

ANALISIS PENGARUH PERSEPSI PRODUK
KEBIJAKAN PIMPINAN TERHADAP TINGKAT
KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN
STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM
AMBARAWA KABUPATEN SEMARANG



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

oleh

ACHIYAT
NIM :E4A003009

PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005

Kata Pengantar

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya, sehingga tesis ini dapat kami selesaikan tepat pada waktunya dengan judul “ANALISIS PENGARUH PERSEPSI PRODUK KEBIJAKAN PIMPINAN TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM AMBARAWA KABUPATEN SEMARANG “. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Kesehatan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan terimakasih kepada:

1. dr. Sudiro, MPH, Dr. PH selaku pembimbing utama, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing penulis dari awal sampai dengan selesainya tesis ini.
2. Septo Pawelas Arto, SKM, MARS selaku pembimbing pendamping, yang telah membimbing penulis dari awal sampai dengan tesis selesai.
3. Dra. Atik Mawarni, M.Kes selaku penguji tesis, atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan kepada penulis.
4. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp, M.Sc. selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini.
5. Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang dan staf, yang telah memberikan izin dan membantu selama pendidikan.
6. Seluruh dosen program ilmu kesehatan masyarakat pada program pasca sarjana Universitas Semarang, yang memberikan bekal ilmu untuk menyusun tesis ini.
7. dr. Mujiharto Sido Utomo, MMR. Direktur RSUD Ambarawa beserta staf, khususnya staf pada Instalasi Gawat Darurat yang telah membantu penulis dalam penelitian untuk penyusunan tesis ini.
8. Direktur Rumah Sakit Ungaran beserta staf Instalasi Gawat Darurat yang telah membantu dalam uji kuesioner penelitian.

Selanjutnya penulis senantiasa mengharap saran dan masukan guna perbaikan tesis ini sehingga bermanfaat bagi siapa saja yang membacanya.

Semarang, September 2005

Penulis

ABSTRAKSI

Achiyat

ANALISIS PENGARUH PERSEPSI PRODUK KEBIJAKAN PIMPINAN TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSU AMBARAWA KABUPATEN SEMARANG

Xiv + 111halaman + 28 tabel + 2 gambar + 69 lampiran

Kondisi spesifik Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yaitu harus cepat dalam memberikan pelayanan, cepat dalam mengambil keputusan untuk bisa memberikan tindakan medis cepat, tepat, aman dan efektif dan khususnya tenaga perawat diharapkan masih bisa menerapkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dengan baik.

Pada tiga tahun terakhir ini mulai tahun 2002 di IGD RSUD Ambarawa telah dilakukan upaya-upaya perbaikan manajemen Rumah Sakit yang meliputi penambahan jumlah dokter maupun perawat IGD, insentif perawat IGD terus dinaikkan, buku pedoman pelayanan RS terus menerus disempurnakan beserta sosialisasi dengan baik sudah dijalankan, pelatihan standar asuhan keperawatan kuantitas dan kualitas sudah dilaksanakan, serta sarana dan prasarana RS terus menerus ditingkatkan kemampuannya, namun di IGD RSUD Ambarawa dalam evaluasi terakhir masih dijumpai pergantian shif jaga perawat sering terlambat, tidak mencuci tangan setelah melakukan tindakan medis, WC IGD yang kotor, ditemukan kotoran pasir pada luka setelah mendapatkan tindakan di IGD Sehubungan dengan fenomena tersebut diatas mendorong penulis untuk meneliti tentang pengaruh persepsi produk kebijakan pimpinan terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan .

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh persepsi produk kebijakan pimpinan meliputi peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja dan keadilan terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa .

Penelitian ini adalah penelitian diskriptif analitik dengan pendekatan *Cross sectional*. Jumlah sampel sebesar 15 orang perawat IGD. Pengambilan data menggunakan kuesioner, *Focus Group Discussion (FGD)* .

Hasil pengujian masing-masing variabel persepsi produk kebijakan pimpinan dengan uji *Fisher Exact Probability* terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan SAK yang mempunyai hubungan yang bermakna (*p-value*=0,05) adalah meliputi Peraturan, Pembagian tugas, pemecahan masalah dan target kerja dan hasil pengujian secara bersama –sama dengan analisis regresi logistik binary dan uji statistik multivariat dapat didiskripsikan bahwa :

- a). Perawat IGD yang mempersepsikan Peraturan RS tidak baik akan mempunyai kecenderungan menjadi tidak patuh dalam menerapkan SAK sebesar 18 kali lebih besar daripada perawat yang mempersepsikan peraturan RS baik.

b). Perawat IGD yang mempersepsikan target kerja tidak baik akan mempunyai kecenderungan menjadi tidak patuh dalam menerapkan SAK sebesar 82 kali lebih besar daripada perawat yang mempersepsikan target kerja baik.

Key Word : persepsi produk kebijakan, Standar Asuhan Keperawatan.
Kepustakaan : 34 (1967-2003)

ANALISIS PENGARUH PERSEPSI KEBIJAKAN
PIMPINAN TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN PERAWAT
DALAM MENERAPKAN STANDAR ASUHAN
KEPERAWATAN DI INSTALASIGAWAT
DARURAT RUMAH SAKIT UMUM
AMBARAWA KABUPATEN SEMARANG

Oleh : Achiyat, Sudiro, Septo Pawelas Arso .

ABSTRACT

The Emergency Installation has to be fast in giving services, and in making a decision in order to give a medical action quickly, accurately, safely, and effectively. The nurse has to apply the nursing standard well.

In the recent three years, began in 2002, the Emergency Installation at the Ambarawa hospital had already done improvement of a hospital management which comprised as follows: adding a number of doctors and nurses, increasing an incentive for a nurse, completing and socializing a guide of hospital services, training of the nursing standard, and increasing a number of means. Based on the last evaluation, change of shift was often late, a nurse did not wash a hand after a medical action, toilet was dirty, there was found sand in wound after an emergency action.

The aim of this research was to know the influence of a perception of manager's policy products, which comprised a regulation, a guide, sharing of tasks, problem solving, a target, and equality to the obedience of nurse in applying the nursing standard at the Emergency Installation at the Ambarawa hospital. This was an *observational research* using *cross sectional* approach. Number of respondent was 15 nurses who worked at the emergency unit. Collecting of data used a questionnaire and Focus Group Discussion.

Result of this research shows that a regulation, sharing of tasks, problem solving, and a target have significant relationship with the obedience of nurse in applying the nursing standard. Based on multivariate analysis, the nurse who perceives not good regulation has a risk to be not obedient equal to 18 times in comparison to the nurse who perceives a good regulation. The nurse who perceives not good target has a risk to be not obedient equal to 82 times in comparison to the nurse who perceives a good target.

Key Words : Perception of the Policy Product, and The Nursing Standard

Bibliography : 34 (1967 – 2003)

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
LEMBAR RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Pertanyaan Penelitian	7
D. Keaslian Penelitian	7
E. Tujuan Penelitian	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus.....	8
F. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Pemimpin dan Kepemimpinan.....	11
B. Kebijakan dan Pengambil Kebijakan	14
C. Persepsi	16
1. Pengertian	16
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Persepsi	18
a. Konteks antar Pribadi	18
b. Konteks latar belakang yang lain	18
c. Konteks keorganisasian	19
D. Kebijakan Pimpinan	19
1. Kebijakan Pimpinan yang dipengaruhi dari luar organisasi. 19	
a. Pemerintah Daerah sebagai Regulator.....	19
b. RSUD sebagai potensi penting di pemerintahan daerah 21	
c. Peranan Asuransi	23

d. Pelayanan Kesehatan yang berkualitas	23
2. Kebijakan Pimpinan yang dipengaruhi dari dalam	
organisasi	25
3. Kebijakan Pimpinan yang dipengaruhi oleh Kepribadian. ...	26
a. Pengetahuan	26
b. Keahlian	27
E. Karakteristik Biografik Perawat.....	31
F. Instalasi Gawat Darurat	37
G. Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit	38
H. Landasan Teori	47
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	49
A. Kerangka Konsep	49
B. Variabel Penelitian	50
C. Definisi Operasional Variabel Penelitian	51
D. Hypotesis Penelitian	58
E. Rancangan Penelitian	59
F. Unit Analisis	59
G. Populasi dan Sampling	60
H. Alat Penelitian	61
I. Jalannya Penelitian	61
J. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian	62
K. Pengumpulan Data	65
L. Pengolahan Data	65
M. Analisa Data	66
N. Analisa Kualitatif	69
O. Keterbatasan Penelitian	72
BAB IV HASIL PENELITIAN	73
A. Kelemahan Dan Kekuatan Penelitian	73
B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	75
C. Diskripsi karakteristik responden	77
D. Diskripsi Analisis Univariat Variabel Penelitian	78
E. Diskripsi Analisis Bivariat Variabel Penelitian	86
F. Diskripsi Analisis Multivariat Variabel Penelitian	94
BAB V PEMBAHASAN	98
A. Peraturan	100

B. Pedoman	101
C. Pembagian Tugas	102
D. Pemecahan masalah.....	103
E. Target kerja	104
F. Keadilan	105
G. Kepatuhan dalam menerapkan (SAK)	106
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	109
A. Kesimpulan	109
B. Saran.....	111

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada satu-dua dekade terakhir ini, lingkungan usaha barang dan jasa berubah sangat cepat dan semakin ketat dalam persaingannya. Demikian halnya dengan usaha pada jasa pelayanan kesehatan, seperti adanya tuntutan mutu pelayanan kesehatan yang optimal, perkembangan teknologi kedokteran yang mutakhir, tumbuhnya banyak pesaing-pesaing baru. Untuk dapat bertahan dan bersaing maka diperlukan proses pemberian jasa pelayanan yang tepat, cepat, aman, efisien dan efektif, bermutu serta bersifat *customer value oriented*. Hal ini dapat tercapai melalui upaya perbaikan dan proses pembelajaran yang berkelanjutan dari sumber daya manusia (SDM) yang ada sehingga selalu bisa relevan dengan perkembangan yang terjadi.

Dalam kerangka proses seperti disebutkan di atas, pada organisasi penyedia jasa termasuk di rumah sakit maka peran SDM termasuk tenaga keperawatan, merupakan unsur yang mendasar dan sangat penting. Hal ini sesuai dengan salah satu sifat usaha jasa yaitu tidak dapat dipisahkan (*inseparability*) antara jasa yang diberikan kepada *customer* yang memanfaatkan dengan SDM rumah sakit sebagai *provider*. Oleh karena itu kemampuan dan keterampilan serta komitmen sumber daya manusia yang tidak optimal akan dapat berdampak negatif pada pelayanan yang diberikan.

Di lain pihak semakin disadari pula, supaya organisasi jasa pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuannya secara efisien dan efektif sesuai misi dan visi yang dimiliki maka perlu diperhatikan faktor-faktor

yang dapat mempengaruhinya, salah satunya persepsi bawahan terhadap kebijakan pimpinan.

Menghadapi permasalahan-permasalahan, tuntutan dan tantangan yang ada maka upaya-upaya yang dilakukan oleh pimpinan Rumah Sakit yaitu selalu mengajak, menghimbau dan mendorong serta mengintruksikan semua karyawan, baik melalui pertemuan formal dan non formal supaya mau kerja sesuai dengan visi, misi, filosofi dan tujuan Rumah Sakit. Supaya karyawan meninggalkan sikap kerja yang bersifat rutinitas, diharapkan bisa lebih aktif, lebih kreatif, dan inovatif. Pimpinan Rumah Sakit juga berupaya lebih memberdayakan karyawan dan semua level manajemen pada setiap tahapan proses perencanaan, pelaksanaan kegiatan serta pengawasan/monitoring dan evaluasi, baik pada kegiatan administrasi managerial ataupun teknis pelayanan di Rumah Sakit; berupaya memberi dukungan material maupun dana meskipun terbatas sesuai dengan kemampuan Rumah Sakit untuk kemajuan kegiatan administrasi maupun teknis medis baik di tingkat kelompok kerja, panitia-panitia, tim akreditasi dan komite medis serta kegiatan di tingkat Rumah Sakit.

Di lain pihak, belum semua tenaga fungsional termasuk perawat mau antusias dan mampu berpartisipasi aktif jika dilibatkan dalam proses manajemen rumah sakit. Adapun yang perlu mendapat perhatian dan perlu diperbaiki seperti tingkat kedisiplinan dan tanggung jawab dalam tugas harian, keterlambatan hadir dalam dinas Sikap-sikap yang harus semakin dihilangkan seperti kurang ramah, bertindak kasar atau tidak cepat tanggap.

Pelayanan dan pertolongan kasus gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dewasa ini semakin meningkat jumlahnya, sebagai

akibat modernisasi hasil pembangunan, sarana angkutan, kepadatan penduduk, lingkungan pemukiman serta kemajuan teknologi disegala bidang.

Pada kasus-kasus kegawat daruratan di rumah sakit dilayani oleh Instalasi Gawat Darurat yang mana mempunyai ciri :

1. Memberikan pelayanan 24 jam nonstop tanpa ada hari libur.
2. Lokasi penempatan “paling depan” mudah dijangkau, oleh karena itu IGD dapat dikatakan sebagai pintu gerbang rumah sakit.
3. Instalasi gawat darurat perlu dukungan SDM yang mempunyai gerak pelayanan cepat, tanggap dan ramah, santun dan terampil dalam memberikan pelayanan kepada pasien yaitu oleh tenaga medis, paramedis dan non medis (Dirjen Pelayanan Medik 1999).

Kondisi spesifik di Instalasi Gawat Darurat yaitu harus cepat dalam memberikan pelayanan, cepat dalam mengambil keputusan untuk bisa memberikan tindakan medis cepat, tepat, aman maupun efektif.

Oleh sebab itu diperlukan tenaga dokter dan khususnya tenaga perawat di Instalasi Gawat Darurat dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

Karakteristik Instalasi Gawat Darurat seperti tersebut diatas dapat terpenuhi bila ada perencanaan yang baik, organisasi yang solid dan koordinasi yang baik, keadaan ini dapat segera terlaksana apabila didukung adanya pimpinan / manager Rumah Sakit yang mempunyai dedikasi tinggi terhadap organisasi.

Pada saat ini telah dilakukan upaya-upaya perbaikan-perbaikan manajemen, sarana, prasarana di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Ambarawa yang tercantum dalam tabel dibawah ini :

Tabel 1.1. Manajemen, Sarana dan Prasarana IGD Rumah Sakit Ambarawa

No	Manajemen, Sarana, Prasarana	Tahun 2002	Tahun 2003	Tahun 2004
1.	Jumlah Dokter IGD	6 orang - 2 PNS - 4 Pasca PTT	7 orang - 2 PNS - 5 pasca PTT	9 orang - 3 PNS - 6 pasca PTT
2.	Jumlah perawat IGD	8 orang	12 orang	15 orang
3.	Insentif perawat pelaksana	Rp 300.000,-	Rp 500.000,-	Rp 500.000,-
4.	Pelatihan Asuhan Keperawatan Perawat IGD	8 orang	12 orang	15 orang
5.	Rapat koordinasi IGD	Setiap 3 bln	Setiap 3 bln	Setiap 3 bln
6.	Buku pedoman pelayanan keperawatan di IGD	ada	di revisi	di revisi
7.	Sosialisasi buku pedoman pelayanan keperawatan di IGD	dilaksanakan	dilaksanakan	dilaksanakan
8.	Tempat tidur pasien	10 TT	13 TT	15 TT
9.	Meja trolley	-	-	1 buah meja trolley
10.	Alat steril otomatis	-	-	1 buah

Berdasarkan struktur organisasi yang masih berlaku di RSUD Ambarawa pelaksana perawatan secara administrasi dan fungsional bertanggung jawab kepada kepala ruang, sedangkan kepala ruang secara administratif dan fungsional bertanggung jawab kepada kepala seksi keperawatan. Kepala seksi keperawatan dalam melaksanakan tugas 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 bertanggung jawab langsung kepada direktur rumah sakit.

Sebagai survey awal dalam rencana penelitian ini kami mengadakan wawancara dengan kepala ruang IGD dan juga terjun langsung ke lapangan yang kami lakukan pada 10-1-2005. Dari wawancara dengan kepala ruang IGD RS Ambarawa disampaikan bahwa

masih didapatkan beberapa perawat IGD yang tidak cuci tangan setelah melakukan tindakan pada pasien. Berdasarkan protap yang ada disebutkan bahwa sebelum dan sesudah melakukan tindakan kepada pasien, perawat diharuskan untuk cuci tangan, dan juga dilakukan pengecekan dokumen/status pasien di bagian rekam medis instalasi Gawat Darurat dari kunjungan pasien IGD selama th 2004 diambil secara random sebanyak 60 dokumen pasien dan dari jumlah tersebut didapatkan 15 dokumen pasien tidak lengkap, ini menunjukkan bahwa masih didapatkan pengisian status pasien yang tidak lengkap sebesar 25%.

Dari hasil wawancara dengan kepala ruang IGD dan hasil pengecekan langsung di lapangan tersebut maka peneliti mengembangkan untuk survey lanjutan pada 20-4-2005 :

1. Masih adanya perawat di Instalasi Gawat Darurat tidak disiplin dalam melaksanakan peraturan –peraturan yang dibuat oleh rumah sakit
 - a. Pergantian shif dinas tidak tepat waktu/terlambat datang.
(sumber dari wawancara dengan kepala ruang IGD)
 - b. Masih didapatkan Laporan jaga tidak ditulis dengan jelas dan lengkap (pengamatan langsung dari buku laporan jaga perawat th 2004).
2. Masih dijumpai perawat melakukan penyimpangan/kesalahan dalam hal menerapkan asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat.
 - a. Waktu akan melakukan tindakan menjahit luka robek pada pasien tidak cuci tangan dengan sabun tangan. (wawancara dengan kepala ruang IGD)

- b. Menerima pasien dengan kurang sopan misalnya menanyakan keluhan pasien dengan suara yang terlalu keras. (wawancara dengan kepala ruang IGD)

Survey lanjutan yang kami lakukan pada 22-4-2005 didapatkan :

- a. Masih dijumpai ruangan kamar mandi/WC IGD kotor walaupun sudah ada pembagian tugas (peninjauan lapangan)
- b. Masih dijumpai perawat tidak mau membantu rekan kerjanya bila menemui kesulitan dalam menjalankan tugas keperawatan misalnya memasang infus. (wawancara dengan kepala ruangan)
- c. Masih adanya keluhan dari ruangan poli bedah ditengarai pada pasien yang kontrol luka di poli bedah ditemukan kotoran (pasir) pada luka tersebut yang telah mendapat tindakan di IGD sebelumnya. (wawancara dengan kasi keperawatan)
- d. Perawat senior yang sering datang terlambat tidak mendapat teguran dari kepala ruang IGD. (wawancara dengan kasi keperawatan)

Sehubungan dengan fenomena tersebut di atas mendorong penulis untuk meneliti tentang pengaruh persepsi produk kebijakan pimpinan terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.

B. Rumusan Masalah

Pada saat ini di Instalasi Gawat Darurat sudah dilakukan peningkatan dari jumlah dokter IGD, jumlah perawat IGD, besar insentif perawat IGD, kuantitas dan kualitas pelatihan asuhan keperawatan perawat IGD,

kualitas dan sosialisasi pedoman pelayanan di IGD, maupun sarana dan prasarana di IGD namun masih dijumpai perawat IGD dalam pergantian shif jaga tidak tepat waktu (terlambat), tidak mencuci tangan setelah melakukan tindakan, ruangan WC yang kotor walaupun sudah ada pembagian tugas, perawat kurang ramah terhadap pasien, adanya keluhan dari poli bedah tentang kualitas pelayanan IGD dan perawat senior sering datang terlambat tidak mendapat teguran.

C. Pertanyaan Penelitian

Apakah persepsi tentang produk kebijakan pimpinan berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan tenaga perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

D. Keaslian Penelitian

Sepanjang pengetahuan penulis, penelitian mengenai pengaruh antara persepsi pimpinan terhadap tingkat kepatuhan tenaga perawat di instalasi gawat darurat RSUD Ambarawa belum pernah dilakukan. Cukup banyak penelitian yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tenaga perawat di rumah sakit. Penelitian yang ada keterkaitan dengan penelitian ini dapat disebutkan sebagai berikut:

1. Istanto (2002): Faktor-faktor yang berpengaruh dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh pelaksanaan perawatan di ruang rawat inap RSUD Ambarawa

Hasilnya: Adanya pengaruh yang sangat erat untuk pengetahuan, ketrampilan, supervisi dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Ambarawa.

2. Achmad Ely (2000): Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat menerapkan standar asuhan keperawatan pada puskesmas rawat inap di Kabupaten Sleman.

