenai besar pengaruh variabel bebas secara individu / bersama-sama dari beberapa variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis Regresi Linier berganda memiliki beberapa metode, pada penelitian ini menggunakan metode *stepwise*. Metode *Stepwise* mempunyai cara analisa dengan memasukkan semua variabel bebas yang mempunyai korelasi paling kuat dengan variabel terikat dan setiap memasukkan variabel bebas dilakukan pengujian dengan maksud untuk menyeleksi variabel bebas untuk tetap dimasukkan atau dikeluarkan dari model. Untuk mengetahui hasil uji regresi berganda dengan metode *stepwise* dapat dilihat pada tabel 4.33 dibawah ini.

Tabel 4.33 Hasil Uji Regresi Dengan Metode Stepwise

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of the Estimate	Durbin Watson
1	0,920 ^a	0,847	0,844	3,24	2,043
2	0,954	0,911	0,908	2,49	

Sumber : Data Primer 2001 yang dianalisis dengan Regresi Linier Berganda dengan metode Stepwise.

- a. Predictor : (constant), KTRAMPIL
- b. Predictor : (constant), KTRAMPIL, SPERVISI
- c. Dependent Variable : PEL_SAK

Tabel 4.33 menunjukkan gambaran bahwa setelah dilakukan pengujian dengan metode stepwise terlihat hanya dua variabel bebas yang dimasukkan dalam model regresi yaitu variabel ketrampilan dan supervisi.

Pada model 1 *adjusted R²* sebagai koefisien determinasi sebesar 0,844, setelah penambahan variabel bebas supervisi, *R²* yang disesuaikan meningkat menjadi 0,908. Semakin tinggi *R²* yang disesuaikan akan semakin baik model regresinya, yang berarti bahwa variabel bebas bisa menjelaskan variabel terikat lebih besar. Dapat disimpulkan 90,8 % variabel terikat pelaksanaan standar asuhan keperawatan dapat dijelaskan oleh variabel bebas ketrampilan dan supervisi sedangkan sisanya 9,2 % dijelaskan oleh sebab-sebab yang lain.

Standart Error of estimate pada model 1 setelah penambahan variabel supervisi pada model 2 terjadi penurunan besar *standar error of estimate* dari 3,24 pada model 1 menjadi 2,49 pada model 2 dan apabila dibandingkan nilainya lebih kecil, demikian juga lebih kecil dari dari standar deviasi pelaksanaan standar asuhan keperawatan 8,20 (mohon dilihat pada lampiran : hasil uji regresi dengan metode *stepwise*). Dapat disimpulkan bahwa model regresi lebih bagus dalam bertindak sebagai prediktor variabel terikat (pelaksanaan standar asuhan keperawatan).

Hasil uji yang lain untuk membuktikan bahwa variabel ketrampilan dan supervisi berpengaruh terhadap variabel terikat pelaksanaan standar asuhan keperawatan dilakukan uji Anova atau F test dengan hasil dapat dilihat pada tabel 4.43 dibawah ini.

Tabel 4.34 Hasil Uji Anova Variabel Bebas dan Variabel Terikat.

Model		Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig
1	Regression	3305,190	1	3305,190	314,599	0,000
	Residual	598,843	57	10,506		
	Total	3904,034	58			
2	Regression	3556,451	2	1778,225	286,495	0,000
	Residual	347,583	56	6,207		
	Total	3904,034	58			

Sumber : Data Primer 2001 yang dianalisis regresi berganda dengan metode stepwise

1. Predictor : (constant), KTRAMPIL
2. Predictor : (constant), KTRAMPIL,SPERVISI
3. Dependent Variable : PEL_SAK

Tabel 4. 34 menunjukkan hasil uji Anova atau F test didapat F hitung Model 1 314,599 dan F hitung Model 2 sebesar 286,495 masing-masing sangat signifikan karena $p < 0,05$ dan disimpulkan bahwa model regresi dapat dipakai untuk memprediksi pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Maka dapat dikatakan bahwa ketrampilan dan supervisi secara bersama-sama berpengaruh terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Model regresi yang baik adalah regresi yang bebas dari autokorelasi. Untuk menguji apakah dalam sebuah model regresi linier ada korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pada periode t-1 (sebelumnya) dapat

dilihat dari hasil analisis Durbin Watson pada tabel 4.42 diatas. Menurut Hasan (1999) untuk menilai adanya autokorelasi digunakan patokan angka Durbin Watson sbb :

- Angka Durbin Watson dibawah 1,10 berarti ada autokorelasi.
- Angka Durbin Watson diantara 1,10 sampai 1,54 berarti tidak ada kesimpulan.
- Angka Durbin Watson diatas 1,55 sampai 2,46 berarti tidak ada autokorelasi.
- Angka Durbin Watson diantara 2,46 sampai 2,90 berarti tidak ada kesimpulan.
- Angka Durbin Watson diatas 2,90 berarti ada autokorelasi.

Hasil Analisis Durbin-Watson = 2,043 (pada tabel 4.42) berada pada posisi diantara angka 1,55 sampai 2,46 sehingga dapat disimpulkan bahwa model regresi bebas dari persoalan autokorelasi.

Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi diantara variabel bebas. Untuk mendeteksi bahwa model regresi bebas dari problem multikolinieritas dilakukan uji asumsi regresi berganda multikolinieritas. Hasil uji multikolinieritas dengan melihat hasil VIF (*Variance Inflation Factor*) dan *Tolerance* (mohon dilihat pada lampiran).

Menurut Santoso (2001) suatu model regresi yang bebas dari persoalan multikolinieritas memenuhi syarat sebagai berikut :

- mempunyai nilai VIF dibawah 5
- mempunyai angka *tolerance* diatas 0,0001 mendekati 1

Pada model 2 untuk variabel ketrampilan didapat besar *tolerance* adalah 0,303. Hal ini berarti R^2 adalah $1 - 0,303$ atau 69,7 yang berarti hanya 69,7 % variabel

ketrampilan bisa dijelaskan oleh prediktor (variabel bebas) yang lain. Default SPSS bagi angka tolerance adalah 0,0001. Semua variabel yang akan dimasukkan dalam perhitungan model regresi harus mempunyai angka tolerance diatas 0,0001. Terlihat bahwa semua variabel telah memenuhi persyaratan ambang tolerance dan mempunyai VIF (*Variance Inflation Factor*) masing-masing 3,302 dibawah angka 5 yang berarti bebas dari persoalan multikolinieritas dengan variabel bebas lainnya.