Hasilnya: Ada hubungan yang positif bermakna sedang antara faktor internal (kemampuan, motivasi, beban kerja, pengalaman kerja, dan pelatihan) dengan kinerja perawat puskesmas rawat inap di Kabupaten Sleman. Juga ada hubungan positif bermakna sedang antara faktor eksternal (iklim kerja, supervisi, gaya kepemimpinan, dan sistem kompensasi) dengan kinerja perawat puskesmas rawat inap di Kabupaten Sleman.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh persepsi tentang produk kebijakan pimpinan terhadap tingkat kepatuhan penerapan asuhan keperawatan tenaga perawat pada IGD RSUD Ambarawa.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui persepsi tentang kebijakan pimpinan yang meliputi: peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa.
- b. Mengetahui gambaran umum tingkat kepatuhan tenaga perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

- c. Menganalisis pengaruh peraturan terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.
- d. Menganalisis pengaruh pedoman terhadap tingkat kepatuhan menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.
- e. Menganalisis pengaruh pembagian tugas terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.
- f. Menganalisis pengaruh pemecahan masalah terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.
- g. Menganalisis pengaruh target kerja terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.
- h. Menganalisis pengaruh keadilan terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.
- i. Mengetahui pengaruh secara bersama-sama peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja, dan keadilan terhadap tingkat kepatuhan perawat menerapkan asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.

F. Manfaat Penelitian

1. Untuk Rumah Sakit Ambarawa

Memberikan masukan bagi pihak manajemen RS untuk dipakai sebagai acuan dalam menentukan kebijakan dan langkah-langkah di masa datang, khususnya dalam upaya menciptakan kepatuhan tenaga

kerja perawat dalam penerapan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

2. Untuk Peneliti

Peneliti dapat mengintegrasikan ilmunya yang telah diperoleh selama pendidikan untuk dapat diterapkan langsung di lapangan khususnya di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ambarawa.

3. Untuk Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Memberikan tambahan wacana akademik tentang persepsi kebijakan dan penerapan standar asuhan keperawatan pada Instalasi Gawat Darurat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pemimpin dan Kepemimpinan

Pemimpin adalah seseorang di dalam kelompok yang memberi perintah dan mengkoordinasikan tugas-tugas yang berkaitan dengan aktivitas kelompok atau orang yang secara serentak mengerjakan fungsi-fungsi pemimpin didalam kelompok apabila pemimpin yang terpilih tidak hadir (Fiedler, 1964)¹. Seorang pemimpin mempunyai kriteria sebagai berikut : 1) ditunjuk oleh organisasi; 2) dipilih oleh kelompoknya; 3) banyak berpengaruh terhadap tugas dalam hal tidak ada pemimpin yang ditunjuk. Sedangkan peran pemimpin menurut Model Quinn (cit. Daniel, 1995) ada 8 (delapan); 1) sebagai motivator; 2) sebagai perantara; 3) sebagai producer; 4) sebagai pengarah; 5) sebagai koordinator; 6) sebagai pengamat; 7) sebagai fasilitator; dan 8) sebagai penasehat.

Memimpin diartikan sebagai pembimbing dan mengarahkan orang lain. Para pemimpin seperti para manajer berperan dalam membawa suatu kelompok untuk mencapai tujuan mereka dengan menerapkan secara maksimum kemampuan yang dimiliki. Kepemimpinan yang dimiliki oleh seorang pemimpin merupakan ciri psikologis yang sudah dibawa sejak lahir dan tidak perlu dipelajari. Saat ini pendapat tersebut banyak sudah ditinggalkan, karena ternyata pemimpin dan kepemimpinan dapat dilatih dan dibentuk secara berencana dan sistematis (Kartono, 1982)².

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk membawa kelompoknya mencapai tujuan kelompok. Pemimpin yang efektif diperlukan bagi perkembangan organisasi atau perusahaan (Wexley dan Yulk 1968)³.

Menurut Yulk (1994)⁴ kepemimpinan telah didefinisikan dalam kaitannya dengan ciri-ciri individu, perilaku, pengaruh terhadap orang lain, pola-pola interaksi hubungan peran, tepatnya pada suatu administratif, serta persepsi oleh orang lain mengenai keabsahan dari pengaruh.

Tannenbaum dkk. (1961) menyatakan bahwa kepemimpinan adalah pengaruh antar pribadi yang dijalankan dalam situasi tertentu serta diarahkan melalui proses komunikasi, kearah satu atau beberapa tujuan. Kepemimpinan merupakan pembentukan awak struktur dalam harapan dan interaksi (Stogdill, 1974)⁵.

Sifat-sifat Pemimpin

Yulk (1994)⁶ menggambarkan pemimpin dalam dua kategori yaitu *consideration* dan *initiating structure*. *Consideration* merupakan gambaran sejauh mana seorang pemimpin bertindak dengan cara ramah dan mendukung, memperlihatkan perhatian terhadap bawahan, dan memperhatikan kesejahteraan bawahan. *Initiating structure* (struktur memprakarsa) merupakan gambaran sejauh mana seorang pemimpin menentukan dan menstruktur perannya sendiri dari bawahan kearah pencapaian tujuan-tujuan formal kelompok. Seorang pemimpin memberi kritik kepada pekerjaan yang jelek, menekankan pentingnya bawahan untuk mengikuti prosedur standar menawarkan pendekatan baru terhadap pemecahan masalah, mengkoordinasi kegiatan-kegiatan bawahan, dan memastikan bahwa bawahan bekerja sesuai dengan batas kemampuannya.

Para teoritis percaya bahwa para pemimpin memiliki ciri-ciri dan sifat-sifat tertentu yang menyebabkan energi pandangan, pengetahuan, dan kecerdasa, imajinasi kepercayaan diri, integritas kepandaian berbicara, pengendalian, dan keseimbangan mental maupun emosional,

bentuk fisik, pergaulan sosial dan persahabatan, dorongan, antusiasme, berani dan sebagainya (Handoko, 1984)⁷.

Perilaku kepemimpinan telah diringkas menjadi tiga jenis perilaku kepemimpinan oleh Likert (1967), yaitu perilaku yang berorientasi pada tugas, perilaku berorientasi pada hubungan, dan perilaku kepemimpinan partisipatif. Perilaku yang berorientasi pada tugas seorang pemimpin menggambarkan bahwa pemimpin yang efektif adalah seorang pemimpin yang tidak menggunakan waktu dan usaha-usahanya dengan melakukan pekerjaan, yang sama seperti bawahannya, melainkan berkonsentrasi pada fungsi-fungsi yang berorientasi pada tugas, misalnya merencanakan dan mengatur pekerjaan, mengkoordinasi kegiatan bawahan, menyediakan peralatan dan bantuan teknis yang dibutuhkan.

Konsep perilaku yang berorientasi pada tujuan pemimpin yang efektif adalah seorang pemimpin yang memberikan penuh perhatian dan mendukung dan membantu para bawahan. Konsep kepemimpinan partisipatif seorang pemimpin yang efektif adalah pemimpin yang turut serta dalam setiap kegiatan yang dilakukan bawahan. Partisipasi pemimpin dapat secara langsung dapat pula secara tidak langsung.

Yulk (1994)⁸ memberikan gambaran bahwa perilaku spesifik pemimpin adalah :1) merencanakan dan mengorganisasi; 2) pemecahan masalah; 3) menjelaskan peran dan sasaran; 4) memberi informasi; 5) memantau; 6) memotivasi dan memberikan informasi; 7) berkonsultasi; 8) mendelegasikan tugas dan wewenang; 9) memberikan dukungan; 10) mengembangkan dan jaringan kerja; 13) pengakuan atas keberhasilan bawahan; dan 14) memberi penghargaan atas jerih payah yang dilakukan bawahan.

B. Kebijakan dan Pengambil Kebijakan

Menurut Kontz et. Al. (1990)⁹, tidak semua penetapan kebijakan dilakukan oleh manajemen puncak, tetapi yang pasti, makin tinggi kedudukan manajer dalam struktur organisasi, makin penting pula peranannya dalam penetapan kebijakan. Hal ini dapat dimengerti karena manajer organisasi adalah pengambil kebijakan/keputusan yang tertinggi. Meskipun para manajer tingkat bawah hanya melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan oleh atasan pada tingkat yang lebih tinggi, namun ada kalanya mereka juga membuat kebijakan sendiri sebagai pedoman mereka dan bawahan mereka.

Kontsz et.al (1990)¹⁰ menyatakan bahwa timbulnya kebijakan dalam suatu organisasi dapat bersumber dari :

- a. Sumber kebijakan yang paling logis adalah manajer puncak yang menetapkannya sebagai pedoman bagi bawahan dalam pelaksanaan tugas-tugas mereka. Kebijakan seperti ini ruang lingkupnya luas, yang memungkinkan bawahan untuk menjabarkannya lebih lanjut. Kadar sentralisasi atau desentralisasi kebijakan tergantung pada kadar pemusatan atau penyebar luasan wewenang (otoritas).
- b. Dalam praktek, barangkali hampir semua kebijakan tertentu berasal dari himbauan yang timbul dari kasus-kasus luar biasa yang dinaikkan kepada hirarki wewenang manajemen.
- c. Kebijakan dapat timbul dari tindakan-tindakan yang dipandang dan diyakini orang-orang sebagai kebijakan, misalnya para karyawan akan segera memahami kebijakan yang sebenarnya kalau mereka bekerja dalam perusahaan yang telah menetapkan kebijakan memproduksi barang-barang berkualitas baik, menjaga kebersihan atau mempromosikan pegawai dari dalam.

d. Kebijakan dapat berasal dari luar (*externally imposed*), misalnya dari pengaruh Pemerintah, kebijakan yang dibatasi oleh peraturan perundang-undangan, persyaratan perolehan bantuan, asosiasi lokal dan regional, kelompok sekolah dan organisasi sosial.

Suatu kebijakan publik, tidak hanya berkaitan dengan satu disiplin ilmu saja, tetapi terkait dengan berbagai disiplin ilmu. Oleh karena itu pendekatannya melibatkan berbagai pihak dalam masyarakat, yang masing-masing pihak mempunyai kepentingan yang berbeda-beda. Kebijakan publik bersifat dinamis karena akan diterapkan kepada masyarakat yang memiliki kecenderungan untuk berubah. Publik yang dimaksud di sini dapat sekelompok orang/masyarakat, lembaga maupun negara. Kerangka *Balance score card* memperluas perspektif yang dituju dalam perencanaan strategi, dari yang hanya ditunjukkan ke sasaran keuangan (*financial objective*) diperluas ke sasaran-sasaran lain yang menjadikan sasaran keuangan lebih berjangka panjang yaitu *customer*, sasaran proses bisnis intern dan sasaran pembelajaran dan pertumbuhan. Jadi empat perspektif yang dicakup dalam rencana strategik terdiri dari *profit*, *product*, *process* dan *people*. Keempat perspektif tersebut harus dalam keadaan seimbang (Mulyadi, 1999)¹¹.

C. Persepsi

1. Pengertian

Persepsi adalah sumber pengetahuan kita tentang dunia yang didefinisikan sebagai proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji dan memberikan reaksi kepada rangsangan panca indera atau data (Pareek 1984)¹². Dari

definisi tersebut dapat diketahui bahwa terjadinya persepsi pada seseorang melalui serangkaian proses yang bertahap .

Proses persepsi yang terjadi secara bertahap pada diri seseorang melibatkan psikologinya sebagaimana yang disampaikan oleh Gibson (1996) bahwa persepsi merupakan proses dari seseorang dalam memahami lingkungannya yang melibatkan pengorganisasian dan penafsiran sebagai rangsangan dalam suatu pengalaman psikologis. Demikianlah bahwa persepsi dari seseorang merupakan suatu bentuk dan pengalaman psikologisnya dalam usaha memahami lingkungan di sekitarnya dengan menggunakan penafsiran yang ada didalam dirinya.

Menurut Robbins (2001)¹³ persepsi sebagai suatu proses dengan mana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indera agar memberikan makna bagi lingkungan mereka.

Keith & Newstron (1993)¹⁴ mengatakan persepsi merupakan pandangan seseorang tentang lingkungan yang dihadapi, di mana reaksinya terhadap sesuatu akan disaring melalui persepsi. Pada umumnya seseorang dalam mempersepsikan lingkungan mereka dalam kerangka yang terorganisasi, di mana telah dibentuk berdasarkan pengalaman dan nilai-nilai pada diri mereka. Masalah, kepentingan dan latar belakang mereka, mengendalikan persepsinya terhadap situasi.

Kreitner & Kinicki (1995)¹⁵ mendefinisikan persepsi :

“Perception is a mental and cognitive process that enables us to interpret and understand our surroundings”. Jadi persepsi merupakan proses sadar yang memungkinkannya dapat melakukan interpretasi dan memahami segala sesuatu yang ada di sekelilingnya. Dengan

demikian pemahaman terhadap suatu obyek dalam proses ini merupakan fungsi yang utama. Karena pemahaman merupakan yang utama dalam persepsi maka kadangkala apa yang dipersepsikan bisa berbeda dari realitasnya. Sebagaimana definisi dari Makmuri (1999)¹⁶, bahwa persepsi merupakan proses kognitif yang kompleks yang dapat memberikan gambaran yang unik tentang dunia yang sangat berbeda dengan realitasnya. Sebagaimana yang dikatakan Wexley & A Yukl (1992)¹⁷, bahwa seseorang memberikan reaksi atau tanggapan sesuai dengan persepsi dirinya terhadap dunianya daripada kondisi-kondisi obyektif di mana mereka sebenarnya berada. Seseorang hanya bisa menggunakan sebagian kecil rangsangan kesadaran (*sensory stimuli*) yang ada pada suatu peristiwa, dan bagian ini diinterpretasikan sesuai dengan harapan, nilai-nilai serta keyakinannya. Dari beberapa pengertian mengenai persepsi, diketahui bahwa nilai subyektivitas seseorang sangat dominan dalam mempersepsikan sesuatu sehingga seringkali asumsi-asumsi tentang persepsi orang lain adalah salah, yang disebabkan asumsi-asumsinya tidak lengkap. Demikian pula yang terjadi pada organisasi, di mana bawahan dapat saja keliru mempersepsikan atasannya atau sebaliknya atasan keliru mempersepsikan bawahannya.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Persepsi seseorang bisa berbeda satu sama lainnya karena ada faktor yang mempengaruhinya. Menurut Pareek (1984)¹⁸, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penafsiran seseorang terhadap rangsangan atau *data perceptual* adalah dimensi konteks.

a. Konteks antar pribadi

Dimaksudkan bahwa hubungan yang terjalin antara penerima rangsangan dengan orang lain dalam suatu keadaan tertentu, akan mempengaruhi penafsiran atas petunjuk-petunjuk yang diterimanya.

Jika sebelumnya, di antara mereka sudah terjalin hubungan antar pribadi yang cukup harmonis dan menyenangkan maka mereka juga cenderung akan dan mempersepsikannya sama seperti dirinya sendiri sedang bila hubungan kurang harmonis di antara mereka maka mereka juga cenderung memandangnya sebagai orang yang berbeda.

b. Konteks latar belakang yang lain

Dimaksudkan bahwa orang-orang yang telah dikenal atau orang yang tidak dikenal terlebih dahulu mempunyai pengaruh yang berlainan terhadap persepsi seseorang. Menurut Pareek (1984)¹⁹, fakta dan informasi yang diberikan orang-orang yang sudah dikenal lebih dapat dipercaya dan cenderung menanggapi informasi tersebut dengan lebih baik. Namun sebaliknya bahwa sering kali menganggap remeh orang lain dan memandangnya dengan sebelah mata pada orang yang belum dikenal sehingga persepsi terhadap fakta dan informasi yang diberikanpun bisa keliru.

c. Konteks keorganisasian

Konteks keorganisasian yang dimaksud adalah suasana kerja atau tempat kerja di mana seorang berada. Suasana kerja yang bersahabat, ramah dan menyenangkan mengakibatkan persepsi atas perilaku orang yang dikaitkan dengan tujuan organisasi lebih tepat. Sehingga menciptakan suatu organisasi dengan

suasana kerja yang ramah dan menyenangkan sangat penting dan perlu diupayakan karena persepsi orang-orang terhadap tujuan organisasi akan lebih baik; akibatnya setiap usaha untuk mewujudkan tujuan organisasi akan lebih mudah diwujudkan.

D.1 Kebijakan pimpinan yang dipengaruhi dari luar organisasi.

a. Pemerintah daerah sebagai regulator

Pembangunan kesehatan merupakan bagian terpadu dari pembangunan sumber daya manusia untuk mencapai tujuan Pembangunan Jangka Panjang Kedua (PJP II), yaitu mewujudkan bangsa yang maju dan mandiri serta sejahtera lahir dan batin.

Dalam Garis Besar Haluan Negara (1993), bidang kesehatan terdapat beberapa butir yang perlu diperhatikan berkaitan dengan bidang pelayanan kesehatan masyarakat, antara lain :

- I. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup manusia, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta untuk mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat.
- II. Pengelolaan kesehatan yang terpadu perlu dikembangkan agar dapat mendorong peran serta masyarakat termasuk dunia usaha, dalam pembangunan kesehatan. Kualitas pembangunan kesehatan perlu ditingkatkan, serta jangkauan dan kemampuannya.
- III. Pengadaan dan peningkatan sarana kesehatan perlu terus dikembangkan. Tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan perlu ditingkatkan kemampuannya.

Sementara itu berbagai tantangan yang kita hadapi dalam PELITA VI atau PJP II yang perlu untuk diantisipasi antara lain adalah :

1. Tuntutan masyarakat yang semakin meningkat terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan mutu yang meliputi; kompetensi teknik, efektivitas pelayanan, hubungan interpersonal, efisiensi, kesinambungan, keamanan, akses kepada pelayanan dan kenyamanan.
2. Teknologi peralatan kesehatan yang terus berkembang sehingga meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.
3. Keadaan lingkungan yang sulit dikendalikan dari pencemaran, sehingga dapat menyulitkan kita dalam menanggulangi penyakit yang disebabkan oleh vektor, penyakit ispa, penyakit degeneratif dan kanker.
4. Perubahan demografis antara lain, meningkatnya jumlah pasangan usia subur yang memerlukan penanganan khusus agar kesehatan keluarga termasuk keluarga berencana dapat ditingkatkan.
5. Masuknya investasi asing di bidang pelayanan kesehatan yang tidak dapat kita hindari.

b. RSUD sebagai potensi penting di pemerintahan daerah.

Otonomi daerah merupakan suatu proses yang memerlukan transformasi paradigmatik dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah. Ditinjau dari aspek ekonomi, perubahan utama terletak pada perspektif bahwa sumber-sumber ekonomi yang tersedia di daerah harus dikelola secara mandiri dan bertanggung jawab serta

hasilnya lebih diorientasikan pada peningkatan kesejahteraan dan pelayanan kepada masyarakat di daerah. Tugas pengelolaan merupakan mandat masyarakat di daerah yang menjadi kewajiban bagi manajemen pemerintahan di daerah untuk melaksanakannya. Hal tersebut terkait dengan perlunya mekanisme pengelolaan keuangan daerah yang efisien dan efektif dalam rangka peningkatan kesejahteraan dan pelayanan kepada masyarakat.

Menyadari pentingnya pelaksanaan otonomi daerah dan desentralisasi fiskal tersebut, maka pemerintah telah mengeluarkan perangkat perundang-undangan untuk mendukung kesuksesan otonomi daerah yaitu dengan mengeluarkan Undang-Undang (UU) No. 22 Tahun 1999, UU No. 25 Tahun 1999, PP No. 25, 28, 104, 105, 106, 107 Tahun 2000. Diharapkan perangkat perundang-undangan di bidang otonomi daerah dan desentralisasi fiskal tersebut akan membawa dampak luas terhadap tata kehidupan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah.

Dalam bidang pembiayaan kesehatan, hal yang penting untuk mendapat perhatian dari UU No. 22 Tahun 1999 dan PP No. 25 Tahun 2000 tersebut adalah bahwa dalam bidang keuangan, semua pembiayaan kesehatan (kecuali yang bersifat khusus) dipusatkan pada Kepala Daerah bersama keuangan sektor lain, dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) yang menggantikan pola lama. Dalam pola DAU maka anggaran kesehatan tidak saja disatukan antara anggaran dari Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, dan sumber lain, tetapi anggaran kesehatan juga disatukan dengan sektor lainnya (pendidikan, pertanian, pekerjaan umum dan sebagainya). Dalam

plot anggaran bersama tersebut, alokasi ke bidang kesehatan akan ditentukan oleh Kepala Daerah bersama DPRD disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan daerah.