Model regresi yang baik adalah apabila tidak terjadi heteroskedastisitas artinya varians dari variabel bebas adalah sama atau konstan untuk setiap nilai tertentu dari variabel bebas lainnya atau variasi residu sama untuk semua pengamatan. Untuk mendeteksi tidak adanya heteroskedastisitas dalam penelitian ini menggunakan grafik scatterplot yang dapat dilihat pada lampiran. Dari hasil uji scatterplot diperoleh gambaran tidak terjadi persoalan heteroskedastisitas karena gambaran grafik timbul adanya pola tertentu berupa titik-titik menyebar diatas dan dibawah angka 0 pada sumbu y dan tidak membentuk pola tertentu. Apabila terjadi persoalan heteroskedastisitas akan terlihat pada gambaran grafik terjadi pola tertentu yaitu titik-titik diatas dan dibawah angka 0 pada sumbu y membentuk suatu pola tertentu yang teratur (bergelombang, melebar kemudian menyempit).

Model regresi yang baik adalah model regresi mempunyai variabel (bebas dan terikat) yang berdistribusi normal atau mendekati normal. Untuk mendeteksi data variabel memenuhi asumsi normalitas menggunakan uji Normal Probability Plot. Hasil Uji Normalitas regresi berganda terlihat gambaran data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal. Model regresi yang pada uji

normalitas memberikan gambaran tersebut berarti telah memenuhi asumsi normalitas. Apabila data menyebar jauh dari garis diagonal dan atau tidak mengikuti arah garis diagonal maka model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas (mohon dilihat pada lampiran)

Dari hasil uji regresi berganda dapat disimpulkan bahwa model regresi bebas dari persoalan multikolinieritas, auto korelasi, heteroskedastisitas dan dari uji normalitas mempunyai distribusi normal. Model regresi dapat dipakai untuk memprediksi variabel terikat dari besaran variabel bebas atau variabel terikat dapat dijelaskan oleh variabel bebas sehingga secara implisit dapat dikatakan bahwa variabel ketrampilan dan variabel supervisi berpengaruh terhadap variabel pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Hasil pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan metode stepwise pada Analisis Regresi linier berganda dapat dilihat pada tabel 4.35.

Tabel 4.35 Pengaruh Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat Dengan Analisis Regresi Linier berganda di RSUD Ambarawa Tahun 2001.

No	Variabel Bebas	Adjusted R Square	Pengaruh	Nilai p	α	Keterangan
1	Pengetahuan	-	Tidak	0,105	0,05	tidak signifikan
2	Ketrampilan	0,844	Pengaruh	0,00	0,05	signifikan
3	Motivasi	-	Tidak	0,302	0,05	tidak signifikan
4	Pengarahan	-	Tidak	0,095	0,05	tidak signifikan
5	Pengawasan	-	Tidak	0,137	0,05	tidak signifikan
6	Supervisi	0,908	Pengaruh	0,00	0,05	signifikan

Sumber : Data Primer 2001 yang diolah

A.6. Hasil Wawancara Dengan Kepala Ruang

Wawancara mendalam yang dilakukan dengan semua kepala ruang mempunyai tujuan untuk mengetahui secara langsung gambaran kegiatan kepala ruang dalam melaksanakan fungsi-fungsi manajemen yaitu pengarahan, pengawasan dan supervisi.

Gambaran deskripsi karakteristik kepala ruang dapat dilihat pada tabel 4.36 dibawah ini.

Tabel 4.36 Karakteristik Kepala Ruang di RSUD Ambarawa Tahun 2001

No	Umur	Pendidikan	Masa Kerja	Pelatihan Manajemen	Status Pegawai	Gender	Ruang
1	36	Akper	13	Sudah	PNS	L	RC
2	44	SPK	19	Sudah	PNS	P	RPD
3	47	SPK	20	Sudah	PNS	P	RA
4	51	Bidan	31	Belum	PNS	P	RB

Sumber : Data Primer 2001

Tabel 4.36 menunjukkan bahwa 75 % kepala ruang sudah pernah mengikuti pelatihan manajemen kepala ruang dan hanya 25% kepala ruang yang mempunyai latar belakang pendidikan akademi keperawatan.

Berdasarkan rangkuman hasil wawancara dengan empat kepala ruang mengenai pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen kepala ruang di ruang rawat inap di RSUD Ambarawa, diperoleh informasi bahwa fungsi pengarahan, pengawasan dan supervisi belum dilaksanakan secara maksimal.

B. PEMBAHASAN

B. 1. Pembahasan Analisis Uni Variat

B.1.1. Karakteristik Responden

Gambaran usia responden menunjukkan bahwa mayoritas responden (84,75%) berumur antara 20 – 34 tahun. Pada interval usia tersebut merupakan usia yang produktif, identik dengan idealisme yang tinggi, tenaga prima, semangat membara dan optimisme. Diharapkan pada usia ini seseorang memiliki kinerja / prestasi yang tinggi.

Gambaran masa kerja responden menunjukkan bahwa 76,27% responden memiliki masa kerja kurang dari empat tahun. Masa kerja berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang didapat selama menjalankan tugas. Karyawan yang mempunyai pengalaman dipandang lebih mampu dalam melaksanakan tugas. Makin lama kerja seseorang kecakapan mereka akan lebih baik karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya (Maibach dan Holtgrave, 1995). Namun pengalaman kerja yang sudah lama belum menjamin bahwa mereka lebih produktif daripada karyawan yang sedikit lama kerjanya (Muchlas, 1999).

Gambaran pendidikan responden menunjukkan bahwa 55,9% responden berpendidikan SPK. Geen Cit. Notoatmodjo (1993) berpendapat bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang menjadi dasar untuk melaksanakan tindakan. Pelayanan keperawatan yang profesional membutuhkan kualifikasi tenaga keperawatan yang profesional. Ciri-ciri perawat profesional adalah lulusan

pendidikan tinggi keperawatan minimal DIII keperawatan, mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, melaksanakan asuhan keperawatan secara mandiri, mantaati kode etik keperawatan, mampu berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan masyarakat secara baik dalam rangka penyuluhan kesehatan, mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia secara berdaya guna dan berhasil guna, mampu berperan sebagai agen pembaharu dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan. Sesuai dengan perkembangan profesi keperawatan dan peningkatan kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan yang bermutu maka untuk meningkatkan profesionalisme perawat perlu menyesuaikan diri dengan perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan. Dengan demikian tenaga keperawatan yang diharapkan mempunyai jenjang pendidikan S1 dan yang paling rendah adalah berpendidikan D III .

Gambaran pelatihan yang pernah diikuti oleh responden diketahui bahwa 52,5 % responden belum pernah mengikuti pelatihan tentang mutu asuhan keperawatan. Menurut Handoko (1985) pelatihan dapat meningkatkan kemampuan manusia, dimana kemampuan merupakan salah satu determinan produktivitas. Selanjutnya Handoko mengemukakan bahwa karyawan yang belum berpengalaman perlu belajar dan menyesuaikan diri dengan kebijakan dan prosedur yang baru, mereka memerlukan latihan dan pengembangan untuk dapat mengerjakan pekerjaan dengan sukses. Sebab pelatihan dapat memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu (Handoko, 1985).

B.1.2. Deskripsi Variabel Penelitian

Gambaran responden berdasarkan pengetahuan, secara umum pengetahuan responden adalah cukup 50,85 %, baik 33,90%, sangat baik 1,69%. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden sudah cukup memadai untuk dapat melaksanakan proses asuhan keperawatan dengan baik, karena menurut Mantra (1995) pengetahuan atau kognitif merupakan *domain* yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Selanjutnya Mantra berpendapat salah satu unsur agar dapat berbuat sesuatu adalah pengetahuan, walaupun pada kenyataannya pengetahuan dan sikap yang positif tidak selalu diikuti dengan tindakan, namun demikian jika kita menghendaki sesuatu agar dapat bertahan lebih lama, maka jelas diperlukan pengetahuan yang positif tentang apa yang dikerjakan, sebab perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih abadi dibandingkan dengan perilaku tanpa didasari pengetahuan. Dari deskripsi jawaban diketahui bahwa umumnya responden memiliki pengetahuan yang baik tentang ciri-ciri diagnosa keperawatan (77,97%), sedangkan pengetahuan yang rendah terutama tentang pengertian proses keperawatan 50,85 % menjawab salah.

Dari segi ketrampilan responden dalam melakukan proses asuhan keperawatan diketahui bahwa responden yang mempunyai ketrampilan baik (30%), cukup (27,12%), sangat baik (6,78%) sedangkan responden lainnya 25,42% kurang, 5,08 % sangat kurang. Menurut Timpe (1991) untuk melaksanakan pekerjaan dibutuhkan kemampuan yang meliputi pengetahuan, ketrampilan, kepercayaan dan kecakapan ilmiah. Sehingga apabila pelaksana perawatan memiliki ketrampilan yang

tinggi diprediksi mereka akan melaksanakan pekerjaan yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang mempunyai ketrampilan rendah. Karyawan baru biasanya telah mempunyai kecakapan dan ketrampilan dasar yang dibutuhkan. Mereka adalah produk dari suatu sistem pendidikan dan mungkin pula mempunyai pengalaman yang diperoleh dari rumah sakit lain. Tidak jarang pula para pelaksana perawatan yang baru diterima tidak mempunyai ketrampilan secara penuh untuk melaksanakan tugas pekerjaan mereka. Terhadap mereka mungkin juga memerlukan latihan dan pengembangan lebih lanjut untuk mengerjakan tugas-tugas secara sukses. Menurut Handoko (1985) untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu diperlukan latihan (*training*). Dari deskripsi jawaban responden diketahui bahwa umumnya responden memiliki ketrampilan yang tinggi (76,27%) terutama dalam melakukan pencatatan yang ditulis dengan jelas, ringkas menggunakan istilah yang baku dan benar, sedangkan ketrampilan yang rendah dalam hal pengumpulan data pengkajian melalui wawancara dengan pasien (55,93%).

Dilihat dari motivasi responden dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan diketahui bahwa responden yang memiliki motivasi cukup (50,85%), 11,86% mempunyai motivasi baik, 1,69% mempunyai motivasi sangat baik, sedangkan responden lainnya 28,81% mempunyai motivasi yang kurang, 6,79% sangat kurang. Motivasi kerja yang dimiliki oleh responden merupakan suatu faktor intrinsik individu untuk bekerja yang lebih baik. Menurut pendapat Handoko (1997) bahwa faktor yang mempengaruhi seseorang melaksanakan pekerjaan dengan baik antara lain karena motivasi pelaksana. Dari deskripsi jawaban responden diketahui

bahwa sebagian besar responden menginginkan agar catatan asuhan keperawatan yang mereka buat mendapatkan penilaian dari kepala ruang (30%), sedangkan prosentase terbesar responden yang memiliki skor rendah tentang pekerjaan yang mereka lakukan banyak manfaatnya bagi rumah sakit (54,24%).

Dilihat dari pengarahan yang dilaksanakan oleh kepala ruang khususnya terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan diketahui bahwa pengarahan yang dilaksanakan masih kurang (50,85%), 10,17% sangat kurang, sedangkan 37,29% dilaksanakan dengan cukup, 1,69 % dilaksanakan dengan baik. Dengan memberikan pengarahan berarti kepala ruang telah melakukan bimbingan serta mengendalikan para perawat untuk mencapai tujuan pelayanan perawatan. Untuk melaksanakan pengarahan yang baik, perintah yang diberikan harus merupakan kesatuan perintah tidak simpang siur, informasi yang diberikan harus lengkap (Azwar, 1996). Dari deskripsi jawaban responden diketahui bahwa skor terbesar responden menilai frekwensi yang lebih dari kepala ruang dalam melaksanakan rapat khusus tentang pelaksanaan standar asuhan keperawatan (49,15%), sedangkan prosentase terbesar responden yang memiliki skor rendah adalah tentang frekwensi bimbingan yang dilaksanakan oleh kepala ruang tentang pelaksanaan standar asuhan keperawatan (75,93%).

Dilihat dari pengawasan yang dilaksanakan oleh kepala ruang khususnya terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan diketahui bahwa pengawasan yang dilaksanakan masih kurang (59,32%), 10,17% sangat kurang, sedangkan 30,51% dilaksanakan dengan cukup. Kepala ruang berkewajiban untuk mengawasi

penampilan kerja pelaksana perawatan dan mengambil tindakan jika terjadi penyimpangan dari standar yang telah ditentukan (Swansburg, 1990). Untuk dapat melakukan serta mendapatkan hasil pengawasan yang baik ada beberapa syarat yang harus dipenuhi yaitu sasaran dan tujuan yang ingin dicapai harus jelas, harus mampu melaporkan setiap penyimpangan, harus fleksibel dan berorientasi pada masa depan, harus mencerminkan keadaan organisasi, harus mudah dilaksanakan dan harus mudah dimengerti (Azwar,1996). Dari deskripsi jawaban responden diketahui bahwa skor terbesar responden menilai tentang tingginya frekwensi kepala ruang melakukan pengawasan tentang pelaksanaan standar asuhan keperawatan (42,43%), sedangkan prosentase terbesar responden yang memiliki skor rendah adalah tentang frekwensi pemberitahuan kepada perawat tentang pengawasan yang akan dilakukan oleh kepala ruang sebelum melakukan pengawasan (77,97%).