Sejak dikeluarkannya PP No. 7 Tahun 1987 tentang penyerahan sebagian urusan pemerintah dalam bidang kesehatan kepada daerah, yang kemudian ditindaklanjuti dengan keputusan bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 48 dan No. 10 Tahun 1988, yaitu tentang petunjuk pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 7 Tahun 1987. Maka Rumah sakit umum yang telah melaksanakan fungsinya di daerah secara otomatis telah diserahkan kepada daerah, di mana pada saat itu masih berfungsi sosial seperti yang dicantumkan dalam sebuah SK Menteri Kesehatan yang menyatakan bahwa Rumah Sakit disediakan untuk masyarakat yang kurang mampu.

Dan perlu diketahui bahwa pendapatan Rumah sakit umum daerah merupakan sumber pendapatan dari Pendapatan Asli Daerah Setempat (PADS). (Wasis Budiarto dan Ristrini)

c. Peranan Asuransi

Pembiayaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di RSUD Ambarawa. Undang-undang Kesehatan No. 23/1992 menyatakan setiap orang berkewajiban untuk ikut serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungannya merupakan modal dasar yang kuat untuk menciptakan warga negara dan masyarakat yang sehat badaniah, rohani dan sosial di tengah masyarakat Indonesia yang terus membangun.

Dalam rangka tujuan tersebut, pemerintah mendorong masyarakat untuk ikut serta aktif melibatkan peran serta masyarakat dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatan dengan melaksanakan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

d. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sebagai tuntutan masyarakat.

Kotler *et al.* (1996)²⁰ mendefinisikan servis sebagai kegiatan yang dapat ditawarkan kepada pihak lainnya, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan seseorang memiliki sesuatu. Gregoire (1994) menggambarkan pelayanan yang berkualitas sebagai penyesuaian terhadap pengharapan pelanggan pada dasar yang konsisten dan hubungan personal antara seorang pelanggan dan seorang karyawan.

Tema-tema umum yang timbul dari literatur-literatur mengenai pelayanan yang mempunyai kualitas adalah organisasi harus membuat dan memelihara suatu pelayanan agar karyawan dapat memberikan pelayanan yang memuaskan secara efektif (Johnson, 1996). Para peneliti pelayanan yang berkualitas, tetapi hanya sedikit yang mengevaluasi dari komponen pelayanan kriteria dari kepuasan konsumen, dan yang paling pokok dari servis itu adalah meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan (Studin, 1995).

Kebijakan pelayanan dari satu organisasi adalah persepsi bersama-sama dari pemegang jabatan tentang apa yang penting bagi organisasi, diperoleh melalui pengalaman pekerjaan dan persepsi mereka atas bermacam-macam perilaku manajemen yang

diharapkan (Johnson, 1996). Sebuah pelayanan yang berkualitas timbul bila persepsi ini diintegrasikan ke dalam suatu tema yang memperlihatkan bahwa pelayanan adalah penting bagi organisasi.

Faktor-faktor yang menentukan kualitas dan kepuasan pelayanan pasien memainkan peranan penting dalam pemilihan suatu penyelenggara pelayanan kesehatan. Atribut yang mendefinisikan kualitas pelayanan dan kepuasan ditemukan pertama kali oleh Parasuraman (Bowers *et al.*, 1994), yaitu meliputi *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *emphaty*, di mana atribut ini dikenal dengan nama SERVQUAL yang hasilnya cukup handal dan dapat dipercaya di dalam lingkungan rumah sakit. Bowers *et al* (1994) melaporkan bahwa dimensi kualitas *reliability* bukanlah prediktor yang signifikan dari kepuasan pelanggan.

D.2 Kebijakan pimpinan yang dipengaruhi dari dalam organisasi.

Kompetensi (Competence) Petugas

Meliputi petugas jaga di Instalasi Gawat darurat : dokter spesialis sebagai dokter konsulen, dokter jaga IGD, perawat IGD, dan petugas administrasi.

Profesional adalah cermin dari kemampuan (*competence*), yaitu memiliki pengetahuan (*knowledge*), ketrampilan (*skill*), bisa dilakukan (*ability*) ditunjang dengan pengalaman (*expereince*). Oleh karena itu, keprofesionalan tidak mungkin muncul tiba-tiba tanpa melalui perjalanan waktu.

Kemampuan karyawan terdiri dari 1) Kemampuan teknis yang dimiliki oleh setiap orang untuk menyelesaikan tugasnya, 2) kemampuan interpersonal (hubungan antar pribadi) dan 3) konseptual, dengan kadar

kebutuhan yang berbeda. Kemampuan teknik adalah kemampuan menggunakan ilmu pengetahuan, metode, teknik dan alat yang diperoleh melalui pengalaman, pendidikan dan pelatihan, untuk melakukan tugas-tugasnya. Kemampuan interpersonal adalah kemampuan menilai orang-orang dan kemampuan dalam bekerja bersama orang, termasuk suatu pengertian tentang motivasi dan penerapan kepemimpinan yang efektif. Kemampuan konseptual adalah kemampuan mengetahui kekompleksan organisasi keseluruhan dan peranan dirinya dalam organisasi.

D.3 Kebijakan pimpinan yang dipengaruhi oleh kepribadian.

a. Pengetahuan

Keahlian teknologi seringkali memberikan kemampuan kepada seorang pemimpin untuk memimpin suatu organisasi. Kajian terhadap sebelas peneliti yang dilakukan antara tahun 1904 dan 1947 (Bass 1981) menemukan bahwa semua penelitian itu menilai pengetahuan yang terspesialisasi sebagai kontributor utama terhadap status kepemimpinan.

Dalam studinya mengenai kepemimpinan, Kenneth Labich (1988) menyimpulkan bahwa menjadi seorang ahli (yang melibatkan pengetahuan mengenai produk perusahaan) adalah penting bagi kepemimpinan efektif dan bisa didapatkan lewat pengalaman.

Selain memberikan kemajuan teknologi terhadap perusahaan, adanya keahlian seperti ini juga memungkinkan pemimpin untuk memahami para bawahannya secara lebih baik berkenaan dengan masalah-masalah teknis. Pemahaman ini pada gilirannya akan mendorong aspek interpersonal dari kepemimpinan yang akan dibahas kemudian.

Dengan demikian, sementara mempunyai keahlian teknologi itu sebagai suatu keuntungan atau bahkan diperlukan dalam beberapa posisi kepemimpinan, namun keahlian ini tidak memadai untuk membuat seseorang menjadi pemimpin yang efektif.

Pengalaman seorang pemimpin merupakan basis bagi pengetahuannya yang bisa merangsang intelektualitas dan meluaskan pemahaman para bawahannya terhadap masalah-masalah organisasi. Bass menunjukkan bahwa rangsangan intelektual tidak semata-mata mengarah pada pengetahuan akademis tapi “tumbuh dan berkembangnya kesadaran terhadap problem dan pemecahan problem, pemikiran, imajinasi, keyakinan dan nilai-nilai dari para pengikut” (1985, h.99). Ini merupakan proses memotivasi dan menuntun para bawahan.

b. Keahlian

b.1 Keahlian Interpersonal

Keahlian hubungan antar manusia (*people skills*) penting sekali karena kepemimpinan merupakan suatu relasi yang bergantung pada interaksi antara seorang pemimpin dan para pengikut. Keahlian interpersonal juga amat penting dalam proses memberi inspirasi kepada orang-orang lain untuk ikut mengimplementasikan visi. Sikap acuh terhadap orang-orang lain, berdasarkan penelitian yang diadakan oleh Center for Creative Leadership (McCall dan Lombardo 1983), merupakan penyebab utama tergelincirnya para eksekutif yang pada mulanya sukses. Sebaliknya, para pemimpin sukses pada umumnya mempunyai keahlian interpersonal yang amat kuat, mampu berurusan dengan orang banyak, dan diplomatis serta penuh perhitungan (Bennis

dan Nanus 1985; Cox dan Cooper 1988; Gabarro 1987; Howard dan Bray 1988; McCall dan Lombardo; Yukl 1989).

Salah satu faktor interpersonal yang mempengaruhi kepuasan para bawahan dan efektivitas kepemimpinan adalah perhatian yang ditunjukkan pemimpin tersebut. Kajian kepemimpinan dari Ohio State University dan University of Michigan (Yukl 1989) mendefinisikan perhatian sebagai derajat yang ditampakkan pemimpin dalam hal

- ❑ Bertindak dengan sikap bersahabat dan suportif;
- ❑ Menunjukkan kepedulian terhadap para bawahan;
- ❑ Memperhatikan kesejahteraan para bawahan;
- ❑ Menunjukkan kepercayaan dan rasa percaya diri;
- ❑ Berusaha untuk memahami problem-problem para bawahan;
- ❑ Membantu perkembangan para bawahan menuju jenjang karir yang lebih tinggi dan
- ❑ Memasok informasi pada para bawahan;

Keahlian interpersonal lainnya juga penting dalam upaya para pemimpin untuk mengkomunikasikan visi mereka, membujuk orang lain untuk bergabung dalam jaringan mereka, dan memperoleh dukungan dari para anggota grup. Keahlian ini antara lain:

- ❑ Mendengarkan;
- ❑ Berkomunikasi lisan;
- ❑ Membangun jaringan;
- ❑ Manajemen konflik; dan
- ❑ Menaksir diri dan orang lain. (Bray, Campbell, dan Grant 1974; Dunnette 1971; Kotter 1982; Yukl 1989)

b.2 Keahlian Manajemen dan Kompetensi

Keahlian administratif adalah vital dalam melaksanakan fungsi-fungsi manajemen tradisional yang mendukung aktivitas harian sebuah organisasi. Keahlian ini meliputi keahlian dalam menyelesaikan persoalan, pembuatan keputusan, penetapan sasaran dan perencanaan (Boyatzis 1982; Howard dan Bray 1988; Kotter 1982). Ketika sedang mengimplementasikan suatu visi dan sedang menerjemahkan secara langsung visi itu ke dalam aktivitas harian organisasi maka pada dasarnya seorang pemimpin sedang mengemban peran administratif atau manajerial yang lebih besar. Keahlian-keahlian administratif tidak sama dengan gaya manajemen. Keahlian ini merupakan kompetensi yang memungkinkan para pemimpin menyelenggarakan tugas-tugasnya dalam gaya apapun yang mereka pilih.

Pemimpin yang berpengalaman dalam sebuah perusahaan atau industri seringkali menggunakan intuisinya (atau pengetahuan bawah sadar yang berdasarkan pada pengalaman masa lampau) untuk menyelesaikan problem-problem yang sudah tidak asing lagi. Untuk problem-problem yang lebih berat, memang membutuhkan teknik-teknik yang diformalisasi, seperti metode analisis problem dari Kepner dan Tregoe (1981).

Kategori keahlian manajemen efektif dikembangkan oleh Boyatzis (1982) menggabungkan keahlian-keahlian dalam memecahkan persoalan, termasuk pemikiran logis dan konseptualisasi. Penggunaan yang efektif dan keahlian ini digambarkan oleh salah seorang manajer sebagai berikut:

Vroom dan Jago (1988)²¹ menemukan bahwa para pemimpin dan manajer efektif lebih memungkinkan dibandingkan dengan mereka yang tidak efektif dalam menggunakan partisipasi bawahan secara layak ketika mereka sedang mengambil keputusan. Efektivitas dari partisipasi bawahan dipengaruhi oleh :

- ❑ Pengetahuan yang dimiliki bawahan relevan dengan isu yang sedang dibahas;
- ❑ Kebersamaan nilai-nilai bawahan terhadap organisasi;
- ❑ Adanya waktu yang cukup untuk melibatkan para bawahan secara layak; dan
- ❑ Apakah para bawahan cenderung menolak solusi bila mereka tidak diajak konsultasi.

b.3 Kemampuan

Kemampuan kognitif (intelegensia) merupakan asset bagi para pemimpin karena mereka mesti menghimpun, mengintegrasikan, dan menginterpretasi begitu banyak informasi. Bahkan jika memanfaatkan komputer, sebagaimana yang lazim terjadi dewasa ini, pemrosesan informasi tetap membutuhkan kemampuan kognitif yang kuat. Tuntutan terhadap kemampuan kognitif telah meningkat dengan cepat seiring pesatnya perkembangan teknologi. Para pemimpin membutuhkan kemampuan kognitif yang amat tinggi untuk memformulasikan strategi yang paling memadai, memecahkan berbagai problem, dan membuat keputusan yang tepat.

Pemimpin sering dicirikan sebagai pribadi yang pintar dan mahir secara konseptual (Boyatzis 1982; Yukl 1989), tapi tidak harus brilian (Bass 1981, 1985; Howard dan Bray 1988). Kotter²²

mengidentifikasi bahwa seorang pemimpin harus memiliki “Pikiran yang tajam” (1982, 1988) yang berarti mempunyai :

- ❑ Kemampuan analisis yang kuat;
- ❑ Penilaian yang akurat;
- ❑ Kapasitas untuk berpikir strategis;
- ❑ Kemampuan untuk berpikir multidimensional; dan
- ❑ “Intelegensia yang di atas rata-rata”, tapi tidak harus jenius.

Korelasi antara intelensia individu dan apakah mereka dianggap sebagai pemimpin telah disimpulkan oleh Lord, Devader, dan Alliger (1986) sebagai signifikan berdasarkan data-data statistik. Mereka menyimpulkan bahwa “inteligensia merupakan karakter kunci dalam menjamin persepsi-persepsi kepemimpinan.”

Kemampuan kognitif hanya sebagian yang diperoleh dari faktor keturunan. Jadi masih terbuka kemungkinan bahwa kemampuan kognitif bisa dikembangkan lebih jauh lewat usaha dan ketekunan.

E. Karakteristik Biografik Perawat

1. Umur

Kedewasaan seseorang dapat dilihat dari usia seseorang yang merupakan salah satu faktor untuk memenuhi kemampuan, pengetahuan, persepsi, tanggung jawab dalam bertindak, berpikir serta mengambil keputusan.

Faktor usia merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan, mengingat hal tersebut mempengaruhi kekuatan fisik dan psikis seseorang serta pada usia tertentu seorang karyawan akan mengalami perubahan potensi kerja. Tenaga kerja yang lebih senior

cenderung lebih baik persepsinya karena mereka lebih mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan berdasarkan pengalamannya. Mereka cenderung lebih stabil emosinya sehingga secara keseluruhan dapat bekerja lebih lancar, teratur dan mantap (Davis, 1984)²³.

2. Jenis kelamin

Berkaitan dengan jenis kelamin, Muchlas (1994) berpendapat bahwa dalam berbagai penelitian dapat dikatakan bahwa secara umum tidak ada perbedaan yang signifikan dalam produktivitas kerja.

Stephen P Robbin (2001)²⁴ berpendapat bahwa perbedaan yang nyata antara pria dan wanita yang berpengaruh terhadap kinerja adalah tidak ada perbedaan yang konsisten pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar. Sementara itu wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan harapan untuk sukses walaupun perbedaan itu sangat kecil

3. Masa Kerja

Dalam hal pengalaman kerja atau senioritas, Muchlas (1994)²⁵ mengemukakan sampai saat ini belum dapat diambil kesimpulan yang meyakinkan, bahwa pengalaman kerja yang lama akan dapat menjamin bahwa mereka lebih produktif daripada karyawan yang belum lama bekerja. Namun Luthans dalam Mustar (1999)²⁶ berpendapat bahwa karyawan baru cenderung kurang puas dibandingkan dengan karyawan yang lebih senior.

Masa kerja adalah lamanya bekerja, berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang telah didapat selama menjalankan tugas. Mereka yang berpengalaman di pandang lebih mampu dalam

pelaksanaan tugas, makin lama masa kerja seseorang, kecakapan mereka akan lebih baik karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya (Agus, 1992).

Masa kerja seseorang dalam suatu organisasi dapat menjadi suatu tolok ukur loyalitas karyawan dalam bekerja serta menunjukkan masa baktinya untuk organisasi. Semakin lama masa kerja seseorang dapat diasumsikan bahwa orang tersebut lebih berpengalaman dan lebih senior di dalam bidang yang ditekuninya.

4. Pendidikan

Upaya untuk tercapainya kesuksesan di dalam bekerja dituntut pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang dipegangnya (LAN RI, 1993). Pendidikan merupakan suatu bekal yang harus dimiliki seseorang dalam bekerja, di mana dengan pendidikan seseorang dapat mempunyai suatu ketrampilan, pengetahuan serta kemampuan. Dengan tingkat pendidikan yang memadai diharapkan seseorang dapat lebih menguasai pekerjaan yang dibebankan kepadanya karena keterbatasan pendidikan akan mempengaruhi seseorang dalam menentukan dunia kerja yang diinginkannya. Pendidikan saat ini dirasakan sebagai suatu kebutuhan yang mendasar bagi setiap karyawan. Dengan semakin berkembangnya dunia bisnis maka karyawan dituntut untuk memiliki pendidikan yang tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan karyawan maka dapat diasumsikan lebih memiliki pengetahuan, kemampuan serta ketrampilan tinggi.

Gilmer dalam Frazer (1992), mengatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang berpikir secara luas, makin tinggi daya inisiatifnya dan makin mudah pula untuk

menemukan cara-cara yang efisien guna menyelesaikan pekerjaannya dengan baik.

5. Kepangkatan

Handoko (1995)²⁷ berpendapat bahwa dalam melakukan tugas dan tanggung jawabnya, seseorang membutuhkan jabatan. Melalui penggunaan suatu proses yang disebut analisa jabatan, organisasi menentukan ketrampilan-ketrampilan, tanggung jawab, pengetahuan, wewenang, lingkungan, dan antar hubungan yang terlibat dalam setiap jabatan. Di mana dalam analisa jabatan tersebut terdapat deskripsi jabatan yaitu pernyataan-pernyataan tertulis yang meliputi tugas-tugas, wewenang, tanggung jawab dan hubungan-hubungan lini (baik ke atas maupun ke bawah) dan spesifikasi jabatan yang merupakan pernyataan-pernyataan tertulis yang menunjukkan kualitas minimum karyawan yang dapat diterima agar mampu menjalankan suatu jabatan dengan baik.

6. Pelatihan

Pelatihan adalah suatu upaya sistematis untuk mengembangkan sumberdaya manusia baik perorangan, kelompok maupun organisasi yang diperlukan untuk tugas waktu sekarang dan untuk mempersiapkan masa depan serta dapat menanggulangi masalah-masalah yang timbul di kedua waktu tersebut (Depkes 1990)²⁸. Menurut Syarif (1987)²⁹ mengatakan bahwa pelatihan adalah suatu proses untuk membantu tenaga kerja membentuk, meningkatkan dan mengubah pengetahuan, ketrampilan, sikap dan tingkah laku agar dapat mencapai standar tertentu sesuai dengan apa yang dituntut oleh jabatannya.

Menurut Van Dersal (1986)³⁰ pelatihan atau *training* merupakan proses mengajar dan memberikan pengetahuan atau mendidik orang sehingga dapat menjadi cakap dalam mengerjakan pekerjaannya dan dapat menjadi cakap kalau bekerja didalam kedudukan yang sulit serta mempunyai tanggung jawab lebih besar.

Latihan harus mempunyai dua proses, meliputi seseorang yang harus mengajar dan seseorang harus belajar sehingga problema latihan adalah problema belajar dengan arah pengembangan keahlian dalam suatu pekerjaan atau organisasi tertentu.

7. Status Kepegawaian

Dengan status kepegawaian yang jelas karyawan mempunyai motivasi untuk bekerja lebih baik daripada karyawan yang status kepegawaiannya yang tidak jelas.

8. Kepercayaan terhadap pimpinan

Kepercayaan tampaknya merupakan atribut utama yang diasosiasikan dengan kepemimpinan. Sesungguhnya, jika anda melihat kembali ke pembahasan kita tentang karakter, ternyata kejujuran dan keterpaduan termasuk dalam enam karakter yang paling konsisten diasosiasikan dengan kepemimpinan. Tampak semakin jelas bahwa adalah tidak mungkin untuk memimpin orang yang tidak percaya pada Anda.

Seperti dikemukakan seorang penulis: "Bagian dari tugas pemimpin adalah, dan terus menerus adalah, bekerja dengan orang untuk menemukan dan menyelesaikan masalah, namun apakah pemimpin memiliki akses ke pengetahuan dan pemikiran kreatif yang mereka butuhkan untuk menyelesaikan masalah tergantung pada

berapa banyaknya mereka. Kepercayaan dan sifat dapat dipercaya mengatur akses ke pengetahuan dan kerja sama.

Bila pengikut mempercayai seorang pemimpin, mereka bersedia berkorban bagi tindakan pemimpin – percaya bahwa hak dan kepentingan mereka tidak akan disalah-gunakan. Orang tidak mungkin menganggap atau mengikut seseorang yang mereka anggap sebagai tidak jujur atau yang mungkin memanfaatkan mereka. Kejujuran, misalnya konsisten mendapat peringkat paling puncak pada daftar ciri yang paling dikagumi dalam diri pemimpin mereka. “Kejujuran sangat hakiki bagi kepemimpinan. Jika orang ingin mengikuti seseorang secara sukarela, apakah itu ke medan pertempuran atau ke ruang dewan, mereka pertama-tama ingin meyakinkan diri bahwa orang itu pantas mendapat kepercayaan mereka.