Dilihat dari supervisi yang dilaksanakan oleh kepala ruang khususnya terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan diketahui bahwa supervisi yang dilaksanakan cukup (49,15%), 3,38% sangat baik, sedangkan 37,29% supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang kurang, 6,78% sangat kurang. Menurut Handoko (1997) supervisi yang dilakukan oleh atasan merupakan salah satu faktor penentu dalam sistem manajemen dengan tujuan memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga bawahan memiliki bekal yang cukup untuk melaksanakan pekerjaan. Prinsip pokok supervisi adalah meningkatkan penampilan bawahan bukan mencari kesalahan bawahan, pelaksana supervisi sebaiknya adalah atasan langsungnya, supervisi harus dilakukan secara teratur dan berkala, strategi dan

tatacara supervisi yang akan dilakukan harus sesuai dengan kebutuhan masing-masing bawahan secara individu (Azwar,1996). Dari deskripsi jawaban responden diketahui bahwa skor terbesar responden menilai frekwensi kepala ruang dalam melakukan supervisi tidak mengamati obyek secara terperinci (33,90%), sedangkan prosentase terbesar jawaban responden yang memiliki skor rendah adalah tentang frekwensi pemberitahuan kepada perawat tentang sasaran supervisi yang akan dilakukan oleh kepala ruang sebelum melaksanakan supervisi (52,54%).

Dilihat dari pelaksanaan standar asuhan keperawatan sebagian besar responden memiliki pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik (55,93%). Dari deskripsi jawaban responden diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki skor yang baik, prosentase jawaban responden terbesar mengenai pembuatan diagnosa keperawatan yang mencerminkan PE / PES (88,14%), sedangkan prosentase jawaban responden terendah mengenai merumuskan tujuan yang mengandung komponen pasien / subyek, perubahan perilaku, kondisi pasien (44,92%). Pelaksanaan standar asuhan keperawatan merupakan perwujudan dari perilaku untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi oleh etika keperawatan dalam lingkup serta tanggungjawabnya (PPNI,1999). Hasil perawatan akan berbeda karena adanya variasi dari pasien dan dari perawatan medis, meskipun menggunakan standar asuhan keperawatan yang sama, variasi hasil asuhan keperawatan terjadi karena menggunakan standar praktek yang tidak sama (Wray, et

al, 1995). Crosby (1986) mengatakan kualitas adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

B. 2. Pembahasan Analisis Bivariat

B.2.1. Hubungan Pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan

Dari hasil analisis deskriptif diketahui bahwa responden dengan pengetahuan baik mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (90%), sedangkan responden dengan pengetahuan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang buruk (100%). Hal ini menunjukkan adanya pola hubungan antara kedua variabel, sedang dari hasil uji korelasi *product moment* diketahui bahwa pengetahuan memiliki korelasi positif, sangat erat dan signifikan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Dari analisa deskriptif diketahui bahwa pelaksana perawatan yang mempunyai pengetahuan baik ternyata sudah pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan (65%) dan pelaksana perawatan dengan pengetahuan kurang ternyata belum pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan (87,5%). Tujuan utama program latihan dan pengembangan dimaksudkan untuk memperbaiki dan meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan sifat-sifat kepribadian (Handoko, 1985).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Yahya (1997) pada pelaksanaan program Quality Assurance di Puskesmas Labuhan Sumbawa, bahwa penyebab tingkat kepatuhan petugas dalam pelayanan Ispa adalah

faktor pengetahuan. Demikian pula penelitian Sudarwati (1998) pada pelaksanaan Imunisasi di Kotamadya Semarang , bahwa makin baik pengetahuan makin patuh petugas imunisasi terhadap petunjuk pelaksanaan imunisasi. Tetapi hasil ini tidak sesuai dengan pendapat Smet (1994) mengenai kepatuhan terhadap perlindungan AIDS, memperoleh hasil bahwa petugas kesehatan yang mempunyai pengetahuan baik tentang AIDS tetapi tidak melaksanakan perlindungan terhadap pasiennya. Demikian pula pada hasil penelitian Haryanto (2001) tentang faktor yang berhubungan dengan kinerja koordinator imunisasi Puskesmas di Kota Semarang memperoleh hasil bahwa pengetahuan tidak berhubungan dengan kinerja koordinator imunisasi.

B.2.2. Hubungan ketrampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan

Dari hasil analisis deskriptif diketahui bahwa sebagian besar responden yang memiliki ketrampilan baik mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik (100%), sedangkan responden dengan ketrampilan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang buruk (100%). Hal ini menunjukkan adanya pola hubungan antara kedua variabel, sedang dari hasil uji korelasi *product moment* diketahui bahwa ketrampilan memiliki korelasi positif dan sangat erat serta signifikan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Dari analisa deskriptif diketahui bahwa pelaksana perawatan yang mempunyai ketrampilan baik ternyata sudah pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan (55,6%) dan pelaksana perawatan yang mempunyai ketrampilan kurang

ternyata belum pernah mengikuti pelatihan (66,7%). Dengan latihan dapat memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu (Handoko, 1985).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Haryanti (1999) pada pelaksanaan Pelayanan Antenatal di Kodya Salatiga, bahwa ketrampilan bidan tidak ada hubungannya dengan kepatuhan bidan pada standar pelayanan antenatal sesuai pedoman buku KIA. Menurut Timpe (1991) untuk melaksanakan pekerjaan dibutuhkan kemampuan yang meliputi pengetahuan, ketrampilan, kepercayaan dan kecakapan ilmiah. Dengan demikian apabila pelaksana perawatan memiliki ketrampilan yang tinggi diprediksi akan melaksanakan pekerjaan dengan lebih baik dibandingkan dengan mereka yang mempunyai ketrampilan rendah.

B.2.3. Hubungan motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan

Dari hasil analisis deskriptif diketahui bahwa responden yang memiliki motivasi baik mempunyai hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik (87,5%), sedangkan responden yang mempunyai motivasi kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang buruk (88,2%). Hal ini menunjukkan adanya pola hubungan antara kedua variabel, sedang dari hasil uji korelasi *product moment* diketahui bahwa motivasi memiliki korelasi positif dan berhubungan cukup erat serta signifikan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Dari analisa deskriptif diketahui bahwa pelaksana perawatan yang mempunyai motivasi yang baik ternyata sudah pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan (50%) dan pelaksana perawatan yang mempunyai motivasi yang kurang ternyata belum pernah mengikuti pelatihan (64,5%). Menurut Handoko (1985) dengan latihan pengembangan dapat meningkatkan motivasi kerja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Ely (2000) tentang pelaksanaan asuhan keperawatan di Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Sleman diketahui bahwa ada hubungan yang positif dan bermakna antara motivasi dengan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Amir (1999) tentang hubungan antara kemampuan, komitmen dan motivasi dengan kinerja dosen tetap Pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Jambi memperoleh hasil bahwa motivasi mempunyai hubungan yang kuat terhadap kinerja dosen ahli madya keperawatan. Penelitian ini mendukung pendapat Handoko (1997) bahwa faktor yang mempengaruhi seseorang melaksanakan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya secara baik antara lain karena motivasi pelaksana. Penilaian Motivasi dengan cara menilai diri sendiri mempunyai kecenderungan untuk menilai diri dengan penilaian yang lebih tinggi dibandingkan dengan penilaian yang dilakukan oleh orang lain. Munculnya motivasi pada seseorang menurut berbagai teori karena yang bersangkutan memiliki kepentingan, memiliki nilai dan sikap tertentu sehingga timbul motivasi.. Keterbatasan Peneliti adalah tidak mengetahui dengan pasti mengapa motivasi timbul dan mau melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar. Pada Uji *Product*

Moment variabel pelaksanaan standar asuhan keperawatan 65 % dapat dijelaskan oleh variabel motivasi sedangkan sisanya 35 % dijelaskan oleh variabel lain. Variabel lain tersebut menurut Gibson (1992) adalah variabel psikologi yaitu persepsi, sikap, kepribadian dan proses belajar, variabel-variabel ini tidak diteliti oleh peneliti .

B.2.4. Hubungan pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan

Dari hasil analisis deskriptif diketahui bahwa sebagian besar responden yang memiliki pengarahan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik (90,9%), sedangkan responden dengan pengarahan sangat kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang buruk (100%). Hal ini menunjukkan adanya pola hubungan antara kedua variabel, sedang dari hasil uji korelasi *product moment* diketahui bahwa pengarahan memiliki korelasi positif dan berhubungan cukup erat serta signifikan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Menurut Azwar (1996) dengan memberikan pengarahan dapat mengendalikan para pekerja dalam melakukan tugas guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Setyowati (1999) untuk menjamin pelaksana keperawatan melakukan pekerjaan yang diberikan , maka para manajer senantiasa harus berupaya mengarahkan dan memotivasi mereka untuk bersikap sebaik-baiknya, sehingga upaya mereka secara individu dapat meningkatkan penampilan kelompok dalam rangka mencapai tujuan.

B.2.5. Hubungan pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan

Dari hasil analisis deskriptif diketahui bahwa sebagian besar responden yang memiliki pengawasan yang cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik (100%), sedangkan responden dengan pengawasan sangat kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang buruk (83,3%). Hal ini menunjukkan adanya pola hubungan antara kedua variabel, sedang dari hasil uji korelasi *product moment* diketahui bahwa pengawasan memiliki korelasi positif dan berhubungan yang kurang erat serta signifikan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Hasil penelitian ini mendukung pendapat Dharma (1991) bahwa dengan melakukan pengawasan maka akan memotivasi karyawan untuk meningkatkan prestasi kerja. Swanburg (1990) berpendapat kepala ruang berkewajiban untuk mengawasi penampilan kerja perawat dan mengambil tindakan jika terjadi penyimpangan dari standar yang telah ditetapkan. Dengan demikian tanpa pengawasan pelaksana perawatan akan menampilkan pekerjaan yang tidak sesuai dengan harapan.

B.2.6. Hubungan supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan

Dari hasil analisis deskriptif diketahui bahwa sebagian besar responden yang memiliki supervisi yang kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik (83,3%), sedangkan responden dengan supervisi sangat kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang buruk (95,5%).

Hal ini menunjukkan adanya pola hubungan yang serasi antara kedua variabel, sedang dari hasil uji korelasi *product moment* diketahui bahwa supervisi mempunyai korelasi positif dan berhubungan yang sangat erat serta signifikan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Hasil ini mendukung apa yang dikembangkan oleh Bautista (1989) bahwa supervisi bertujuan untuk memecahkan masalah-masalah manajemen yang berhubungan dengan pelaksana dan agar dapat melaksanakan supervisi dengan baik diperlukan pedoman supervisi. Demikian pula sesuai dengan Buku Pedoman Supervisi Depkes (1990) bahwa dengan melakukan supervisi maka pelaksanaan pekerjaan akan menjadi lebih baik.

Penelitian Raharjo (1992) yang mengungkapkan hubungan supervisi dengan pelaksanaan kegiatan oleh masyarakat di Posyandu, yang menunjukkan semakin banyak kunjungan lapangan oleh tim puskesmas semakin baik pelaksanaan kegiatan posyandu. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Loevinson et.al (1995) yang menyatakan ada korelasi antara frekwensi supervisi dengan peningkatan kinerja. Supervisi yang sistematis dapat meningkatkan pelayanan secara bermakna.

B.3. Pembahasan Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil uji pengaruh dengan menggunakan analisis regresi linier berganda dengan metode stepwise diperoleh hasil bahwa variabel pengetahuan, motivasi, pengarahan, pengawasan tidak mempunyai pengaruh dengan pelaksanaan

standar asuhan keperawatan. Hanya variabel ketrampilan dan supervisi yang berpengaruh terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Dari hasil penelitian tersebut variabel pengetahuan tidak berpengaruh / tidak dapat dapat dipakai untuk memprediksi pelaksanaan standar asuhan keperawatan, peneliti berasumsi bahwa ada kesenjangan antara pengetahuan yang dimiliki pelaksana perawatan dengan perilaku pelaksana perawatan. Menurut Muchlas (1999) terdapat 5 Jenis manusia yaitu pertama mengerti, mau dan mampu, kedua mengerti mau dan tidak mampu, ketiga mengerti tidak mau dan mampu, keempat mengerti tidak mau dan tidak mampu, kelima tidak mengerti tidak mau dan tidak mampu. Menurut Smet (1994) bahwa pengetahuan yang baik tidak menjamin petugas patuh terhadap ketentuan yang telah ditetapkan. Pendapat senada dikemukakan oleh Mantra (1995) bahwa pengetahuan dan sikap yang positif tidak selalu diikuti dengan tindakan. Demikian pula pendapat Maibach dan Haltgrave Cit. Tulus (1992) bahwa perilaku tidak selalu terjadi tiba-tiba tetapi melalui tahapan, tahapan informasi yang diterima boleh jadi dilanjutkan dengan perubahan perilaku tetapi dapat juga berhenti pada tahap penerimaan informasi. Sedang Berry dan Houston (1993) menyatakan bahwa kinerja merupakan kombinasi kemampuan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan, walaupun memiliki pengetahuan tinggi mungkin tidak seluruh pengetahuannya diaplikasikan kedalam tindakan, sehingga kinerjanya tetap buruk.

Dari analisis regresi berganda diperoleh hasil bahwa ketrampilan berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Semakin tinggi

ketrampilan semakin tinggi hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Menurut Handoko (1985) untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu diperlukan latihan (*training*). Sehingga penulis berpendapat bahwa untuk dapat melaksanakan pekerjaan dengan baik dibutuhkan ketrampilan yang memadai. Seorang karyawan yang memiliki ketrampilan yang tinggi akan mengerjakan tugas dengan baik dan akan memberikan hasil yang lebih baik dari pada karyawan yang memiliki ketrampilan yang rendah.