Sekarang, lebih dari yang pernah ada, keefektifan manajerial dan kepemimpinan tergantung pada kemampuan untuk mendapatkan kepercayaan dari para pengikut. Sebagai contoh, perekrutan ulang, perampingan dan meningkatnya penggunaan karyawan tidak tetap telah merusak banyak kepercayaan karyawan terhadap manajemen. Satu survei terbaru tentang karyawan oleh sebuah perusahaan di Chicago menemukan 40 persen setuju dengan pernyataan: “Saya sering tidak percaya pada apa yang dikatakan manajemen,” Dalam zaman perubahan dan instabilitas, orang berpaling ke hubungan pribadi sebagai pedoman; dan mutu dari hubungan ini umumnya ditentukan oleh tingkat kepercayaan. Lagipula, praktik manajemen kontemporer seperti pemberian kuasa

dan penggunaan tim kerja menuntut bahwa kepercayaan harus efektif.

F. Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penganggulangan penderita gawat darurat yang perlu diorganisir. Instalasi Gawat Darurat harus dapat: 1) Mencegah kematian dan cacat pada penderita gawat darurat hingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya, 2) Merujuk penderita gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai, 3) Ikut menanggulangi korban bencana pada masyarakat. Peranan Instalasi Gawat Darurat sangat penting di dalam pelayanan kesehatan karena instalasi ini memberikan pelayanan khusus kepada penderita gawat darurat selama 24 jam setiap harinya (Departemen Kesehatan RI, 1995)³¹.

Menurut Azwar (1994)³² salah satu kegiatan rumah sakit yang berkaitan dengan fungsi pelayanan adalah menyelenggarakan pelayanan gawat darurat. Dengan sifat khusus yang dimiliki, pelayanan gawat darurat tersebut umumnya dilaksanakan dalam satuan organisasi khusus yang disebut Instalasi Gawat Darurat, dan merupakan unit pelaksana teknis fungsional rumah sakit di bawah direktur yang menunjang kegiatan pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang sifatnya segera untuk kasus-kasus yang gawat dan atau darurat (Pemda kabupaten Semarang 1996).

Keberhasilan penganggulangan penderita gawat darurat di dalam mencegah kematian dan kecacatan ditentukan oleh : 1) Kecepatan menemukan penderita gawat darurat, 2) kecepatan meminta pertolongan, 3) kecepatan dan kualitas pertolongan yang diberikan di tempat kejadian, di dalam perjalanan menuju dan sampai ke rumah sakit.

G. Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit.

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)³³.

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.

1. Asuhan Keperawatan

Keperawatan menurut hasil Lokakarya Nasional Keperawatan 1983 (Pusdiknakes, 1989)³⁴ adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional yang merupakan bagian integral dari

pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Keperawatan menurut Effendy (1995)³⁵ adalah pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat terhadap individu, keluarga dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan. Pelayanan yang diberikan adalah upaya mencapai derajat kesehatan semaksimal mungkin sesuai dengan potensi yang dimiliki dalam menjalankan kegiatan di bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan menggunakan proses keperawatan.

Asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga keperawatan. Tenaga tersebut terdiri dari berbagai jenis dan mutu jumlahnya relatif banyak jika dibandingkan dengan tenaga kesehatan lain. Mutu asuhan keperawatan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dan bahkan sering menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat.

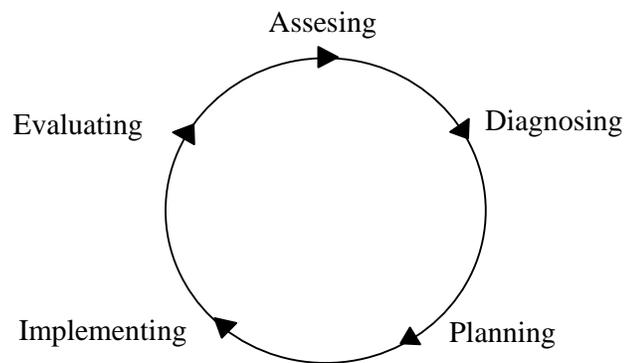
Asuhan keperawatan menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan 1992 adalah suatu proses/rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan proses keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan (Wijaya, 1994)³⁶.

Asuhan keperawatan menurut Gartinah (1994)³⁷ adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan oleh seorang perawat kepada klien/pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan

metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan yang dilandasi etika dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Menurut Yura dan Wals (1988) proses keperawatan adalah tindakan berurutan yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah pasien, membuat perencanaan untuk mengatasinya, melaksanakan rencana itu atau menugaskan kepada orang lain untuk melaksanakannya dan mengevaluasi keberhasilan secara efektif terhadap masalah yang diatasinya.

Menurut Koziar dkk (1991)³⁸ proses keperawatan adalah aktifitas yang ilmiah dan rasional yang dilakukan secara sistematis, terdiri dari 5 tahap, yaitu: pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian. Model proses keperawatan dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. The Nursing Process (Koziar dkk, 1991) hal. 167

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik mental, sosial, dan lingkungan.

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian tentang status kesehatan klien/pasien. Menurut Gordon (1987) diagnosa keperawatan adalah diagnosa yang dibuat oleh perawat profesional, menggambarkan tanda dan gejala yang menunjukkan masalah kesehatan yang dirasakan klien/pasien.

Menurut Effendy (1995)³⁹ perencanaan keperawatan adalah suatu catatan yang ada tentang rencana intervensi atau tindakan keperawatan. Rencana keperawatan merupakan mata rantai antara kebutuhan pasien dan pelaksanaan tindakan keperawatan, dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk teknis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan oleh perawat terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan.

Perencanaan/implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah ditentukan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal.

Penilaian/evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan yang melibatkan pasien dan tenaga kesehatan. Penilaian dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam melaksanakan rencana tindakan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses 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 sistim 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 institusi 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 pelaksanaan 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, pasien bertambah banyak,

pemasukan dana bertambah, kesejahteraan karyawan meningkat, motivasi karyawan meningkat, kinerja karyawan meningkat demikian seterusnya sehingga merupakan suatu siklus yang terus berulang.

2. Standar Asuhan Keperawatan

Donabedian (1990)⁴⁰ menyebutkan bahwa standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai yang diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan. Menurut Stevens (1983) standar mempunyai dua pengertian, yaitu: pertama sebagai kriteria keberhasilan dan kedua sebagai dasar untuk mengukur peristiwa atau perilaku.

Menurut Azwar (1994)⁴¹, pengertian standar pada dasarnya adalah menuntut pada tingkat ideal yang dapat dicapai. Selanjutnya menurut Gillies (1994)⁴², menjabarkan standar sebagai pernyataan deskriptif tentang tingkat penampilan yang dipakai untuk kualitas struktur, proses, dan hasil. Standar dapat diukur dengan menggunakan suatu indikator. Indikator atau tolok ukur adalah suatu ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Azwar, 1994)⁴³.

Standar asuhan keperawatan adalah suatu pernyataan yang menguraikan kualitas yang diinginkan terkait dengan pelayanan keperawatan terhadap klien (Gillies, 1994)⁴⁴. Menurut Mc. Closkey and Grace (1990), standar asuhan keperawatan adalah upaya memberikan asuhan dan bimbingan langsung pada perawat untuk melaksanakan praktek keperawatan.

Departemen Kesehatan RI (1990)⁴⁵ menyatakan bahwa standar asuhan keperawatan adalah alat ukur kualitas asuhan keperawatan yang berfungsi sebagai pedoman atau tolok ukur dalam pelaksanaan

praktek keperawatan. Dengan demikian dari definisi-definisi tersebut di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa standar asuhan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan pelaksanaan proses keperawatan yang merupakan pedoman/tolok ukur bagi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas terhadap pasien guna mengenal masalahnya, mencari alternatif pemecahan masalah dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar manusia.

Mutu asuhan keperawatan menurut ANA (American Nurse Association) dalam Gillies (1994) adalah kepatuhan terhadap standar praktek keperawatan. Standar praktek keperawatan telah dikembangkan oleh ANA ada dua *type*, yaitu: Standar praktek keperawatan, meliputi: (a) perawat mengkaji data kesehatan, (b) perawat menganalisa data dan menentukan diagnosis keperawatan, (c) perawat mengembangkan hasil yang diharapkan pasien, (d) perawat mengembangkan rencana tindakan keperawatan untuk mencapai hasil yang diharapkan, (e) perawat melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana keperawatan, (f) perawat mengevaluasi perkembangan pasien menuju pencapaian hasil. Standar kinerja profesional, meliputi: (a) perawat mengevaluasi secara sistematis mutu dan keefektifan praktek keperawatan, (b) perawat mengevaluasi dirinya dalam praktek keperawatan hubungannya dengan standar praktek keperawatan, (c) perawat menggunakan konsep pengetahuan, ketrampilan dalam praktek keperawatan, (d) perawat mendukung pengembangan profesionalisasi di antara sesama perawat, (e) perawat memutuskan dan melakukan tindakan untuk kepentingan pasien dengan memperhatikan etika sopan santun, (f)

perawat bekerjasama dengan pasien dan tim tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan keperawatan, (g) perawat melakukan penelitian dalam praktek keperawatan, (h) perawat mempertimbangkan faktor-faktor yang berhubungan dengan keselamatan keefektifan biaya dalam pelaksanaan keperawatan.

Pendapat tentang keterkaitan input, proses, output dengan mutu disampaikan oleh Donabedian (1990) bahwa dalam proses peningkatan mutu diperlukan 3 jenis standar, yaitu: input, proses, dan output. Mutu mempunyai 2 sisi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu: Kepatuhan terhadap mutu standar, meliputi: (a) standar masukan, contoh: standar tenaga, prasarana, metoda, peralatan, (b) standar proses, seperti: proses pelayanan perawatan, medis dan administrasi, (c) standar hasil, seperti: kesembuhan pasien, kematian, lama dirawat dan kepuasan pasien. Kepatuhan terhadap harapan pelanggan, terdiri dari: (a) penyesuaian terhadap tuntutan konsumen, (b) tuntutan profesi.

Standar asuhan keperawatan, disusun dengan tujuan untuk (1) mengadakan pengukuran yang minimal sama bagi asuhan keperawatan di manapun dilakukan, (2) digunakan instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 1995a)⁴⁶.

3. Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan standar asuhan keperawatan merupakan perilaku untuk melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Menurut Green cit. Notoatmodjo (1993)⁴⁷ 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)⁴⁸ 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 sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

H. Landasan Teori

Kebijakan pimpinan yang meliputi kebijakan kepegawaian, kebijakan profesi yang dipengaruhi oleh:

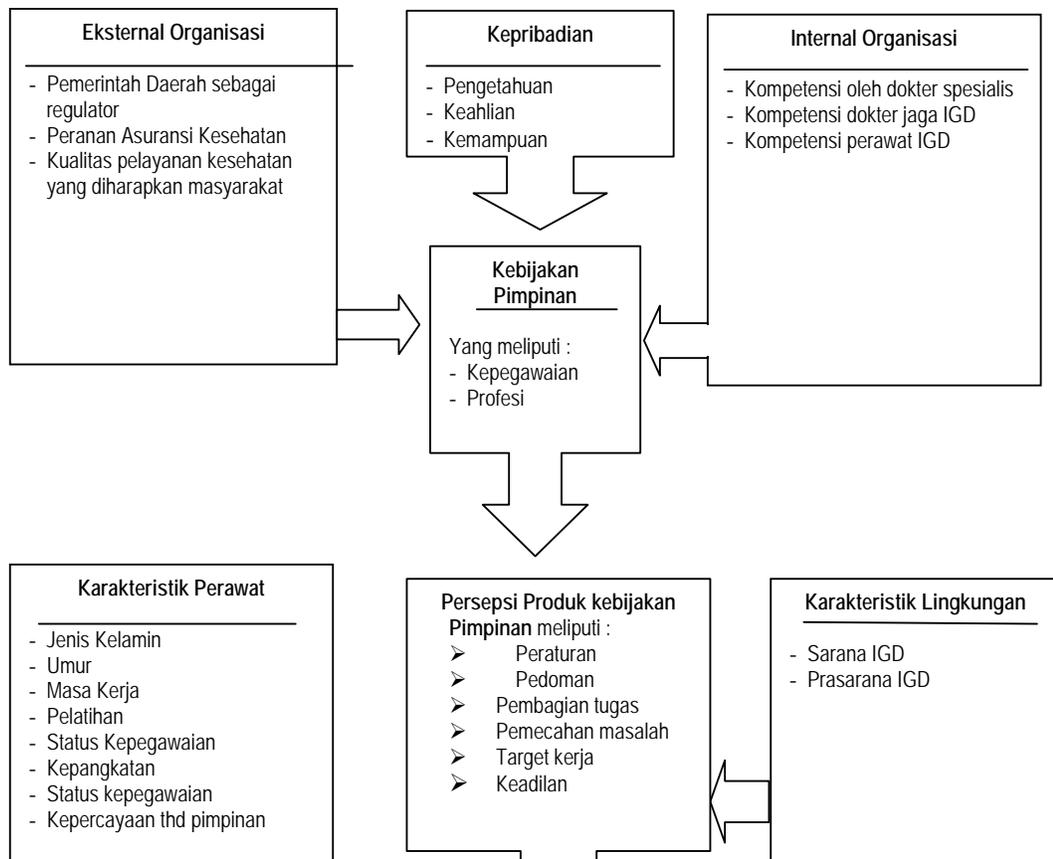
- a. Kepribadian pimpinan yang dipengaruhi: pengetahuan, keahlian dan kemampuan.
- b. Internal Organisasi yang dipengaruhi oleh: Kompetensi dokter spesialis, kompetensi dokter jaga IGD dan kompetensi perawat IGD.
- c. Ekternal Organisasi yang dipengaruhi oleh: Pemerintah daerah sebagai regulator, Asuransi kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diharapkan masyarakat.

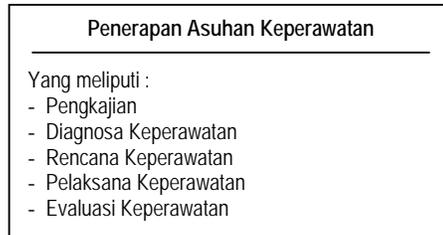
Selanjutnya kebijakan pimpinan tersebut akan dipersepsikan oleh masing-masing tenaga perawat yang dapat mempengaruhi dalam menjalankan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksana keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Dan persepsi kebijakan pimpinan oleh tenaga perawat tersebut di atas dipengaruhi :

- a. Karakteristik perawat meliputi: Jenis kelamin, umur, masa kerja, status kepegawaian dan kepercayaan perawat terhadap pimpinan.
- b. Lingkungan : sarana dan prasarana

KERANGKA TEORI





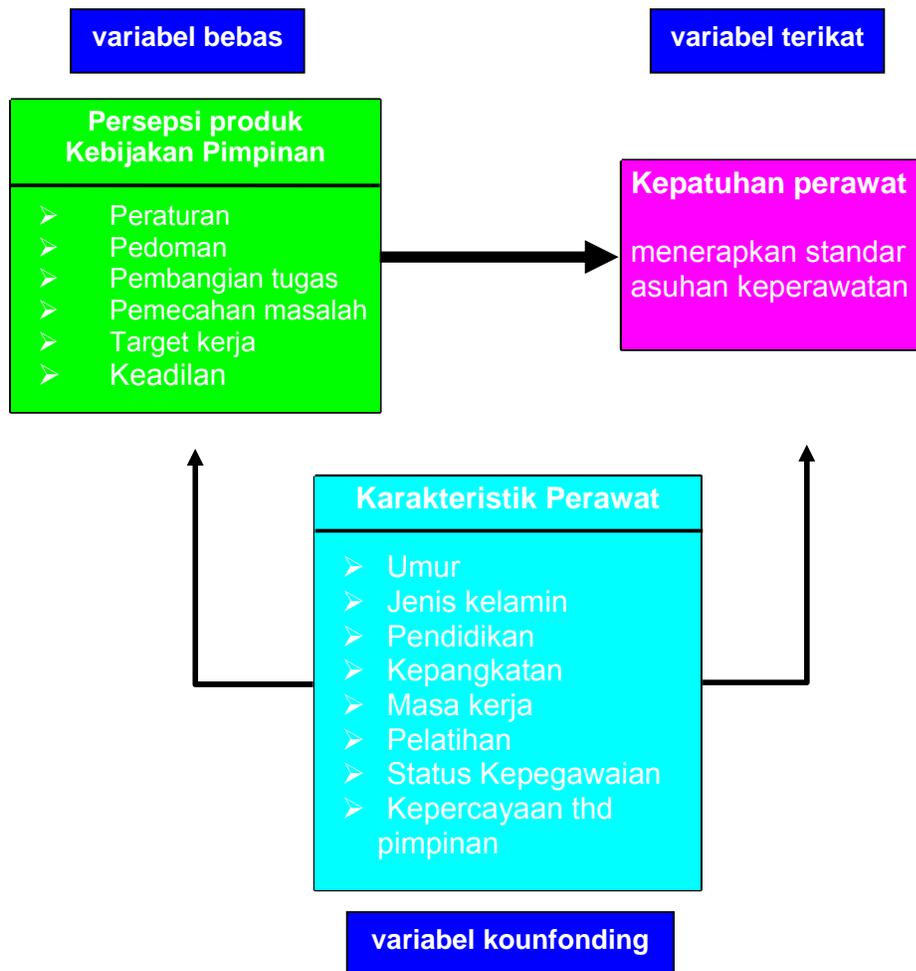
Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi dari Fred Luthan, *Organization Behavior*, 3 rd, ed, 1981 dengan Kep MenKes Nomor 660/MenKes/SK/XI/1987⁴⁹

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

B. Variabel penelitian

Sesuai dengan kerangka konsep dan rumusan hipotesis, maka variabel yang akan diteliti dikelompokkan menjadi *variabel terikat* dan *variabel bebas dan variabel kounfounding*.

1. *Variabel bebas* : persepsi produk kebijakan pimpinan meliputi:

- peraturan
- pedoman
- pembagian tugas
- pemecahan masalah
- target kerja
- keadilan

Adalah penilaian perawat dalam mencermati dan melaksanakan kebijakan-kebijakan rumah sakit.

2. *Variabel terikat* : kepatuhan perawat dalam melaksanakan standar asuhan keperawatan, adalah skor yang dicapai perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan dan dokumentasi keperawatan yang nantinya dapat digolongkan kategori patuh dan tidak patuh.

3. *Variabel counfounding*: adalah karakteristik perawat yaitu tanda-tanda yang membedakan seseorang terhadap yang lainnya, pada penelitian ini meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, kepangkatan, masa kerja, pelatihan, status kepegawaian, dan kepercayaan terhadap pimpinan.

C. Definisi operasional variabel penelitian dan Skala pengukuran

1. a. Persepsi terhadap peraturan:

Adalah proses perawat IGD menerima, menyeleksi mengorganisasikan, menguji dan memberi reaksi, terhadap peraturan yang ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit.

b. Peraturan

Adalah ketentuan-ketentuan Rumah Sakit yang mengatur tugas/kewajiban perawat sebagai pegawai rumah sakit.

Misalnya:

- 1). Pergantian shif jaga IGD.
- 2). Bila tidak masuk kerja harus ada surat izin.
- 3). Berinteraksi dengan pasien dan keluarganya.
- 4). Semua pasien IGD harus dikonsultasikan dokter jaga IGD.
- 5). Tatacara memulangkan pasien di IGD.

Cara mengukur : Dengan menggunakan kuesioner yang terstruktur perawat IGD diminta menyatakan persepsinya tentang pernyataan yang tertuang dalam kuesioner.

Adapun jawaban kuesioner tersebut di atas digunakan model skala Linkert (Cooper & Emory 1997) sebagai berikut :

- a. Sangat sesuai : 4
- b. Sesuai : 3
- c. Kurang sesuai : 2
- d. Tidak sesuai : 1

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek ke dalam 2 kategori :

a. Apabila distribusi data normal menggunakan

Kategori :

- 1) Baik : $X \geq \bar{X}$
- 2) Tidak baik: $X < \bar{X}$

b. Apabila distribusi data tidak normal, menggunakan titik median

Kategori:

- 1) Baik : $X \geq \text{Median}$
- 2) Tidak baik : $X < \text{Median}$

Skala pengukuran adalah nominal

2. a. Persepsi terhadap pedoman kerja :

Adalah proses perawat IGD menerima menyeleksi, mengorganisasikan, menguji dan memberikan reaksi terhadap pedoman yang ditetapkan pimpinan Rumah Sakit .

b. Pedoman kerja

Adalah ketentuan-ketentuan Rumah Sakit yang mengatur pelaksanaan kerja perawat sebagai tenaga profesi Rumah sakit.