Dari analisis regresi berganda diperoleh hasil bahwa motivasi tidak berpengaruh terhadap hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Motivasi yang tinggi tidak cukup untuk menghasilkan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik apabila tidak didukung oleh kemampuan yang memadai. Motivasi kerja adalah sesuatu hal yang berasal dari internal individu yang menimbulkan semangat untuk bekerja keras (Muchlas, 1999). Motivasi seseorang untuk bekerja biasanya merupakan hal yang rumit karena motivasi melibatkan faktor individu dan organisasi, faktor individu antara lain kebutuhan (*need*), tujuan (*goal*), sikap (*attitude*) dan kemampuan (*ability*). Faktor organisasi adalah beban kerja, kompleksitas kerja, lingkungan kerja, jenjang kerja, insentif dan fasilitas yang diperoleh (Gomes, 1997). Dalam realita motivasi setiap karyawan berbeda dan setiap orang mempunyai kebutuhan yang berbeda-beda (Siagian, 1995). Dalam penelitian ini motivasi karyawan yang digambarkan hanya faktor intrinsik saja berupa tanggungjawab, prestasi, pekerjaan kreatif dan menantang. Sedangkan dari faktor ekstrinsik tidak tergambarkan sehingga belum menggambarkan motivasi responden secara

keseluruhan, karena setiap responden mempunyai kebutuhan yang berbeda, sehingga tidak diperbolehkan memaksakan kebutuhan seseorang. Dengan demikian motivasi tidak berpengaruh terhadap hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Dari analisis regresi berganda diperoleh hasil bahwa pengarahan tidak berpengaruh terhadap hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Kepala ruang yang melakukan pengarahan dengan baik belum tentu memberikan hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang baik, pengarahan yang hanya diwujudkan dengan kata-kata belum tentu akan dilaksanakan oleh pelaksana perawatan. Pengarahan yang dilakukan kepala ruang menjadi kurang berarti apabila tidak didukung oleh sikap bijaksana dan terbuka dari kepala ruang (84,5%). Dengan gaya kepemimpinan yang bijaksana dan terbuka akan mendorong pelaksana perawatan mentaati pengarahan yang diberikan oleh atasannya. Pengarahan yang disampaikan secara jelas dan mudah dimengerti sangat menentukan pelaksana perawatan dalam melaksanakan perintah, namun apabila kepala ruang sering membuat keputusan yang tidak tepat dan simpang siur (62,71%) akan membuat pelaksana perawatan menjadi ragu dalam bertindak. Dengan demikian pengarahan yang dilakukan oleh kepala ruang menjadi kurang berarti oleh sebab itu pengarahan tidak berpengaruh terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Dari hasil analisis regresi berganda diperoleh hasil bahwa pengawasan tidak berpengaruh terhadap hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang terhadap pelaksana perawatan tidak akan menghasilkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang baik apabila temuan hasil

pengawasan yang dilakukan tidak pernah disampaikan kepada pelaksana perawatan (69,80%), sehingga perawat tidak mengetahui kekurangan / kesalahannya dan tidak mengetahui apa yang harus dilakukan. Demikian pula apabila kepala ruang jarang / tidak pernah melakukan pengawasan terhadap dokumentasi asuhan keperawatan yang dibuat oleh pelaksana perawatan (64,41%) maka kekurangan / kesalahan perawat tidak dapat diketahui. Dengan demikian pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang menjadi tidak berarti, oleh sebab itu pengawasan tidak berpengaruh terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

Dari hasil analisis regresi berganda diperoleh hasil bahwa supervisi berpengaruh terhadap hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan. Apabila supervisi meningkat maka hasil pelaksanaan standar asuhan keperawatan juga meningkat. Supervisi yang sering dilakukan oleh atasan akan mendorong bawahan untuk selalu berusaha memenuhi keinginan dari atasannya dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya.

B.4 KELEMAHAN PENELITIAN

Disadari bahwa dalam penelitian ini masih terdapat banyak kelemahan antara lain :

1. Kelemahan pada rancangan penelitian yang digunakan pada rancangan ini kurang akurat untuk memprediksi kecenderungan pelaksanaan standar asuhan keperawatan.

2. Kelemahan pada alat ukur yang digunakan dan metoda pengukurannya yang digunakan yaitu metoda penilaian diri sendiri yang obyektifitasnya isi jawaban sulit dijaga.
3. Keterbatasan pada subyek penelitian
 - a. Keberanian menyampaikan informasi secara benar dan apa adanya.
 - b. Kemampuan dalam menelaah pertanyaan dan menuangkannya dalam jawaban
 - c. Kecenderungan memperoleh jawaban yang sama dengan temannya.
4. Keterbatasan peneliti
 - a. Profesi peneliti tidak sama sehingga untuk mengungkap informasi yang lebih dalam belum tercapai.
 - b. Kemampuan peneliti untuk meyakinkan responden dalam mengungkap kan jawaban baik melalui kuesioner maupun wawancara mendalam.

Hal-hal tersebut diatas sangat memungkinkan terjadinya bias, namun demikian peneliti berupaya apabila terjadi bias adalah bias yang minimal dengan cara :

- a. Melakukan uji coba kuesioner
- b. Melakukan analisis validitas dan reliabilitas
- c. Menjelaskan maksud dari penelitian agar dipahami oleh responden.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab terdahulu, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pelaksana perawatan yang mempunyai pengetahuan cukup 50,85 % dan 33,90% pengetahuan baik, pelaksana perawatan dengan ketrampilan baik 30,51 dan 27,12 % ketrampilannya cukup, pelaksana perawatan dengan motivasi cukup (50,85%) dan (28,81 %) motivasinya kurang. Kepala Ruang dengan pengarahan kurang (50,85%) dan (37,29 %) pengarahannya cukup, kepala ruang dengan pengawasan kurang (59,32%) dan (30,51%) pengawasannya cukup, kepala ruang dengan supervisi cukup (49,15%) dan 37,29% supervisinya kurang.

Pelaksana perawatan yang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik sebanyak (55,93%) dengan perincian pelaksanaan pengkajian memperoleh skor paling rendah (74,58%), diagnosa memperoleh skor yang tinggi (88,14%), Perencanaan mempunyai skor yang rendah (94,92%), tindakan mempunyai skor yang rendah (88,44%), evaluasi mempunyai skor yang rendah (47,46%) dan catatan asuhan keperawatan mempunyai skor yang tinggi (81,35%).

2. Gambaran deskriptif hubungan antar variabel penelitian diketahui bahwa Responden dengan pengetahuan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (53,3%), responden dengan pengetahuan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (100%). Responden dengan ketrampilan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (53,3%), responden dengan ketrampilan baik mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%). Responden dengan motivasi cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (82,1%), responden dengan motivasi kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (88,2%). Responden dengan pengarahan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (90,9%), Responden dengan pengarahan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60%). Responden dengan pengawasan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60,0%), responden dengan pengawasan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%). Responden dengan supervisi cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%), responden dengan supervisi kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (83,9%). Responden dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik sudah pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan (54,5%) sedangkan responden dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk belum pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan (61,5%).

Responden dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik mempunyai tingkat pendidikan Akper (57,6%) sedangkan responden dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk mempunyai tingkat pendidikan SPK (69,2%).

3. Gambaran korelasi antara variabel bebas dengan variabel terikat diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

Ada hubungan yang bermakna antara ketrampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

Ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

Ada hubungan yang bermakna antara pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

Ada hubungan yang bermakna antara pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

Ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

4. Gambaran pengaruh variabel bebas dengan variabel terikat diketahui bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara pengetahuan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan. ($p = 0,105$, pada $\alpha = 0,05$)

Ada pengaruh yang bermakna antara ketrampilan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

Tidak ada pengaruh yang bermakna antara motivasi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,302$, pada $\alpha = 0,05$)

Tidak ada pengaruh yang bermakna antara pengarahan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,095$, pada $\alpha = 0,05$)

Tidak ada pengaruh yang bermakna antara pengawasan dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,137$, pada $\alpha = 0,05$)

Ada pengaruh yang bermakna antara supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan ($p = 0,000$, pada $\alpha = 0,05$)

B. SARAN

Berdasarkan hasil analisis dan kesimpulan yang didapat dari penelitian, penulis menyampaikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Melihat kenyataan di ruang perawatan diketahui bahwa 52,5% tenaga pelaksana perawatan, mempunyai latar belakang pendidikan SPK. Agar memenuhi syarat sebagai tenaga pelaksana perawatan yang profesional maka pihak rumah sakit perlu meningkatkan pendidikan tenaga pelaksana perawatan dengan cara menyekolahkan pegawai yang pendidikannya belum memenuhi persyaratan.
2. Berdasarkan Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit Tahun 1999 diketahui bahwa untuk dapat menjadi kepala ruang harus memenuhi persyaratan pendidikan Ahli Madya Keperawatan / Kebidanan, namun demikian yang ditemui di Rumah Sakit Ambarawa, 75 % kepala ruang mempunyai pendidikan setingkat dengan SPK, sebaiknya pihak rumah sakit perlu mengupayakan agar sesuai ketentuan dari Depkes. Dan dalam melakukan seleksi pencalonan kepala ruang agar diprioriaskan pada faktor kemampuan kepemimpinan
3. Pihak manajemen perlu mempertimbangkan penyelenggaraan pelatihan mutu asuhan keperawatan, sebab dari hasil penelitian diketahui bahwa 54,5% pelaksana perawatan yang mempunyai pelaksanaan standar asuhan

keperawatan yang baik sudah pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan dan 61,5% pelaksana perawatan yang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang buruk belum pernah mengikuti pelatihan mutu asuhan keperawatan.

4. Pihak manajemen perlu mempertimbangkan dilaksanakannya pelatihan manajemen kepala ruang, sebab dengan lebih mencermati hasil penelitian pada pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang berhubungan dengan pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen diperoleh informasi hasilnya masih kurang dan diketahui bahwa kepala ruang dengan pengarah cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (90,9%), kepala ruang dengan pengarah kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60%). Kepala ruang dengan pengawasan kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan buruk (60,0%), kepala ruang dengan pengawasan cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%). Kepala ruang dengan supervisi cukup mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (100%), kepala ruang dengan supervisi kurang mempunyai pelaksanaan standar asuhan keperawatan baik (83,9%).

DAFTAR PUSTAKA

- Adey,O & Morrow,R. 1996. *Concepts and Methodes for Assesing the Quality of Essentiale Obstetri Care*, International Journal of Health Planning and Management,11,119-134.
- Amir, A. 1999. *Hubungan Antara Faktor Kemampuan, Komitment Dan Motivasi Dengan Kinerja Dosen Tetap Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Jambi*. Tesis tidak dipublikasikan. Program Pasca sarjana universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Azwar, A. 1995. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Yayasan Penerbit IDI, Jakarta.
- 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Bautista, V.A. 1989. *How effective is the PHC Strategy*. Journal of Public Administration, V.33 (2)
- Berry, L.M & Houston, J.P. 1993. *Psychology at Work*. Wm.C. Crown Communication inc. Oxford. England.
- Burgees,L. 1988. *Management Notes for Students in Advanced Nursing Courses*. Sydney : CCHS.
- Christophora, S. 1999. *Konsep Manajemen Keperawatan. dalam Manajemen Keperawatan*. Modul Semester I, Program Studi KARS Program Pascasarjana UI.
- Crosby, P.B.1986. *Quality is Free : The Art of Making Quality Certain*. Mc Graw Hill Book co.New York.
- Dharma, A. 1991. *Manajemen Prestasi Kerja*. Rajawali press, Jakarta
- Dep.Kes.RI, 1990. *Pedoman Supervisi Upaya Kesehatan Puskesmas*. Direktorat Jendral Binkesmas.
- Dep Kes.RI,1999. *Pedoman Uraian Tugas Tenaga Perawatan di Rumah Sakit*.Cetakan ke 2. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Jakarta.
- 1995. *Standar Asuhan Keperawatan*. DepKes RI, Jakarta.

- 1995. *Instrumen Penilaian Evaluasi Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan*. DepKes RI, Jakarta.
- Djojosingito, A. 2000. *Kebijakan Pemerintah dalam Bidang Pelayanan Kesehatan Menyongsong Afta 2003*. Konggres VIII Perhimpunan Rumah sakit seluruh Indonesia tanggal 6- 9 Nopember 2000, Jakarta.
- Donabedian, A. 1990. *Exploration in Quality and Monitoring*, Health Administration Press, An Arbor, Michigan.
- Ely, A. 2000. *Faktor – Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat menerapkan Standar Asuhan Keperawatan pada puskesmas Rawat inap di kabupaten Sleman*. Tesis. Tidak dipublikasikan, Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Gartinah, T.M.N. 2000. *Manajemen Asuhan Keperawatan*. Konggres VIII dan Hospital Expo XIII PERSI, Jakarta
- Gilles, D A. 1989. *Nursing Mangement*. Philadelphia : W.B Saunders Company.
- 1994. *Nursing Management a System Approach*. Philadelphia : WB Saunders Company.
- Gibson, J.L, Ivancevic,J.M & Donnely Jh Jr. 1992. *Organisasi : Perilaku, Struktur, Proses*, jilid I, Erlangga, Jakarta.
- Goetsch, D.I & Davis, S. 1994. *Introduction to Total Quality : Quality, Productivity, Competitiveness*. Engelwood, Clif, N.J Printice Hall International Inc.
- Gomes, F.C. 1997. *Manajemen Sumber daya Manusia*. Andi Offset, Yogyakarta.
- Hadi, S. 2000. *Metodologi Research*. jilid 2. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Handoko, T.H.1997. *Manajemen*. Edisi 2 . BPFE, Yogyakarta.
- 1985. *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia*. Penerbit Liberty, Yogyakarta.
- Haryanti, S. 1999. *Analisis Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Bidan pada standar pelayanan Antenatal dengan berpedoman Buku KIA di Kodia Salatiga*. Tesis tidak dipublikasikan. Program Pasca sarjana Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.