Misalnya:

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
2. Memakai sarung tangan steril dalam melakukan tindakan steril
contoh: jahit luka, memasang infus.
3. Perawat harus mempunyai sikap penuh Empati.

Diukur sesuai dengan pilihan perawat menggunakan rentang pilihan:
sangat sesuai, sesuai, tidak sesuai, sangat tidak sesuai.

a) Apabila distribusi data normal menggunakan

Kategori :

- 1) Baik : $X \geq \bar{X}$
- 2) Tidak baik : $X < \bar{X}$

b) Apabila distribusi data tidak normal, menggunakan titik median

Kategori :

- 1) Baik : $X \geq \text{Median}$
- 2) Tidak baik : $X < \text{Median}$

Skala pengukurannya adalah: nominal

3. a. Persepsi terhadap pembagian tugas

Adalah proses perawat IGD menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, menguji dan memberikan reaksi terhadap pembagian tugas yang ditetapkan pimpinan Rumah Sakit.

b. Pembagian tugas

Adalah sistem pengaturan yang ada di Rumah sakit dalam menunjang kelancaran pelaksanaan tugas perawat di IGD. Misalnya:

- 1) Menyiapkan alat-alat kedokteran/instrumen steril.
- 2) Kebersihan lingkungan kerja.
- 3) Bertanggung jawab logistik IGD.

Diukur sesuai dengan pilihan perawat IGD menggunakan rentang pilihan: sangat sesuai, sesuai, tidak sesuai, sangat tidak sesuai.

a) Apabila distribusi data normal menggunakan

Kategori :

- 1) Baik: $X \geq \bar{X}$
- 2) Tidak baik : $X < \bar{X}$

b) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan titik median

Kategori

- 1) Baik : $X \geq \text{Median}$
- 2) Tidak baik : $X < \text{median}$

Skala pengukurannya adalah: nominal

4. a. Persepsi pemecahan masalah

Adalah proses perawat IGD menerima menyeleksi, mengorganisasikan menguji dan memberikan reaksi terhadap pemecahan masalah yang ditetapkan pimpinan Rumah Sakit.

b. Pemecahan masalah

Adalah tatacara dalam menyelesaikan yang dianggap menjadi masalah di IGD sehingga dapat teratasi dengan baik.

Misalnya:

- 1) Masalah kepegawaian diselesaikan dulu dari tingkat yang paling bawah: kepala ruangan, kepala IGD, kepala seksi keperawatan, direktur rumah sakit, terakhir profesi.
- 2) Masalah keperawatan (profesi): yaitu didiskusikan dengan rekan perawat, bila ada kesulitan di konsulkan dengan dokter jaga IGD, bila masih belum dapat diselesaikan di konsulkan ke dokter konsulen (dokter spesialis).

Diukur sesuai pilihan perawat IGD menggunakan rentang pilihan sangat sesuai, sesuai, tidak sesuai , sangat tidak sesuai.

a) Apabila distribusi data normal menggunakan

Kategori :

- 1) Baik: $X \geq \bar{X}$
- 2) Tidak baik : $X < \bar{X}$

b) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan titik median

Kategori

- 1) Baik : $X \geq \text{Median}$
- 2) Tidak baik : $X < \text{Median}$

Skala pengukurannya adalah: nominal

5. a. Persepsi terhadap target kerja

Adalah proses perawat IGD menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, menguji dan memberikan reaksi terhadap target kerja yang ditetapkan pimpinan Rumah Sakit.

b. Target kerja

Adalah apa yang harus dicapai dalam melaksanakan kerja di IGD dalam pelayanan keperawatan. Misalnya:

- 1) Menerapkan Standar asuhan keperawatan.
- 2) Tidak ada keluhan tentang pelayanan di IGD.

Diukur sesuai pilihan perawat IGD menggunakan rentang pilihan: sangat sesuai, sesuai, tidak sesuai, sangat tidak sesuai.

a) Apabila distribusi data normal menggunakan

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek ke dalam 2 kategori :

- 1). Baik : $X \geq \bar{X}$
- 2). Tidak baik : $X < \bar{X}$

b) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan titik median

kategori:

- 1) Baik : $X \geq \text{Median}$
- 2) Tidak baik : $X < \text{Median}$

Skala pengukurannya adalah: nominal

6. a. Persepsi keadilan:

Adalah proses perawat IGD menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, menguji dan memberikan reaksi keadilan yang ditetapkan pimpinan Rumah Sakit.

b. Keadilan

Adalah sikap perlakuan pimpinan terhadap bawahan secara proporsional. Misalnya: pembagian insentif, pengembangan karier, pendelegasian wewenang.

Diukur sesuai dengan pilihan perawat IGD menggunakan rentang pilihan: sangat sesuai, sesuai, tidak sesuai, sangat tidak sesuai.

Skala pengukurannya adalah: nominal

a) Apabila distribusi data normal menggunakan

Kategori :

1) Baik : $X \geq \bar{X}$

2) Tidak baik : $X < \bar{X}$

b) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan titik median

kategori:

1) Baik : $X \geq \text{Median}$

2) Tidak baik : $X < \text{Median}$

7. Kepatuhan

Kepatuhan perawat adalah ketaatan perawat dalam melaksanakan pekerjaan yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang menggunakan metodologi proses keperawatan meliputi: Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Diukur sesuai dengan penilaian peneliti (pada penelitian ini menggunakan 3 orang enumerator) dengan menggunakan instrumen kuesioner A dari Depkes.

Cara penilaian:

- a. Tiap responden akan dinilai sesuai dengan item penilaian yang sudah baku dari Depkes yaitu instrumen A tahun 1995 tentang pelaksanaan standar asuhan keperawatan.
- b. Setiap pertanyaan diberi skor /bobot.
- c. Nilai variabel kepatuhan perawat pada pelaksanaan standar asuhan keperawatan adalah jumlah skor/bobot yang diperoleh responden.
- d. Dari item penilaian pada instrumen A Depkes tersebut.

Cara mengukur :

- a) Setiap perawat IGD yang menjadi obyek penelitian ini diupayakan dapat membuat status pasien IGD dengan lengkap sebanyak 30 buah sehingga peneliti (Enumerator) mendapatkan penilaian standar asuhan keperawatan melalui instrumen A Depkes sebesar 30 buah.
- b) Dari jumlah total skor dokumen penilaian tersebut akhir-nya dapat dihitung skor rata-rata setiap dokumen pada setiap perawat.
- c). Dan dari jumlah n perawat dapat dihitung skor rata-rata (Mean) pencapaian penilaian standar asuhan keperawatan oleh perawat IGD dengan cara menghitung sbb:

Mean = $\frac{\sum \text{nilai rata-rata (responden 1) s/d nilai rata-rata (responden ke n)}}{n}$

- a) Apabila distribusi data normal menggunakan kategori :

1) Patuh : $X \geq \bar{X}$

2) Tidak patuh : $X < \bar{X}$

- a) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan titik median

Kategori:

1) Patuh : $X \geq \text{Median}$

2) Tidak patuh : $X < \text{Median}$

skala pengukurannya :nominal

D. Hypotesis penelitian

Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka dijabarkan hipotesis sebagai berikut :

- 1) Ada pengaruh persepsi peraturan terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.
- 2) Ada pengaruh persepsi pedoman terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.
- 3) Ada pengaruh persepsi pembagian tugas terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.
- 4) Ada pengaruh persepsi pemecahan masalah terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.
- 5) Ada pengaruh persepsi target kerja terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.
- 6) Ada pengaruh persepsi keadilan terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.
- 7) Ada pengaruh secara bersama-sama antara persepsi kebijakan pimpinan meliputi peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, dan keadilan, terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

E. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian

Penelitian dilakukan dengan cara mengamati variabel-variabel sehingga penelitian ini tergolong jenis penelitian non-eksperimental (Observasional)

karena tidak dilakukan manipulasi terhadap sejumlah variabel oleh peneliti. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *Cross Sectional* – studi kasus dengan subyek penelitian perawat IGD RSUD Ambarawa. Penelitian ini menggunakan metode analisis kuantitatif meliputi deskriptif analitik serta analisis kualitatif. Penelitian ini juga merupakan penelitian korelasi yaitu menganalisis hubungan pengaruh persepsi tentang faktor-faktor kebijakan pimpinan dan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

F. Unit analisis

Dalam penelitian ini yang digunakan sebagai unit analisis adalah:

1. Perawat pelaksana instalasi Gawat Darurat RSUD Ambarawa.
2. Dokumen pasien yang ditulis dari hasil pemeriksaan oleh perawat.
3. Kepala bidang keperawatan, kasi keperawatan, kepala IGD, kepala ruang IGD RSUD Ambarawa.

G.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat IGD RSUD Ambarawa dengan latar belakang pendidikan D3, Akper, Spk, Sarjana Keperawatan:

Akper : 12 orang

Spk : 2 orang

Sarjana : 1 orang

2. Sampling

Sampel penelitian menggunakan semua perawat pelaksana di IGD sejumlah 15 orang dan dokumen pasien sebanyak 450 dokumen ini

adalah hasil dari pemeriksaan keperawatan yang dilakukan oleh sejumlah 15 orang perawat dan masing-masing perawat sejumlah 30 orang pasien.

Kriteria dokumen pasien yang diinklusi adalah :

1. Pasien yang diperiksa perawat di IGD.
2. Pasien dengan kasus bedah maupun non bedah.
3. Pasien mendapat pengobatan dengan rawat jalan maupun rawat inap.

Kriteria dokumen pasien yang diinklusi adalah :

1. Pasien dirujuk atas indikasi medis yaitu ke Rumah sakit yang lebih lengkap peralatannya.
2. Pasien dirujuk ke rumah sakit lain atas permintaan sendiri.
3. Pasien datang sudah dalam keadaan sakit berat IGD.

Lama penelitian: ± 10 hari.

H. Alat Penelitian

Alat penelitian atau instrumen penelitian yang digunakan adalah sbb :

1. Kuesioner
 - a) Kuesioner yang diisi oleh perawat IGD yang hasilnya nanti dapat mengetahui seberapa jauh besarnya pengaruh masing-masing variabel kebijakan pimpinan dipersepsikan oleh perawat dan besar pengaruhnya terhadap kepatuhan dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.
 - b) Kuesioner yang diisi oleh peneliti yang dikerjakan oleh 3 orang dokter pasca PTT untuk menilai pelaksanaan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.
2. Focus Group Diskusi (FGD)

Bertujuan *cross check* dari hasil jawaban di kuesioner untuk mendapatkan masukan-masukan dari peserta FGD.

I. Jalannya Penelitian

Sebelum kuesioner digunakan, dilakukan uji terlebih dulu dalam bentuk uji validitas dan uji reliabilitas yang dilakukan di Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Ungaran Kabupaten Semarang dan sampel pengujian adalah perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ungaran sejumlah 12 orang, yang selanjutnya diberi kuesioner untuk diisi oleh masing-masing perawat IGD dan diolah dengan komputasi data dengan SPSS Window 11.5 didapatkan hasil pernyataan valid dan atau reliabel. Di mana Instrumen penelitian harus memenuhi persyaratan Validitas dan reliabilitas yaitu instrumen yang Valid (Sahih) berarti instrumen tersebut mampu mengukur tentang apa yang diukur, sedangkan instrumen yang reliabel (handal) adalah instrumen yang menghasilkan ukuran yang konsisten walaupun instrumen tersebut digunakan berkali-kali.

J. Uji Validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui apakah alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang perlu diukur yaitu dengan melihat korelasi antara nilai tiap item pertanyaan/pernyataan dengan nilai total. **Uji validitas** dengan menggunakan teknik uji dari ***spearman correlation*** atau ***coefficient product moment***. Kriteria yang digunakan untuk validitas adalah apabila $p \leq 0,05$ maka dinyatakan valid. Sedangkan untuk reliabilitas dinyatakan riabel bila $\alpha \geq 0,60$.

1. Rumus korelasi product moment sbb :

$$\gamma = \frac{N(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{[N \sum x^2 - (\sum x^2)][N \sum y^2 - (\sum y^2)]}$$

X = Item pertanyaan/pernyataan

Y = Skor total pertanyaan

XY = Item pertanyaan dikalikan dengan skor total

N = Jumlah responden

Hasil perhitungan dengan rumus product moment menunjukkan nilai γ hitung yang dibandingkan dengan γ_{tabel} , significant product moment (Ancok, 1989)

a) Jika γ hitung positif dan γ hitung $>$ γ tabel } butir pertanyaan adalah valid

b) Jika γ hitung positif dan γ hitung $<$ γ tabel } butir pertanyaan adalah tidak valid

2. Uji Reabilitas

Dilakukan dengan menggunakan *konsistensi Alpha Cronbach* untuk melihat sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data (Arikunto, 1996).

Rumus Alpha Cronbach sbb :

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum s_1^2}{S_1^2} \right]$$

α = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pertanyaan/pernyataan

$\sum S_1^2$ = jumlah varian butir

S_1^2 = varian total

Untuk memulan reliabilitas dengan sekali pengukuran saja menggunakan bantuan program SPSS versi 11.5 for window adalah sbb (Santosa 2001) :

- a. γ alpha positif dan γ alpha > γ alpha tabel } butir pertanyaan reliabel
- b. γ alpha positif dan γ alpha < γ alpha tabel } butir pertanyaan tidak reliabel

Tabel 3.1. UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS PENELITIAN UNTUK SEBANYAK X PERTANYAAN DARI 15 RESPONDEN

RESP	BUTIR PERTANYAAN (X)											TOTAL Y	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	...X		
1													Σ Jawaban butir pertanyaan No.1 s/d X
2													Idem
3													Idem
4													Idem
5													Idem
6													Idem
7													Idem
8													Idem
9													Idem
10													Idem
.													Idem
.													Idem
.													Idem
15													Idem

Tabel 3.2. BUTIR PERTANYAAN NOMER 1 DENGAN SKOR TOTAL PADA 15 RESPONDEN

Responden	Jawaban butir pertanyaan No.1 (X)	Y	XY
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

10			
.			
.			
.			
15			
	$\Sigma X =$	$\Sigma Y =$	$\Sigma XY =$

$$r = \frac{15(\Sigma XY) - \Sigma X \cdot \Sigma Y}{\sqrt{15 \cdot \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2} \sqrt{15(\Sigma Y^2 - \Sigma Y^2)}}$$

$$t_{\text{hitung}} = r \frac{\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Bila $t_{\text{hitung}} > t_{\text{tabel}}$ (Valid = Sahih)

K. Pengumpulan data

1. Data Primer

Data primer dikumpulkan dengan menggunakan :

- Kuesioner terstruktur dengan cara menyebarkan angket kepada perawat IGD RSUD Ambarawa.
- Obsever terhadap hasil dokumen pemeriksaan pasien dan pelaksanaan keperawatan yang dilakukan oleh tenaga perawat.
- Wawancara mendalam dengan direktur rumah sakit, Ketua komite medis, kepala bidang keperawatan, kepala ruangan IGD tujuan untuk meng-Cross check hasil-hasil kuesioner tersebut.

2. Data Sekunder

Data dikumpulkan dari arsip di Rumah Sakit yang digunakan sebagai pendukung dan pelengkap penelitian.

L. Pengolahan Data

Tahapan dan 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 yang belum diisi atau pengisian tidak sesuai dengan petunjuk dan tidak relevan maka kuesioner dikembalikan untuk diisi kembali/dilengkapi.

2. Coding

yaitu tanda kode tertentu terhadap jawaban, hal ini dimaksudkan untuk memudahkan pada waktu 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.

4. Skoring

Setiap jawaban dinilai sistem skor.

a. Untuk mengukur persepsi kebijakan pimpinan digunakan kuesioner dengan menggunakan skor angka 1 sampai dengan angka 4.

Sangat sesuai : 4

Sesuai : 3

Kurang sesuai : 2

Tidak Sesuai : 1

untuk mengukur kepatuhan perawat dalam menerapkan Standar Asuhan Keperawatan digunakan kuesioner yang telah disusun oleh Depkes yaitu instrumen A tahun 1995 yang digunakan menilai

Standar Asuhan Keperawatan dalam aspek: Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Tindakan, Evaluasi, dan Dokumen Keperawatan.

M. Analisa Data

Analisa data bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan terikat.

1. Analisis Univariat

Dilakukan untuk mendiskripsikan seluruh variabel, baik variabel bebas maupun variabel terikat dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi maupun sebaran dari variabel umur yaitu umur terendah dan yang tertinggi, lama masa kerja yang terlama dan terbaru. Dan selanjutnya juga akan didapatkan distribusi frekuensi dari Kejelasan peraturan, Kejelasan aturan pelaksanaan pedoman kerja, kejelasan pembagian tugas, kejelasan cara pemecahan masalah, kejelasan tentang target kerja, keadilan dan kepatuhan.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dimaksudkan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel bebas secara sendiri-sendiri terhadap variabel terikat, sehingga diketahui variabel bebas mana yang secara bermakna berpengaruh dan layak untuk diuji secara bersama-sama (multivariat).

Pada penelitian ini karena skala variabel bebas berskala *nominal* dan variabel terikat berskala *nominal* dan $(n_1+n_2)<20$ maka analisa hubungan akan dipakai uji *fisher test*. Data diolah dengan menggunakan bantuan-bantuan SPSS 11.5 for windows.

3. Analisis multivariat

Untuk mengetahui pengaruh bebas terhadap variabel terikat dilakukan analisis multivariat dengan uji statistik regresi logistik. Perhitungan

analisis data dilakukan dengan memakai program komputer dengan derajat kemaknaan $p < 0.05$.

Persamaan regresi logistik untuk terjadi atau tidaknya suatu peristiwa adalah sebagai berikut :

$$\text{Log } |p| = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_6x_6.$$

$$|1-p|$$

P = probabilitas terjadinya suatu peristiwa.

$1-p$ = probabilitas tidak terjadinya suatu peristiwa.

a = konstanta.

b = koefisien regresi logistik

X_1 = skala variabel peraturan.

X_2 = -- pedoman.

X_3 = -- pembagian tugas.

X_4 = -- pemecahan masalah.

X_5 = -- target kerja.

X_6 = -- keadilan.

Langkah-langkah persyaratan yang harus diperhatikan dalam analisis multivariat regresi logistik adalah sebagai berikut :

- 1) Menentukan Variabel bebas yang mempunyai nilai $P < 0.50$ dalam uji hubungan dengan variabel terikat yaitu dengan metode *Fisher test*.
- 2) Variabel bebas yang masuk kriteria nomer 1 di atas, dimasukkan ke dalam model logistik regresi bivariat dengan $p \leq 0.25$.
- 3) Di dalam penentuan model yang cocok dengan melihat nilai dari Wald Statistik untuk masing-masing variabel bebas.

Namun untuk variabel bebas yang tidak cocok ($p > 0.5$) tetapi mempunyai arti teoritis penting tidak dikeluarkan untuk dilakukan analisis.

4) Pada proses langkah nomer 2 dan nomer 3 dibuat kriteria jelas dari masing-masing variabel bebas pada penelitian ini adalah dalam bentuk skala nominal :

Peraturan 1 : baik : $X \geq X$

2 : tidak baik : $X < X$

N. Analisa Kualitatif

Tujuan : Cross chek hasil jawaban kuesioner tentang persepsi produk kebijakan pimpinan yang telah diisi oleh perawat IGD dan kuesioner tentang tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan yang diisi oleh peneliti dalam hal ini adalah Enumerator.

Pelaksanaannya : Setelah dilakukan analisis kuantitatif dari persepsi produk kebijakan pimpinan yang meliputi peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja dan keadilan dan tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Cara pengolah data : membentuk Focus Group Diskusi (FGD)

Dibentuknya group diskusi pada penelitian ini memang berdiri sendiri tetapi hasil yang didapatkan yaitu berupa masukan-masukan dari peserta group diskusi tersebut nantinya akan dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam membuat langkah-langkah pelaksanaan produk kebijakan dalam penerapan standar asuhan keperawatan di Intalasi Gawat Darurat RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

Tabel 3.3. Focus Group Diskusi (FGD)

No	Topik	Peserta	Informasi Yang dikumpulkan
1	Persepsi perawat IGD tentang produk kebijakan pimpinan meliputi: peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja, dan keadilan.	1. Direktur RS 2. Ketua Komite medis, Wakil dan sekretaris. 3. Kabid. Keperawatan, Kasi keperawatan 4. Kepala ruang IGD	1. Faktor-faktor yang mendukung pelaksanaan produk kebijakan pimpinan yang meliputi: Peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja, keadilan yang berkaitan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan 2. Faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan produk kebijakan pimpinan yang meliputi : Peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja, keadilan yang berkaitan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan 3. <i>Content Analysis</i> a. Mencatat seluruh wawancara yang berkaitan dengan faktor-faktor kebijakan pimpinan yang meliputi: peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja, keadilan yang berkaitan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan. b. Menganalisis isi diskusi dengan tujuan mencari <i>trend</i> dan pola yang muncul berulang dalam satu <i>focus</i>
2	Penerapan standar asuhan keperawatan di IGD bagaimana pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat		
No	Topik	Peserta	Informasi Yang dikumpulkan

			<p>b. <i>group</i> atau dalam beraneka <i>focus group</i>.</p> <p>c. Interaksi dalam <i>focus group</i> di antara peserta, dipakai untuk mencapai tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menyoroti sikap, prioritas, dan kerangka pemahaman peserta riset. ❖ Mendorong beragam komunikasi di antara peserta dengan bermacam lingkup dan bentuk pemahaman. ❖ secara umum memberi tempat pemunculan ide dan memperjelas perspektif peserta riset melalui debat dalam kelompok (metode kualitatif dalam riset kesehatan)
3	Menyampaikan hasil jawaban dari kuesioner yang telah diisi oleh perawat IGD tentang produk kebijakan pimpinan yang meliputi : peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja dan keadilan	Semua perawat IGD	Mendapatkan masukan dari kelompok perawat IGD tentang jawaban kuesioner persepsi produk kebijakan, yang nantinya bisa dibagi 2 kelompok jawaban, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> a. Mengapa perawat IGD memilih jawaban sangat sesuai maupun jawaban sesuai? b. Mengapa perawat IGD memilih jawaban kurang sesuai maupun tidak sesuai ?
No	Topik	Peserta	Informasi Yang dikumpulkan
4	Kemampuan perawat IGD dalam membuat diagnosa keperawatan	Semua perawat IGD	Mendapatkan masukan dari perawat IGD tentang kesulitan dalam membuat diagnosa keperawatan

5	Penulisan Dokumen Pasien yang tidak lengkap	Semua perawat IGD	Mendapatkan masukan dari perawat IGD tentang penyebab ketidaklengkapan penulisan dokumen pasien
---	---	-------------------	---

O. Keterbatasan penelitian

Dengan keterbatasan waktu dan biaya maka penelitian ini dibatasi pada kebijakan pimpinan yang meliputi peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja, keadilan dan menurut identifikasi awal dalam penulisan penelitian berpengaruh terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang selama 15 hari mulai tanggal 6 Agustus 2005 s/d 20 Agustus 2005. Penelitian ini memiliki kelemahan (penghambat) dan kekuatan (pendukung).

A.1. Kelemahan Penelitian

Kelemahan dan penghambat penelitian adalah :

a. Pemilihan variabel penelitian

Pada penelitian ini yang diteliti adalah persepsi perawat terhadap produk dan pengaruhnya terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan. Variabel bebas penelitian ditentukan 6 variabel yang meliputi persepsi perawat terhadap: peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja dan keadilan.

b. Pengumpulan data hanya sekali (Cross Sectional).

c. Data pelaksanaan standar asuhan keperawatan diambil dengan waktu yang bervariasi, yaitu dilakukan pada tiga *shift* dinas pagi, sore dan malam. Penilaian skor pada standar asuhan keperawatan karena kondisi antara pagi, sore dan malam dapat mempengaruhi penilaian skor dokumen standar asuhan keperawatan yang mereka kerjakan.

A.2. Kekuatan Penelitian

Faktor kekuatan / pendukung

a. Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini masih menjadi kebutuhan bagi RSUD Ambarawa khususnya IGD karena masih dijumpai pelanggaran kebijakan pimpinan misalnya: perawat sering datang terlambat, pelaksanaan asuhan keperawatan yang belum sesuai dengan standar, pembagian tugas yang belum berjalan dengan baik bahkan belum ada pembagian tugas yang jelas.

Dengan adanya gejala tersebut di atas maka dapat dilakukan sosialisasi kebijakan pimpinan ataupun untuk direvisi di sini harus melibatkan direktur RS, bagian keperawatan, komite medis, kepala IGD, kepala ruang IGD, bagian kepegawaian, bagian logistik, unit penunjang RS khususnya IGD.

b. Tersedianya literatur atau buku yang membahas tentang kepemimpinan, keperawatan maupun mutu pelayanan kesehatan/RS walaupun masih sedikit jumlah dan macamnya.

c. Adanya Kuesioner Standar Asuhan Keperawatan yang sudah baku dari Depkes RI tahun 1995.

d. Rekam medis RSUD Ambarawa yang sudah sistem komputerisasi memudahkan peneliti untuk mengambil data sekunder RS dan tersedianya logistik yang memadai sehingga pelayanan medis yang diberikan kepada pasien berjalan dengan baik khususnya pembuatan dokumen pasien IGD dapat berjalan lancar.

e. Responden perawat IGD RSUD Ambarawa memberikan respon positif dan bersedia menjawab kuesioner yang telah kami

sediakan, sehingga peneliti tidak menemui kesulitan dalam menggali persepsi responden terhadap produk kebijakan pimpinan.

B. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di instalasi Gawat Darurat RSU Ungaran Kab. Semarang dengan jumlah responden 12 orang perawat IGD, dilaksanakan selama 3 hari mulai tanggal 13 Agustus 2005 s/d 15 Agustus 2005.

Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner sebagai berikut :

B.1. Hasil Uji Validitas

Tabel 4.1. Nilai uji validitas kesesuaian persepsi produk kebijakan pimpinan IGD RSU Ambarawa

No	Butir pertanyaan	Nilai corrected item-total correlation	Keterangan
1	Peraturan 1	0.6719	Valid
2	Peraturan 2	0.6822	Valid
3	Peraturan 3	0.7514	Valid
4	Peraturan 5	0.5533	Valid
5	Peraturan 6	0.5533	Valid
1	Pedoman 2	0.5084	Valid
2	Pedoman 3	0.6850	Valid
3	Pedoman 4	0.4912	Valid
4	Pedoman 5	0.6511	Valid
5	Pedoman 6	0.7644	Valid
1	Pembagian tugas 1	0.4905	Valid
2	Pembagian tugas 2	0.4736	Valid
No	Butir pertanyaan	Nilai corrected item-total correlation	Keterangan
3	Pembagian tugas 3	0.5977	Valid

4	Pembagian tugas 4	0.8582	Valid
5	Pembagian tugas 5	0.5452	Valid
1	Pemecahan masalah 2	0.7637	Valid
2	Pemecahan masalah 3	0.4883	Valid
3	Pemecahan masalah 4	0.6341	Valid
1	Target kerja 1	0.4704	Valid
2	Target kerja 2	0.7690	Valid
3	Target kerja 3	0.7014	Valid
4	Target kerja 4	0.4719	Valid
1	Keadilan 1	0.828	Valid
2	Keadilan 2	0.797	Valid
3	Keadilan 3	0.890	Valid

Dari tabel 4.1 di atas didapatkan bahwa semua item butir pertanyaan dalam kuesioner adalah valid karena $> 0,41$.

B.2. Uji Reliabilitas

Tabel 4.2. Nilai Uji Reliabilitas Kuesioner Persepsi Produk Kebijakan Pimpinan di IGD RSUD Ambarawa kabupaten Semarang

No.	Persepsi Variabel	Nilai	Keterangan
1.	Peraturan	0.8248	Reliabel
2.	Pedoman	0.8098	Reliabel
3.	Pembagian Tugas	0.8020	Reliabel
4.	Pemecahan Masalah	0.8223	Reliabel
5.	Target Kerja	0.7882	Reliabel
6.	Keadilan	0.7753	Reliabel

Dari tabel 4.2 tersebut dapat diketahui bahwa semua item pertanyaan dalam kuesioner adalah reliabel karena $\alpha > 0,60$ dan selanjutnya dapat dipergunakan sebagai penelitian.

B.3. Uji Normalitas data penelitian

Tabel 4.3. Hasil uji Normality Kolmogorov Smirnov

No	Variabel	Statistic	p-value	Distribusi data
1	Persepsi Peraturan	0,158	0,200 > 0,05	Normal
2	Persepsi Pedoman	0,120	0,200 > 0,05	Normal

3	Persepsi Pembagian Tugas	0,117	0,200>0,05	Normal
4	Persepsi Pemecahan masalah	0,155	0,200>0,05	Normal
5	Persepsi Target kerja	0,115	0,200>0,05	Normal
6	Persepsi Keadil an	0,145	0,200>0,05	Normal
7	Penerapan Standar asuhan Keperawatan	0,224	0,041<0,05	Tidak normal

C. Diskripsi Karakteristik Responden

Tabel 4.4. Karakteristik Responden

No	Karateristik	n	%
<u>Jenis Kelamin</u>			
1	L	4	26.70
2	P	11	73.30
<u>Umur</u>			
1	20-24	4	26.70
2	25-29	7	46.60
3	30-34	3	20.0
4	> 35	1	6.70
<u>Tingkat Pendidikan</u>			
1	SPK	3	20.00
2	AKPER	11	73.0
3	SKP	1	6.70
<u>Status Pegawai</u>			
1	PNS	4	26.70
2	Kontrak	11	73.30
<u>Lama Kerja</u>			
1	0-3	9	60
2	4-5	3	20
3	>6	3	20

Dari tabel 4.4 di atas mayoritas responden dalam penelitian ini adalah perempuan (73,30 %), berumur antara 25-29 tahun (46,60%). Sebagai tenaga perawat 73,0% responden telah mempunyai kualifikasi pendidikan D3 (Akper) dan status kerja sebagian besar responden adalah tenaga kontrak (73,30%) serta masa kerja 1-3 tahun sejumlah 60%.

D. Deskripsi Analisis Univariat Variabel Penelitian

D.1. Persepsi Peraturan tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

Tabel 4.5. Rekapitulasi jawaban tentang persepsi peraturan oleh perawat IGD RSUD Ambarawa.

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	Total
1	Peraturan RS mudah dimengerti.	4 (26,67%)	10 (66,67%)	1 (6,66%)	- (0%)	15 (100%)
2	Peraturan yg dibuat RS Sulit dimengerti.	- (0%)	13 (86,67%)	2 (13,33%)	- (0%)	15 (100%)
3	Peraturan yang selalu menuntut untuk dipatuhi	7 (46,67%)	6 (40,00%)	2 (13,33%)	- (0%)	15 (100%)
4	Peraturan RS tdk memberi kebebasan /membatasi perawat	5 (33,33%)	7 (46,67%)	3 (20,00%)	- (0%)	15 (100%)
5	Peraturan RS mudah dibaca karena disetiap ruangan ditampilkan tulisan peraturan RS tsb	2 (13,33%)	9 (60,00%)	4 (26,67%)	- (0%)	15 (100%)

Pada tabel 4.5 dapat dilihat distribusi jawaban perawat IGD tentang persepsi peraturan. Sebagian besar perawat IGD setuju bahwa peraturan RS khususnya IGD mudah dimengerti dan juga sulit dimengerti, peraturan RS tidak memberikan kebebasan, dan memang benar peraturan RS ada di setiap ruangan sehingga peraturan RS mudah dibaca. Sebagian besar perawat IGD sangat setuju bahwa peraturan RS selalu menuntut harus dipatuhi.

Tabel 4.6. Distribusi frekuensi tenaga perawat tentang persepsinya terhadap Peraturan di IGD RSUD Ambarawa

Persepsi peraturan	n	%
Baik	8	53.33
Tidak baik	7	46.67
Total	15	100

Dari Tabel 4.6 diketahui tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa mempersepsikan tentang peraturan baik sejumlah 8 orang (53,33%)

dan mempersepsikan peraturan tidak baik sejumlah 7 orang (46,67%).

D.2. Persepsi Pedoman tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

Pada tabel 4.7 dapat dilihat distribusi jawaban perawat IGD tentang persepsi pedoman. Sebagian besar perawat mempunyai persepsi bahwa pedoman RS selalu menuntut untuk dipatuhi sebagai suatu kewajiban yang harus dilaksanakan. Dan sebagian besar perawat IGD kurang setuju bahwa pedoman sulit dimengerti, pedoman tidak memberi kebebasan, dan pedoman ada di setiap ruangan.

Sedang dari Tabel 4.8 diketahui tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa mempersepsikan tentang pedoman baik sejumlah 8 orang (53,33%), tidak baik sejumlah 7 orang (46,67%).

Tabel 4.7. Rekapitulasi jawaban tentang persepsi pedoman oleh perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	Total
1.	Pedoman RS yang sulit dimengerti.	- (0%)	3 (20,00%)	10 (66,67%)	2 (13,33%)	15 (100%)
2.	Pedoman yang dibuat RS(khususnya IGD) selalu menuntut untuk dipatuhi.	6 (40,00%)	7 (46,67%)	2 (13,33%)	- (0%)	15 (100%)
3.	Pedoman yang dibuat RS(khususnya IGD) adalah sebagai suatu kewajiban yang harus dilaksanakan.	3 (20,00%)	7 (46,67%)	5 (33,33%)	- (0%)	15 (100%)

4.	Pedoman RS(khususnya IGD) tidak memberi kebebasan /membatasi perawat.	3 (20,00%)	5 (33,33%)	6 (40,00%)	- (0%)	15 (100%)
5.	Pedoman RS(khususnya IGD)ditempatkan pada posisi yang mudah terbaca.	3 (20,00%)	5 (33,33%)	7 (46,67%)	- (0%)	15 (100%)

Tabel 4.8. Distribusi frekuensi tenaga perawat tentang persepsinya terhadap Pedoman

Persepsi pedoman	n	%
baik	8	53.33
Tidak baik	7	46.67
Total	15	100

D.3. Persepsi Pembagian Tugas tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

Pada tabel 4.9 dapat diketahui bahwa sebagian besar perawat IGD setuju bahwa *job discription* di IGD telah dibuat secara proporsional, pembagian tugas akan menunjang kelancaran pelayanan di IGD dan perawat IGD melaksanakan tugas dengan sepenuh hati sesuai dengan tanggung jawabnya. Sebagian besar perawat IGD kurang setuju bahwa pembagian tugas dibuat sesuai dengan kebutuhan tugas di IGD.

Tabel 4.9. Rekapitulasi jawaban persepsi tentang pembagian tugas oleh perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	Total
1	Pimpinan RS telah membuat job discription di IGD	3 (20,00%)	8 (53,33%)	4 (26,67%)	- (0%)	15 (100%)
2	Pembagian tugas di RS (khususnya IGD) sudah dibuat secara proporsional	2 (13,33%)	8 (53,33%)	5 (33,33%)	- (0%)	15 (100%)

3	Pembagian tugas dibuat sesuai dengan kebutuhan tugas di IGD	3 (20,00%)	6 (40,00%)	6 (40,00%)	- (0%)	15 (100%)
4	Pembagian tugas akan menunjang kelancaran pelaksanaan pelayanan di IGD	3 (20,00%)	10 (66,67%)	2 (13,33%)	- (0%)	15 (100%)
5	Perawat IGD melaksanakan tugas sepenuh hati sesuai dengan tanggung jawabnya yang diberikan pimpinan.	5 (33,33%)	6 (40,00%)	4 (26,67%)	- (0%)	15 (100%)

Tabel 4.10. Distribusi frekuensi tenaga perawat persepsinya tentang pembagian tugas di IGD RSUD Ambarawa.

Persepsi pembagian tugas	n	%
Baik	8	53.33
Tidak baik	7	46.67
Total	15	100

Tabel 4.10 diketahui tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa mempersepsikan tentang pembagian tugas baik sejumlah 8 orang (53,33%), tidak baik sejumlah 7 orang (46,67%).

D.4. Persepsi Pemecahan Masalah tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

Tabel 4.11. Rekapitulasi jawaban persepsi tentang pemecahan masalah oleh perawat IGD RSUD Ambarawa

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	Total
1	Pimpinan RS memberikan ruang pada perawat IGD untuk berperan dalam problem solving.	2 (13,33%)	7 (46,67%)	6 (40,00%)	- (0%)	15 (100%)
2	Pimpinan RS siap membantu menyelesaikan masalah-2 yang timbul di IGD.	1 (6,67%)	9 (60,00%)	5 (33,33%)	- (0%)	15 (100%)

3	Pimpinan berusaha memahami masalah-2 yang ada di IGD RS	3 (20,00%)	6 (40,00%)	5 (33,33%)	1 (6,67%)	15 (100%)
---	---	---------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Pada tabel 4.11 dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat IGD setuju pimpinan memberikan kesempatan untuk berperan dalam *problem solving*, pimpinan membantu menyelesaikan masalah yang timbul di IGD pimpinan berusaha memahami masalah-masalah yang ada di IGD.

Tabel 4.12. Distribusi frekuensi tenaga perawat tentang persepsinya terhadap Pemecahan masalah

Persepsi pemecahan masalah	n	%
baik	7	46,67
Tidak baik	8	53,33
Total	15	100

Tabel 4.12 diketahui bahwa sebagian besar (53,33%) tenaga perawat IGD RSU Ambarawa mempersepsikan tentang pemecahan masalah tidak baik sementara yang mempersepsikan baik lebih kecil (46,67%).

D.5. Persepsi Target Kerja tenaga perawat IGD RSU Ambarawa Kabupaten Semarang.

Pada tabel 4.13 dapat dilihat distribusi jawaban perawat IGD tentang target kerja. Sebagian besar perawat IGD setuju bahwa ada target kerja di IGD dan target kerja tersebut memungkinkan untuk dicapai serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan. Sebagian besar perawat IGD kurang setuju bahwa mereka mengetahui dan mengerti tentang target kerja yang ada di IGD.

Tabel 4.13. Rekapitulasi Jawaban persepsi target kerja oleh perawat IGD RSU Ambarawa

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	Total
1	Ada target kerja yang ditetapkan pimpinan RS khususnya di IGD.	3 (20,00%)	9 (60,00%)	3 (20,00%)	- (0%)	15 (100%)
2	Semua perawat IGD mengetahui dan mengerti tentang target kerja yang harus mereka capai.	2 (13,33%)	5 (33,33%)	8 (53,33%)	- (0%)	15 (100%)
3	Target kerja yang telah ditetapkan oleh RS (khususnya IGD) memungkinkan untuk dicapai	4 (26,67%)	8 (53,33%)	2 (13,33%)	1 (6,67%)	15 (100%)
4	Target kerja perawat IGD yang ada sesuai dengan Standar asuhan keperawatan	3 (20,00%)	6 (40,00%)	5 (33,33%)	1 (6,67%)	15 (100%)

Tabel 4.14. Distribusi frekuensi tenaga perawat tentang persepsinya terhadap Target kerja

Persepsi target kerja	n	%
baik	7	46.67
Tidak baik	8	53.33
Total	15	100

Tabel 4.14 diketahui tenaga perawat IGD RSU Ambarawa mempersepsikan tentang target kerja baik sejumlah 7 orang (46,67%) sisanya tidak baik sejumlah 8 orang (53,33%).

D.6. Persepsi Keadilan tenaga perawat IGD RSU Ambarawa Kabupaten Semarang.

Tabel 4.15. Rekapitulasi jawaban persepsi tentang Keadilan oleh perawat IGD RSU Ambarawa Kabupaten Semarang

No	Keadilan	SS	S	KS	TS	Total
1	Sampai saat ini pimpinan telah memperlakukan perawat IGD secara proposional .	6 (40,00%)	7 (46,67%)	2 (13,33%)	- (0%)	15 (100%)

2	Tidak semua Perawat IGD sampai saat ini telah diperlakukan oleh pimpinan secara proposional.	5 (33,33%)	6 (40,00%)	4 (26,67%)	- (0%)	15 (100%)
3	Perlakuan pimpinan secara proposional terhadap perawat IGD akan mempengaruhi motivasi kerja .	2 (13,33%)	9 (60,00%)	4 (26,67%)	- (0%)	15 (100%)

Pada tabel 4.15 dapat dilihat distribusi jawaban perawat IGD tentang persepsi keadilan. Sebagian besar perawat IGD setuju bahwa pimpinan RS sudah memperlakukan perawat IGD secara proporsional walaupun belum semuanya, serta perlakuan keadilan tersebut akan mempengaruhi motivasi kerja perawat IGD.

Tabel 4.16. Distribusi frekuensi perawat IGD persepsinya tentang Keadilan

Persepsi keadilan	n	%
baik	6	40
Tidak baik	9	60
Total	15	100

Tabel 4.16 diketahui tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa yang mempersepsikan tentang keadilan baik sejumlah 6 orang (40%) dan sisanya tidak baik sejumlah 9 orang (60%).