- Haryanto, E. 2001. *Beberapa Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Koordinator Imunisasi Puskesmas Di Kota Semarang*. Skripsi tidak dipublikasikan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Semarang.
- Hasan, I.M. 1999. *Pokok-Pokok Materi Statistik*. Jilid II. Bumi Aksara, Jakarta.
- Husin, M. 1998. Perkembangan Keperawatan sebagai Profesi dan kontribusinya dalam Peningkatan Mutu Pelayanan kesehatan. dalam Seminar Keperawatan di Rumah sakit Jiwa, Lawang.
- Ilyas.Y. 2001. *Kinerja : Teori, Penilaian dan Penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Jakarta.
- Jernigan, D.C & Young, A.P 1983. *Standart, Job discription and Performance Evaluation*. Norwalk : Appleton Century Croft.
- Katz, J & Green, E.1992. *Managing Quality A Guide to Monitoring and Evaluating Nursing Services*. Mosby year book, St Louis.
- Kirk, R & Hoelsing H. 1991. *The Nurses' Guide to Common Sense Quality Management*. S-N Publication Inc, Illinois.
- Kozier, 1991. *Fundamental of Nursing Concept, Process and Practice*. Fourth edition, Eddision- Wesley Publishing Company, Inc, California.
- Kuncoro, T.1997. *Manjemen Mutu Menyeluruh (Total Quality Mangement)*, Modul, MMPK-UGM, Yogyakarta.
- Loevinson, B.P, Guerrero, E.T, Gregorio, S.P. 1995. *Improving Primary Health Care Through Systematic Supervision, Acontrolled Field Trial, Health Policy and Planning*, The Journal of Health Administration, 10:2 144- 153.
- Maibach,E. end Holtgrave, D.R. 1995. *Advances in Public Health Communication*, Annv.Rev. Public Health, 16 : 219
- Mantra, I.B. 1995. *Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*. Depkes RI, Jakarta.
- Mc Closkey, J.C and Grace, H.R. 1990. *Current Issues in Nursing*. 3 rd ed. St Louis : The C.V. Mosby Company.
- Muchlas, M. 1999. *Perilaku Organisasi*. Jilid I, Program Pendidikan Pascasarjana MMR UGM, Yogyakarta.

- Mulyadi. 1977. *Paradigma Baru dalam Pelayanan Kesehatan*. Program Pengembangan Eksekutif Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S. 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, andi offset, Yogyakarta.
- Parwati, D.1999. *Analisis Mutu Pelayanan Keperawatan dari Sudut Pandang Pasien terhadap Kepatuhan Perawat pada Standar Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUP Dr Kariadi Semarang*. Tesis tidak dipublikasikan. Program Pasca Sarjana Universitas Gajah mada. Yogyakarta.
- Pratiknya, A.W. 1986. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, CV.Rajawali, Jakarta.
- PPNI. 1999. *Standar Praktek Keperawatan Perawat Profesional*. DPP PNI, Jakarta.
- Raharjo, R.E. 1992. *Hubungan Supervisi Tim Puskesmas dengan Pelaksanaan Kegiatan Posyandu di Kabupaten Gunung Kidul*. Tesis tidak dipublikasikan. Program Pasca Sarjana Universitas Gajah mada. Yogyakarta
- Robbin, S.P. 1996. *Perilaku Organisasi*. PT Prenhalindo, Jakarta.
- Santoso, S. 2001. *Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. PT Elex Media Komputido, Jakarta.
- Sardiman,A.M. 1989. *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. CV. Rajawali. Jakarta.
- Setyowati, 1999. *Konsep Manajemen Keperawatan. dalam Manajemen Keperawatan. Modul Semester I, Program Studi KARS Program Pascasarjana UI*.
- Singarimbun, M dan Effendi, S. 1989. *Metode Penelitian Survey*. LP3ES, Jakarta
- Siagian, S.P. 1995. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. PT Gramedia Widia sarana Indonesia, Jakarta.
- Sri Werdati, 1993. *Hubungan antara Kepemimpinan dan Kepuasan Kerja serta Kinerja Tim Perawat di Ruang Rawat Inap RSUP.Dr Sardjito*

Yogyakarta. Tesis tidak dipublikasikan. Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada Yogyakarta.

Sudarwati. 1998. *Faktor-faktor yang berpengaruh pada kepatuhan Petugas Imunisasi terhadap Petunjuk Pelaksanaan Imunisasi di Kodia Semarang*. Tesis tidak dipublikasikan, Program Pasca sarjan Universitas gadjah mada, yogyakarta.

Swansburg, R.C 1996. *Management and Leadership for Nurse Managers*. 2nd ed, London : Jones and Bartlett Publishers.

Szilagy A.D. 1984. *Management and Performance*. 2nd ed. Glenview Scott, Foresman and Company.

Tappen, R.M. 1989. *Nursing Leadership and Management*. 2nd.ed. Philadelphia F.A. Davis Company.

Thomas, L.H, Mac millian, J, Mc Coll, E, Priest, J, Hale, C & Bond, S. 1995. *Obtaining Patients Views of Nursing Care to Inform the Development of Patient Satisfaction scale*. International Journal for quality in health care, 7, 153 – 163.

Timpe,A (edit).1991. *Seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis : Memotivasi pegawai*. PT Elex Media Komputindo, Jakarta.

Tulus, M.A. 1992. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Ghalia. Jakarta.

Wijono, D. 1999. *Manajemen Mutu pelayanan kesehatan*. Vol. 1 Airlangga University Press, Surabaya.

Wray, et al.(1995). *Using Administrative Databesis to Evaluate the Quality of Medical care: A Conceptual Framework*. Soc.Sci Med 40:1707-1715.

Yahya, A.F. 1997. *Peningkatan Mutu Pelayanan Ispa di Puskesmas Labuhan Sumbawa*. Medika No 5 Tahun 23.