D.7. Pencapaian hasil penerapan Standar Asuhan Keperawatan perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang dari skor penilaian sebanyak 450 dokumen pasien seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.17. Rekapitulasi skor pencapaian hasil proses penerapan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang

Proses Keperawatan	Jumlah Nilai	Target	Prosentase	%Total	
Pengkajian	K1	1313	1800	72,94%	69,89%
	K2	1253	1800	69,61%	
	K3	1208	1800	67,11%	

Diagnosa	D1	845	1800	46,28%	42,17%
	D2	685	1800	38,06%	
Perencanaan	R1	885	1800	49,17%	61,97%
	R2	1148	1800	63,78%	
	R3	1449	1800	80,50%	
	R4	1201	1800	66,72%	
	R5	1062	1800	59,00%	
	R6	948	1800	52,67%	
Pelaksanaan	T1	1124	1800	62,44%	61,61%
	T2	1104	1800	61,33%	
	T3	1242	1800	69,00%	
	T4	966	1800	53,67%	
Evaluasi	E1	1419	1800	78,83%	77,97%
	E2	1388	1800	77,11%	
Catatan Askep	C1	610	1800	37,22%	53,62%
	C2	1056	1800	58,66%	
	C3	1170	1800	65,00%	

Pada tabel 4.17 dapat dilihat hasil yang dicapai pada penerapan standar asuhan keperawatan perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang dapat disimpulkan bahwa pencapaian yang masih rendah dalam kontribusi penerapan standar asuhan keperawatan adalah diagnosa keperawatan (42,17%) dan dokumentasi keperawatan (53,62%).

Skor pencapaian Standar Asuhan Keperawatan yang selama ini digunakan di RSUD Ambarawa pada masing-masing proses keperawatan adalah sbb:

- a. 90% - 100% : memuaskan
- b. 80%- 90% : baik
- c. 60 % - 80% : cukup
- d. kurang 60% : buruk

Tabel 4.18. Distribusi frekuensi skor penilaian Standar Asuhan Keperawatan (SAK) perawat IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang

Kepatuhan	n	%
Patuh	10	66,7
Tidak patuh	5	33,3
Total	15	100%

Tabel 4.18 diketahui tenaga perawat IGD RSUD Ambarawa dalam menerapkan standar asuhan keperawatan jumlah yang tergolong patuh sebanyak 10 orang (66,7%) dan yang tidak patuh 5 orang (33,3%).

E. Diskripsi analisis bivariat variabel penelitian

Tabel-tabel berikut menunjukkan hubungan antara persepsi peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja dan keadilan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

Tabel 4.19. Tabel Silang persepsi peraturan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang

Persepsi peraturan	kepatuhan		Total
	Patuh	Tidak patuh	
Baik	8 100% (80%)	0 0% (0%)	8 100% (53,3%)
Tidak baik	2 28,6 % (20%)	5 71,4% (100%)	7 100% (46,7%)
Total	5 33,5% (100%)	10 66,7% (100%)	15 100% (100%)

Dari tabel 4.19 dapat dinarasikan sbb:

a). Diskripsi kelompok Patuh

- 80% adalah perawat persepsi terhadap peraturan baik

- 20% adalah perawat persepsi terhadap peraturan tidak baik
- b). Analisis hubungan persepsi dengan kepatuhan
- 100% Perawat berpersepsi peraturan baik merupakan perawat patuh.
 - 28,6% Perawat berpersepsi peraturan tidak baik merupakan perawat patuh

Hipotesis pertama yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa persepsi peraturan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *Fisher's Exact test*, di mana $p\text{-value} = 0,007$. $p\text{-value} = 0,007$ ($p < 0,010$) berarti H_0 ditolak yang artinya ada hubungan yang bermakna antara persepsi peraturan RS dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Tabel 4.20 Tabel Silang persepsi pedoman dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa Kabupaten Semarang

Persepsi pedoman	kepatuhan		Total
	Patuh	Tidak patuh	
Baik	7 87,5 % (70%)	1 12,5 % (20%)	8 100 % (53,3%)
Tidak baik	3 42,9 % (30%)	4 57,1 % (80%)	7 100 % (48,7%)
Total	10 66,7 % (100%)	5 33,3 % (100%)	15 100 % (100%)

Dari tabel 4.20 dapat dinarasikan sbb:

- a). Diskripsi kelompok Patuh
- 70% adalah perawat persepsi terhadap pedoman baik

- 30% adalah perawat persepsi terhadap pedoman tidak baik

b). Analisis hubungan Persepsi dengan kepatuhan

- 87,5% perawat berpersepsi pedoman baik merupakan perawat patuh
- 42,9% perawat berpersepsi pedoman tidak baik merupakan perawat patuh

Hipotesis kedua yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa persepsi pedoman berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.

Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *Fisher's Exact test*, di mana $p\text{-value} = 0,119$. $p\text{-value}=0,119$ ($p>0,05$) berarti H_0 diterima yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi pedoman RS dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Tabel 4.21. Tabel Silang persepsi pembagian tugas dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa Kabupaten Semarang

Persepsi pembagian tugas	kepatuhan		Total
	Patuh	Tidak patuh	
Baik	8 100 % (80%)	0 0 % (0%)	8 100 % (53,3%)
Tidak baik	2 28,6 % (20%)	5 71,4 % (100%)	7 100 % (46,7%)
Total	10 66,7 % (100%)	5 33,3 % (100%)	15 100 % (100%)

Dari tabel 4.21 dapat dinarasikan sbb:

a) Diskripsi kelompok patuh

- 80% adalah perawat dengan persepsi pembagian tugas baik
- 20% adalah perawat dengan persepsi pembagian tugas tidak baik

b) Analisis hubungan persepsi dengan kepatuhan

- 100% Perawat berpersepsi pembagian tugas baik merupakan perawat Patuh
- 28,6% perawat berpersepsi pembagian tugas tidak baik merupakan perawat patuh

Hipotesis ketiga yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa persepsi pembagian tugas berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *Fisher's Exact test*, di mana $p\text{-value}=0,007$. $p\text{-value}=0,007$ ($p<0,01$) berarti H_0 ditolak yang artinya ada hubungan yang bermakna antara persepsi pembagian tugas dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Tabel 4.22. Tabel Silang persepsi pemecahan masalah dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa

Persepsi pemecahan masalah	kepatuhan		Total
	Patuh	Tidak patuh	
Baik	7 100 % (70%)	0 0 % (0%)	7 100 % (46,7%)
Tidak Baik	3 37,5 % (30%)	5 67,5 % (100%)	8 100 % (53,3%)
Total	10 66,7 % (100%)	5 33,3 % (100%)	15 100 % (100%)

Dari tabel 4.22 dapat dinarasikan sbb:

a) Diskripsi lompok patuh

- ♣ 70% adalah perawat dengan persepsi pemecahan masalah baik
- ♣ 30% adalah perawat dengan persepsi pemecahan masalah tidak baik

b) Analisis hubungan persepsi dengan kepatuhan

- ♣ 100% Perawat berpersepsi pemecahan masalah baik merupakan perawat Patuh
- ♣ 37,5% perawat berpersepsi pemecahan masalah tidak baik merupakan perawat patuh

Hipotesis keempat yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa persepsi pemecahan masalah berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *Fisher*s Exact test*, di mana $p\text{-value}=0,026$. $p\text{-value}=0,026$ ($p<0,05$) berarti H_0 ditolak yang artinya ada hubungan yang bermakna antara persepsi pemecahan masalah dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Tabel 4.23. Tabel Silang persepsi Target Kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang

Persepsi target kerja	Kepatuhan		total
	patuh	Tidak patuh	
Baik	7 100% (70%)	0 0 % (0%)	7 100% (46,7%)
Tidak baik	3 37,5% (30%)	5 62,5% (100%)	8 100% (53,3%)
Total	10	5	15

	66,7% (100%)	33,3% (100%)	100% (100%)
--	-----------------	-----------------	----------------

Dari tabel 4.23 dapat dinarasikan sbb:

a) Diskripsi kelompok patuh

- ❖ 70% adalah perawat dengan persepsi target kerja baik
- ❖ 30% adalah perawat dengan persepsi target kerja tidak baik

b) Analisis hubungan persepsi dengan kepatuhan

- ❖ 100% Perawat berpersepsi target kerja baik merupakan perawat Patuh
- ❖ 37,5% perawat berpersepsi target kerja tidak baik merupakan perawat patuh

Hipotesis kelima yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa persepsi target kerja berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa.

Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *Fisher's Exact test*, di mana $p\text{-value} = 0,026$. $p\text{-value} = 0,026$ ($p < 0,05$) berarti H_0 ditolak yang artinya ada hubungan yang bermakna antara persepsi target kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Tabel 4.24. Tabel Silang persepsi keadilan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSU Ambarawa Kabupaten Semarang

Persepsi Keadilan	kepatuhan		Total
	Patuh	Tidak patuh	
Baik	7 87,5 % (70%)	1 12,5% (20%)	8 100 % (53,3%)
Tidak baik	3 42,9 % (30%)	4 57,1 % (80%)	7 100 % (46,7%)

Total	10 66,7 % (66,7%)	5 33,3 % (33,3%)	15 100% (100%)
-------	-------------------------	------------------------	----------------------

Dari tabel 4.24 dapat dinarasikan sbb :

a) Diskripsi kelompok patuh

- ◆ 70% adalah perawat dengan persepsi keadilan baik
- ◆ 30% adalah perawat dengan persepsi keadilan tidak baik

b) Analisis hubungan persepsi dengan kepatuhan

- ◆ 87,5% Perawat berpersepsi keadilan baik merupakan perawat Patuh
- ◆ 42,9% perawat berpersepsi keadilan tidak baik merupakan perawat patuh

Hipotesis keenam yang diajukan dalam keadilan ini menyatakan adanya dugaan bahwa persepsi keadilan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *Fisher's Exact test*, di mana $p\text{-value} = 0,119$. $p\text{-value} = 0,119$ ($p < 0,05$) berarti H_0 diterima yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi keadilan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Tabel 4.25. Hubungan variabel bebas dengan variabel terikat

Variabel bebas	$p\text{-value}$	kemaknaan
Persepsi peraturan	0,007	bermakna
Persepsi pedoman	0,119	tidak bermakna
Persepsi pembagian tugas	0,007	bermakna
Persepsi pemecahan masalah	0,026	bermakna
Persepsi target kerja	0,026	bermakna
Persepsi keadilan	0,119	tidak bermakna

Dari Tabel 4.25 terlihat bahwa variabel bebas yang berhubungan dengan variabel terikat yang bermakna meliputi: persepsi peraturan, pembagian tugas, pemecahan masalah dan target kerja. Variabel-variabel tersebut dapat diikutkan dalam analisis multivariat.

F. Diskripsi analisis multivariat variabel penelitian

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik. Agar diperoleh model regresi yang mampu menjelaskan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dilakukan suatu prosedur formal.

Langkah-langkah persyaratan yang harus diperhatikan dalam analisis multivariat regresi logistik adalah sebagai berikut :

- 1) Menentukan Variabel bebas yang mempunyai nilai $P < 0.50$ dalam uji hubungan dengan variabel terikat yaitu dengan uji *Fisher's Exact test*.
- 2) Variabel bebas yang masuk kriteria nomer 1 di atas, dimasukkan ke dalam model logistik regresi bivariat dengan $p \leq 0.25$
- 3) Di dalam penentuan model yang cocok dengan melihat nilai dari Wald Statistik untuk masing-masing variabel bebas.

Namun untuk variabel bebas yang tidak cocok ($p > 0.5$) tetapi mempunyai arti teoritis penting tidak dikeluarkan untuk dilakukan analisis.

Pada pengujian hubungan variabel bebas dengan terikat yang mempunyai hasil $p < 0,05$ dan selanjutnya dapat dimasukkan ke dalam model logistik regresi bivariat adalah seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.26. Ringkasan hasil analisis univariat menggunakan regresi logistik metode Enter

Variabel persepsi	B	SE	Wald	df	p	Exp
Peraturan	0,865	0,428	4,086	1	0,043	2,375
Pembagian tugas	0,563	0,313	3,237	1	0,072	1,756
Pemecahan masalah	0,645	0,497	2,891	1	0,089	2,238
Target Kerja	0,693	0,364	0,071	1	0,071	1,999

Berdasarkan tabel 4.26 di atas dapat diketahui bahwa hasil analisis univariat dengan $p\text{-value} < 0,25$ meliputi variabel peraturan, pembagian tugas, pemecahan masalah dan target kerja yang selanjutnya dapat dimasukkan ke dalam uji statistik metode multivariat.

Tabel 4.27. Hasil Analisis Multivariat menggunakan regresi logistik metode Enter

Variabel Persepsi	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)
Peraturan	2,899	3,697	0,615	1	0,433	18,154*
Pembagian tugas	-2,374	2,981	0,634	1	0,426	0,093
Pemecahan masalah	-0,514	3,309	0,024	1	0,876	0,598
Target kerja	4,408	5,780	0,878	1	0,446	82,092*
Constant	-51,860	55,347	0,878	1	0,349	0,000

Dari Tabel 4.27 terlihat bahwa $p\text{-value}$ variabel

- persepsi peraturan adalah 0,433 ($p > 0,05$)
- persepsi pembagian tugas adalah 0,426 ($p > 0,05$)
- persepsi pemecahan masalah adalah 0,876 ($p > 0,05$)
- persepsi target kerja adalah 0,349 ($p > 0,05$)

Dari hasil analisis multivariat dengan metode regresi logistik tersebut bahwa semua variabel independen pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel dependen tidak ada yang signifikan ($p\text{-value} > 0,05$) walaupun demikian secara teoritis dapat dinilai bahwa bila nilai $\text{exponen}(B) \geq 2$ mempunyai pengaruh yang berarti dan pada penelitian ini adalah variabel peraturan dan target kerja sehingga dapat dideskripsikan sebagai berikut :

- 1) Perawat IGD RSUD Ambarawa yang mempunyai persepsi peraturan RS tidak baik mempunyai kecenderungan menjadi 18 kali lebih besar tidak patuh dibanding dari pada perawat IGD yang mempunyai persepsi peraturan RS baik di dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.
- 2) Perawat IGD RSUD Ambarawa yang mempunyai persepsi target kerja tidak baik mempunyai kecenderungan 82 kali lebih besar tidak patuh dibanding dari pada perawat IGD yang mempunyai persepsi target kerja baik di dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa.

G. Hasil Diskusi Kelompok Terarah

Hasil penelitian dan analisis dari persepsi produk kebijakan pimpinan terhadap tingkat kepatuhan perawat IGD dalam menerapkan standar asuhan keperawatan didiskusikan dengan Direktur RS, Komite medis dan sekretaris, Kabid keperawatan, Kasi keperawatan, Kepala IGD, Ka ruang IGD, Kabid sarana dan prasarana sebagai berikut :

Tabel 4.28. Hasil Diskusi Kelompok Terarah

No	Topik	Peserta	Hasil jawaban kuesioner produk kebijakan	Masukan dari FGD
1	Peraturan RS sulit dimengerti.	1. Direktur RS- 2. Ketua Komite medis, Wakil dan sekretaris. 3. Kabid. Keperawatan, Kasi ke perawatan 4. Kepala ruang IGD 5. Kepala bidang logistic	86,67% setuju	Kebanyakan tenaga perawat kurang bisa memahami peraturan yang ada di RS yang penting dia dapat bekerja dengan baik sesuai dengan tugasnya.
2	Pedoman sulit dimengerti		66,87% kurang	Pedoman sudah ada dan setiap

			setuju	bulan diadakan evaluasi.
--	--	--	--------	--------------------------

No	Topik	Peserta	Hasil jawaban kuesioner produk kebijakan	Masukan dari FGD		
3	Pembagian tugas di IGD dibuat sesuai dengan kebutuhan di IGD RSUD Ambarawa.	Semua perawat IGD	40% kurang setuju	Pembagian tugas sudah sesuai apa yang dibutuhkan di IGD tetapi masih banyak pekerjaan lain yang harus dirangkap misal Benar, sudah ada pedoman dalam menyelesaikan masalah.		
4	Pimpinan RS siap membantu masalah yang ada di IGD		60,0% setuju			
5	Ada target kerja di IGD.		60% setuju			
6	Perlakuan pimpinan secara proposional thdp perawat IGD mempengaruhi motivasi kerja.		60% setuju			
7	Pencapaian hasil pada diagnosa keperawatan masih rendah.		Semua Perawat IGD		Diagnosa keperawatan 41,89%	Kurangnya kemampuan pengetahuan untuk menuliskannya. Pada status pasien IGD tidak disediakan tempat untuk menulis diagnosa keperawatan yang baku.
8	Pencapaian hasil pada dokumen keperawatan masih rendah				Dokumen keperawatan 51,91%	Dokep di IGD kurang lengkap karena di IGD terpancang pada tindakan medis terutama kasus emergency. Kurang bisa mengimplementasikan tindakan yang dikerjakan ke dalam tulisan

BAB V

PEMBAHASAN

Rumah sakit merupakan salah satu rantai penting dalam sistem pelayanan kesehatan, khususnya bagi Rumah Sakit Umum Daerah peranannya sebagai salah satu mata rantai adalah sebagai pusat rujukan medik. Dalam pelaksanaan rujukan di rumah sakit, seleksi dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun di Instalasi rawat jalan (IRJ), untuk selanjutnya penderita disalurkan ke instalasi yang dirujuk (Indrajaya, dkk 1993). Pada upaya peningkatan mutu pelayanan khususnya pada kasus gawat darurat, rumah sakit telah dilengkapi dengan fasilitas dan peralatan sesuai dengan kebutuhan. Pengadaan peralatan tersebut perlu disertai upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dari tenaga yang menggunakan peralatan tersebut serta didukung oleh tersedianya pedoman kerja praktis dan operasional. Dengan adanya pedoman kerja praktis dan operasional di Instalasi Gawat Darurat diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat IGD sehingga bisa mengurangi kesalahan dalam melaksanakan pekerjaan, meningkatkan motivasi perawat IGD secara cepat dan tepat yang nantinya pasien dan keluarganya akan mendapatkan kepuasan pelayanan yang diberikan masih sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

Departemen Kesehatan R.I (1990) Standar asuhan keperawatan adalah alat ukur kualitas asuhan keperawatan yang berfungsi sebagai pedoman atau tolok ukur dalam pelaksanaan praktek keperawatan.

Mutu asuhan keperawatan menurut ANA (American Nurse Association) dalam Gilles (1994) adalah kepatuhan terhadap standar praktek keperawatan yang meliputi :

- a. Perawat mengkaji data kesehatan
- b. Perawat menganalisa data dan menentukan diagnosa keperawatan
- c. Perawat mengembangkan hasil yang diharapkan pasien
- d. Perawat mengembangkan rencana tindakan keperawatan untuk mencapai hasil yang diharapkan
- e. Perawat mengembangkan rencana tindakan sesuai dengan rencana keperawatan
- f. Perawat mengevaluasi perkembangan-perkembangan pasien menuju pencapaian hasil

Sesuai dengan ciri-ciri organisasi yaitu didalam organisasi mempunyai peraturan, pengaturan dan kebijakan yang tertulis. Sebelum bekerja para anggota organisasi perlu memahami peraturan-peraturan dan kebijakan-kebijakan tersebut. Pimpinan perlu mensosialisasikan kebijakan-kebijakan tersebut kepada bawahan dapat menjadi substansi kepemimpinan instrumenta (Yulk 1994).

Kebijakan pelayanan dari satu organisasi adalah persepsi bersama-sama dari pemegang jabatan dari organisasi dan persepsi mereka atas bermacam-macam perilaku manajemen yang diharapkan (Jonhson 1996). Sebuah pelayanan yang berkualitas timbul bila persepsi ini diintegrasikan ke dalam suatu tema yang memperlihatkan bahwa pelayanan adalah penting bagi organisasi.

Penelitian menunjukkan bahwa dari 15 orang perawat IGD RSU Ambarawa dalam mempersepsikan produk kebijakan pimpinan yang meliputi : peraturan, pedoman, pembagian tugas, pemecahan masalah, target kerja,

dan keadilan dalam pengaruhnya terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan sebagai berikut :

A. PERATURAN

Adalah ketentuan–ketentuan Rumah Sakit yang mengatur tugas/kewajiban perawat sebagai pegawai rumah sakit.

Secara teoritis dapat didiskripsikan bahwa apabila peraturan RS dipersepsikan dengan baik oleh perawat IGD diharapkan proses pemberian pelayanan di IGD dapat berjalan dengan baik sehingga pelayanan prima dapat diwujudkan. Ini sesuai pendapat Kreitner & Kinicki (1995) yang mendefinisikan persepsi "*Perception is a mental and cognitive process that enables us to interpret and understand our surroundings*". Bahwa persepsi merupakan proses sadar yang memungkinkannya dapat melakukan interpretasi dan memahami segala yang ada disekelilingnya dengan demikian pemahaman terhadap suatu obyek dalam proses ini merupakan fungsi yang utama.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat IGD yang mempersepsikan peraturan baik (53,3%) menjadi patuh (100%) dan perawat yang mempersepsikan peraturan tidak baik (46,7%) menjadi tidak patuh (71,4%) dalam menerapkan SAK. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik perawat dalam mempersepsikan peraturan RS semakin patuh perawat IGD dalam menerapkan SAK.

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan uji *Fisher's Exact test* bahwa variabel persepsi peraturan secara bermakna ($p\text{-value}=0,007$) berhubungan dengan tingkat kepatuhan perawat IGD RSU Ambarawa.

Sehubungan tersebut di atas, untuk meningkatkan tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan SAK dengan cara meningkatkan pemahaman perawat

tentang peraturan yaitu melalui sosialisasi yang terus menerus serta dalam pelaksanaannya sanksi ditegakkan bagi yang melanggarnya.

Berdasarkan hasil observasi terhadap dokumen kepegawaian RSUD Ambarawa sebagian besar perawat IGD adalah tenaga kontrak yang mana pengakuan tenaga kontrak lebih rendah dari Pegawai Negeri. Ini sesuai dengan teori motivasi dari Herzberg's yaitu beberapa faktor yang memberikan kepuasan kepada karyawan : tercapainya tujuan, pengakuan, pertanggung jawaban, peningkatan dan pengembangan. Untuk meningkatkan motivasi kerja perawat IGD bahwa pihak manajemen RS mengusulkan kepada pemerintah daerah tenaga kontrak untuk diangkat menjadi pegawai negeri sipil (PNS).

B. PEDOMAN

Pedoman adalah ketentuan-ketentuan Rumah Sakit yang mengatur pelaksanaan kerja perawat sebagai tenaga profesi Rumah Sakit.

Sesuai dengan atribut yang disandang perawat adalah tenaga profesional ini sesuai dengan pernyataan dari PPNI (1999) : pelayanan keperawatan adalah 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 tanggung jawabnya sehingga pedoman kerja yang dijalankan oleh tenaga perawat memang sudah mereka miliki sejak di pendidikan perawat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat IGD yang mempersepsikan pedoman baik (53,33%) yang menjadi patuh (87,5%), tidak patuh (12,5%), dan perawat yang mempersepsikan pedoman tidak baik (46,67%) yang menjadi tidak patuh (57,1%) patuh (42,9%). Dengan komputasi data dengan

uji statistik *Fisher's Exact test* variabel persepsi pedoman tidak ada hubungan yang bermakna ($p\text{-value} = 0,119$) dengan tingkat kepatuhan.

Ini berarti bahwa persepsi yang baik tentang pedoman RS tidak mutlak harus dimiliki oleh perawat IGD tetapi pedoman kerja sebagai tenaga perawat untuk dapat menjalankan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang perlu dicermati untuk dievaluasi pelaksanaannya.

Sehubungan tersebut di atas perlu di bidang keperawatan dilaksanakan pelatihan SAK berkala setiap tahun bagi semua perawat RS khususnya IGD.

C. PEMBAGIAN TUGAS

Adalah sistem pengaturan yang ada di Rumah Sakit dalam menunjang kelancaran pelaksanaan tugas perawat di IGD.

G.R. Terry dalam buku *Principles of management* mengemukakan tentang asas-asas *organizing* sebagai berikut :

- 1). *The Objective* (tujuan)
- 2). *Departementation* (pembagian tugas)
- 3). *Assign personnel* (penempatan tenaga kerja)
- 4). *Authority and responsibility* (wewenang dan tanggung jawab)
- 5). *Delegation of authority* (pelimpahan wewenang)
- 6). *Span of authority* (rentangan wewenang)
- 7). *Coordination* (koordinasi)

Pembagian tugas yang ada di unit darurat harus dibuat dengan baik dan dapat dilaksanakan dengan tujuan menghindari tugas rangkat yang akhirnya dapat mengganggu kelancaran pemberian pelayanan kepada pasien IGD.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat IGD yang mempersepsikan pembagian tugas baik (53,33%) menjadi patuh (100%) dan yang

mempersiapkan pembagian tugas tidak baik (46,67%) yang menjadi tidak patuh (71,4%).

Dengan komputasi data dengan uji statistik *Fisher's Exact test* bahwa variabel persepsi pembagian tugas secara bermakna ($p\text{-value} = 0,007$) berhubungan terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan SAK di IGD RSU Ambarawa.

Berdasarkan observasi dan FGD dengan perawat IGD bahwa masih adanya tugas rangkap misalnya merangkap tanggung jawab administrasi askes, askin, dll. Untuk menghindari adanya tugas rangkap pengusulan penambahan tenaga administrasi, dan untuk peningkatan persepsi tentang pembagian tugas perlu adanya sosialisasi pemahaman pembagian tugas secara berkala kepada semua karyawan RS.

D. PEMECAHAN MASALAH

Pemecahan masalah adalah tata cara dalam menyelesaikan yang dianggap menjadi masalah di GD sehingga dapat teratasi dengan baik.

Metode-metode yang dapat digunakan dalam *problem solving* (Graham Wilson 1999) : adalah sebagai berikut :

- 1). Mengidentifikasi masalah
- 2). Mengumpulkan data
- 3). Memutuskan solusi terbaik
- 4). Mengevaluasi dampak dari keputusan

Dengan penanganan yang cepat dengan solusi terbaik beserta pengambilan keputusan yang tepat maka diharapkan kendala dari masalah yang ada di IGD cepat terselesaikan dengan baik.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dianalisis bahwa distribusi frekuensi perawat IGD RSU Ambarawa dalam mempersiapkan pemecahan masalah

adalah baik sejumlah (46,67%) dan semuanya menjadi patuh dan yang mempunyai persepsi tidak baik sebesar (53,33%) yang menjadi tidak patuh (62,5%) dan yang patuh (37,5%). Dengan komputasi data dan uji *Fisher's Exact test* bahwa variabel pemecahan masalah ada hubungan yang bermakna ($p\text{-value}=0,026$) terhadap tingkat kepatuhan dalam menerapkan SAK. Dan untuk meningkatkan kemampuan perawat IGD dalam pemecahan masalah yaitu dengan cara mengikutsertakan perawat dalam *problem solving*. Pada saat ini yang sudah berjalan pada setiap pertemuan rutin bulanan dengan pimpinan rumah sakit disarankan dapat memberikan masukan dalam hal perbaikan pemberian pelayanan medis di IGD pada khususnya dan pelayanan RS pada umumnya.

E. TARGET KERJA

Adalah apa yang harus dicapai dalam melaksanakan kerja di IGD dalam pelayanan keperawatan. Target kerja yang harus dicapai oleh karyawan harus dijelaskan sebelum di bekerja di suatu organisasi agar mereka mengetahui apa yang harus dicapai dalam melaksanakan pekerjaannya.

Wayne F. Cascio dalam buku *Humant Resource menagement* 1981, sistem penilaian kerja meliputi : *relevance, acceptibility, realibility*. Jadi target dapat untuk mengukur kesesuaian hasil pekerjaan dan tujuan yang telah ditetapkan terlebih dulu.

Berdasarkan hasil pada penelitian ini dapat dianalisa bahwa distribusi frekuensi perawat IGD RSU Ambarawa dalam mempersepsikan target adalah baik sejumlah (46,7%) menjadi patuh semuanya (100%) dan yang mempersepsikan tidak baik sejumlah (53,33%) menjadi tidak patuh sebesar (62,5%). Pada hasil penelitian ini dengan uji hubungan antara persepsi target kerja terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan

keperawatan metode *Fisher's Exact test* adalah bermakna ($p\text{-value} = 0,026$) berhubungan dengan penerapan perawat dalam menerapkan SAK. Untuk meningkatkan pemahaman target kerja perlu terus diadakan sosialisasi kepada semua karyawan baik medis dan paramedis RS.

Dalam observasi di bagian kepegawaian RS bahwa tenaga IGD sebagian besar adalah tenaga kontrak secara teoritis motivasi kerjanya lebih rendah daripada tenaga PNS karena insentif lebih rendah, jenjang karier tidak ada, akhirnya kinerjanya rendah.

F. KEADILAN

Adalah proses perawat IGD menerima menyeleksi, mengorganisasikan menguji dan memberikan reaksi keadilan yang ditetapkan pimpinan Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil pada penelitian dapat dianalisis bahwa distribusi frekuensi perawat IGD RSU Ambarawa dalam mempersepsikan keadilan adalah baik sejumlah (53,3%) menjadi patuh 87,5% dan perawat yang mempersepsikan tidak baik sejumlah (46,7%) yang menjadi tidak patuh (57,1%).

Pada hasil penelitian ini dengan uji hubungan antara persepsi keadilan metode *Fisher's Exact test* adalah tidak bermakna ($p\text{-value} = 0,119$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antar keadilan dan kepatuhan penerapan standar asuhan keperawatan. Namun keadilan ini dapat mempengaruhi motivasi kerja (*Equity Theory*) dikatakan bahwa seseorang akan termotivasi bekerja jika ia menikmati keadilan; oleh karena itu ini harus menjadi catatan oleh pihak manajemen RS Ambarawa bahwa kebijakan yang menyangkut keadilan ini dapat dilaksanakan dengan komitmen yang tinggi misalnya: penjenjangan karier, promosi jabatan, penghargaan bagi karyawan berprestasi.

Dari hasil di atas dapat diberikan komentar bahwa dari yang mempersepsikan target kerja baik tidak semuanya menjadi patuh oleh karena perawat IGD yang sebagian besar tenaga kontrak ini sesuai teori penguatan (*Reinforcement theory*) bahwa motivasi seseorang bekerja tergantung pada *Reward* yang diterimanya.

G. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN

Berdasarkan analisa diskriptif dapat diketahui bahwa sebagian besar perawat IGD patuh menerapkan standar asuhan keperawatan sebesar 66,7% dan tidak patuh sebesar 33,3%. Melihat angka tersebut diketahui bahwa perawat IGD RSUD Ambarawa patuh dalam menerapkan standar asuhan keperawatan sebesar 66,7% dengan demikian masih perlu dilakukan upaya-upaya meningkatkan kemampuan dan ketrampilan para perawat IGD RSUD Ambarawa.

Gibson (1996) menyatakan bahwa kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu. Ada beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keahlian dan ketrampilan spesifik karyawan yaitu 1) latihan di tempat kerja (*On the job training*) bertujuan untuk memberikan pengalaman dan ketrampilan kepada karyawan dengan menggunakan alat dan bahan serta dilakukan pada lingkungan kerja yang sesungguhnya misalnya magang dan rotasi kerja, 2) *On site* pelatihan di luar jam kerja, disampaikan oleh pelatih dengan audio visual.

Pada penelusuran Rekapitulasi skor pencapaian hasil proses keperawatan standar asuhan keperawatan yang dilaksanakan di IGD RSUD Ambarawa adalah “ pengkajian mencapai 69,97%, Diagnosa Keperawatan mencapai 42,17%, Perencanaan mencapai 61,97%, Pelaksanaan/Implementasi 61,61%, Evaluasi mencapai 77,97% dan Dokumentasi Keperawatan 53,62%.

Terlihat di sini pencapaian terendah pada proses keperawatan pada penelitian ini 1) Diagnosa Keperawatan : pencapaian 42,17% masukan dari FGD dengan peserta direktur RS, Komite medis, Bagian Keperawatan, Kepala IGD bahwa pencapaian yang rendah ini antara lain karena kurang pengetahuan perawat IGD tentang standar asuhan keperawatan, status baku belum ada tentang diagnosa keperawatan. Upaya yang harus dilakukan oleh manajemen Rumah Sakit: pelatihan perawat IGD meliputi SAK, pengadaan status pasien IGD yang ada format diagnosa keperawatan. 2) Dokumentasi keperawatan mencapai 53,62% masukan dari FGD bahwa pencapaian rendah ini sulitnya perawat IGD mengimplementasikan tindakan kepada pendokumentasian. Upaya yang harus dilakukan oleh pihak manajemen RS: pelatihan perawat IGD tentang pendokumentasian SAK berkala, perlu dipikirkan *reward* perawat IGD terhadap kinerja perawat.

Dengan uji statistik metode regresi logistik binary yaitu bertujuan mengetahui pengaruh bersama-sama dari variabel produk kebijakan pimpinan: peraturan, pembagian tugas, pemecahan masalah dan target kerja terhadap variabel kepatuhan dalam menerapkan SAK.

Yang berpengaruh secara bersama-sama terhadap tingkat kepatuhan. Dengan metode multivariate adalah: a) Perawatan dengan persepsi yang tidak baik tentang pengaturan RS mempunyai kecenderungan tidak patuh 18 kali lebih besar daripada perawat dengan persepsi yang tidak baik, b) Perawat dengan persepsi tidak baik tentang target kerja mempunyai kecenderungan menjadi tidak patuh sebesar 82 kali lebih besar daripada perawat yang mempunyai persepsi target kerja baik. Usulan untuk RS pelatihan SAK perawat IGD penyelidikan logistik yang telah dilengkapi diagnosa keperawatan. Maka usulan kepada pihak manajemen rumah sakit bahwa peraturan RS untuk dapat dilaksanakan dengan baik dan menjalankan sanksi

bagi yang melanggarnya dan target kerja bagi perawat RS khususnya perawat IGD perlu adanya pemahaman dan pengertian yang jelas yaitu dengan cara evaluasi kinerja perawat IGD setiap bulan oleh bidang keperawatan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dibuat beberapa kesimpulan antara lain sebagai berikut :

1. Perawat IGD RSUD Ambarawa mempersepsikan produk kebijakan pimpinan sebagai berikut :
 - a. Peraturan dipersepsikan baik 53,33% dan tidak baik 46,67%.
 - b. Pedoman dipersepsikan baik 53,33% dan tidak baik 46,67%.
 - c. Pembagian tugas dipersepsikan baik 53,33% dan tidak baik 46,67%.
 - d. Pemecahan masalah dipersepsikan tidak baik 53,33 % dan baik 46,67%.
 - e. Target kerja dipersepsikan tidak baik 53,33% dan baik 46,67%.
 - f. Keadilan dipersepsikan tidak baik 60% dan baik 40%.
2. Tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan sebagai berikut:
 - a. Pengkajian sebesar 69,89 %
 - b. Diagnosa keperawatan sebesar 42,17 %
 - c. Perencanaan sebesar 61,87%
 - d. Pelaksanaan /Tindakan sebesar 61,61 %
 - e. Evaluasi sebesar 77,97 %
 - f. Dokumentasi keperawatan sebesar 53,62 %
3. Secara bivariat dengan *Fisher's Exact test* bahwa terdapat hubungan yang nyata antara persepsi kebijakan pimpinan yang meliputi: peraturan (*p-value* = 0,007), pembagian tugas (*p-value* = 0,007),

pemecahan masalah (*p-value* = 0,026), target kerja (*p-value* = 0,026) dengan kepatuhan perawat IGD dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

4. Secara bersama-sama yang mempunyai pengaruh terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan SAK sbb:
 - a. Peraturan yang dipersepsikan oleh Perawat IGD RSUD Ambarawa tidak baik akan mempunyai kecenderungan menjadi tidak patuh sebesar 18 kali lebih besar daripada perawat IGD yang mempunyai persepsi peraturan dengan baik dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.
 - b. Target Kerja yang dipersepsikan oleh perawat IGD Ambarawa dengan tidak baik akan mempunyai kecenderungan menjadi tidak patuh 82 lebih besar daripada perawat IGD yang mempunyai persepsi tentang target kerja baik dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.
5. Semakin baik dalam mempersepsikan produk kebijakan meliputi: peraturan, pembagian tugas, pemecahan masalah dan target kerja maka pencapaian tingkat kepatuhan penerapan standar asuhan keperawatan di IGD RSUD Ambarawa semakin besar.

B. Saran

1. Rumah Sakit
 - a. Meningkatkan pemahaman tentang produk kebijakan pimpinan yang meliputi: peraturan, pembagian tugas, pemecahan masalah

dan target kerja dengan cara sosialisasi dioptimalkan kepada seluruh karyawan RS, khususnya perawat IGD.

- b. Khusus tentang peraturan RS dan Target Kerja harus mendapat perhatian khusus dalam pelaksanaan di lapangan karena mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap pelaksanaan SAK di IGD RSU Ambarawa pada penelitian ini.
 - c. Pelatihan SAK secara berkala setiap tahun khususnya pada Diagnosa keperawatan dan pendokumentasian keperawatan.
 - d. Pada rekrutmen perawat RS perlu dipertimbangkan tentang adanya uji kompetensi.
2. Peneliti lain

Masih diperlukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh karakteristik perawat terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan SAK di IGD RSU Ambarawa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fielder FE, 1967 : *A Theory of Leadership Effectiveness*, New York MC Grow Hill.
2. Kartono K, 1982 : *Pemimpin dan Kepemimpinan* , Co Rajawali Jakarta.
3. Wexley, KN dan Yuki, GA, 2003: *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personal*, Rineka Cipta, Jakarta.
4. Yukl, 1994: *Kepemimpinan dan Organisasi*, Jakarta.
5. Stogdill RM, 1974 : *Personal factor Associated with leadership Asurvey of the Literature Journal of psychology*.
6. Handoko, H., 1995 : *Managemen Personalia dan Sumberdaya manusia*, BPFE UGM, Yogyakarta.
7. Kontz et All, 1990: *Manajemen, Jilid 2*. Terjemahan Gunawan Hutauruk, Penerbit Erlangga, Jakarta.
8. Mulyadi, 1997: *Paradigma Baru dalam Pelayanan Kesehatan Program Pengembangan Eksekutif MMRS UGM*. Yogyakarta.
9. Pareek, 1984: *Perilaku Organisasi, Cetakan II*. PT Pustaka Binaman. Presindo Jakarta.
10. Robbins S, 2001: *Organizational Behavior*. Prentice-Hall, Inc. New Jersey.
11. Keith dan Newston, 1993: *Pedoman Bagi Penyelia, Jilid I*. Terjemahan Bambang Harsono, Pustaka Binaman Presindo. Jakarta.
12. Kreitzer and Kenicki, 1995: *Organizational Behavior*. Richard D. Irwin, Inc.
13. Makmuri, 1999: *Perilaku Organisasi, Program Pendidikan Pascasarjana MMRS UGM*. Yogyakarta.
14. Kotler et All, 1996: *Marketing for Health Organization*. Prentice-Hall, Inc. New Jersey.
15. Locke, E. and Associates, 2002: *Esensi Kepemimpinan, Empat Kunci untuk Memimpin dengan Penuh Keberhasilan*. Spektrum-Mitra Utama. Jakarta.
16. Davis, K. 1984 : *Human behavior at work organization behavior sixth edition*. Mc Grow Hill Publishing co Ltd. New York.
17. Muchlas, M. 1996 : *Perilaku Organisasi, Jilid I. Program Pascasarjana Universitas Gajah Mada* , Yogyakarta.
18. Mustar, L. 1999 : *Hubungan antara karakteristik demografik dengan kepuasan kerja dan komitmen karyawan di rawat inap. RSJP Surakarta*.
19. Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1990 : *Pedoman Supervisi Upaya Kesehatan Puskesmas Direktorat Jendral Bankesmas*. Jakarta.
20. Syarif, 1987: *Motivasi Kerja Karyawan Dinas Kesehatan Kotamadya Dati II Bogor*. Skripsi FKM Undip. Semarang.

21. Van Dersal, 1986: *Prinsip dan Teknik Supervisi dalam Pemerintah dan Perusahaan*. Bhatara Karya Aksara. Jakarta.
22. Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1995 : *Standar Asuhan keperawatan dan Penilaian Evaluasi Pelaksana Standar Asuhan keperawatan*. Depkes RI. Jakarta.
23. Azwar, A. 1994: *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara. Jakarta.
24. PPNI, 1999: *Keperawatan dan Praktek Keperawatan*, Jakarta. R, Likert 1967 : *New Patterns of management*, New York MC Grow Hill.
25. Pusdiknakes, 1989: *Sinopsis Dasar Dasar Keperawatan*. Jakarta.
26. Effendy, N. 1995: *Pengantar proses keperawatan* . Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.
27. Wijaya, 1994: *Mutu dan biaya perawatan*. *Majalah Cermin dunia kedokteran*.
28. Gartinah, T. 1994: *Pengembangan Sumber Daya Manusia dalam Bidang keperawatan*.
29. Koziar B, Erb, G Olivieri R, 1991: *Fundamentals of Nursing Concepts, proses and practise 4 th. cd* Addison wesey PublishingOmpany, Inc. California.
30. Donabedian, 1980: *The Definition of Quality and Approuch to its measurement an about MI Health Administration*. Health Administration Press and Arbar. Michigan.
31. Gilles, 1994: *Nursing Management A System Approach*. W.B Edition Sounders Company. Philadelpia.
32. Notoatmojo, S. 1993: *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset. Yogyakarta.
33. Gibson et All, 1997: *Organisasi Perilaku Struktur dan Proses, Jilid I*. Penerbit Erlangga. Jakarta.
34. Thoha, M. 2003: *Perilaku Organisasi, Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Raja Grafindo Persada. Jakarta.