

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KINERJA KLINIS PERAWAT BERDASARKAN PENERAPAN
SISTEM PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA KLINIS
(SPMKK) DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT PANTI WILASA CITARUM SEMARANG
TAHUN 2008**



TESIS

Untuk Memenuhi Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S-2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

Oleh:

Emanuel Vensi Hasmoko

NIM: E4A006014

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2008**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA
KLINIS PERAWAT BERDASARKAN PENERAPAN SISTEM
PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA KLINIS (SPMCK)
DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT PANTI WILASA CITARUM SEMARANG
TAHUN2008**

Dipersiapkan dan disusun oleh :
Nama : EMANUEL VENSI HASMOKO
NIM : E4 A006014

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada tanggal,24 September 2008
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Sudiro, MPH, Dr. PH
NIP. 131 252 965

dr. Daniel Budi wibowo, M. Kes

Penguji

Penguji

Bambang Edi Warsito, SKp, M. Kes
NIP. 140 091 675

Dra. Atik Mawarni, M. Kes
NIP. 140 239 056

Semarang, 24 September 2008
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

dr. Sudiro, MPH, Dr. PH
NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : EMANUEL VENSI HASMOKO

Nim : E4A006014

Judul Tesis : " **ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA KLINIS PERAWAT BERDASARKAN PENERAPAN SISTEM PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA KLINIS (SPMCK) DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT PANTI WILASA CITARUM SEMARANG TAHUN 2008** ".

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya bahwa tesis ini adalah hasil karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri. Karya ini belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Semarang, September 2008

EMANUEL VENSI HASMOKO
NIM : E4A006014

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : EMANUEL VENSI HASMOKO
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat Tanggal Lahir : Wonogiri, 08 November 1964
Alamat : Jl. Permai XI/10 Kudus Permai
RT 04 / RW 04 Garung Lor, Kaliwungu Kudus
O291435076

- A. Riwayat Pendidikan :
- B. TK Fatimah Baturetno 1970
 - C. SD Negeri II Baturetno , Lulus tahun 1977
 - D. SMP Kanisius st .Alosius Baturetno, Lulus tahun 1981
 - E. SMA N I Wonogiri, Lulus tahun 1984
 - F. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 1992
- B. Riwayat Pekerjaan :
- 1. Dokter Jaga Klinik Kencana Mandiri (klinik 24 jam) Jombang Ciputat Bogor pada tahun 1992 s/d 1993.
 - 2. Kepala Puskesmas Kerang, Kecamatan Tanjung Aru, Tanah Grogot Kalimantan Timur pada tahun 1993 s/d 1996
 - 3. Karyawan Rumah Sakit Kristen Tayu Pati 1996 s/d sekarang.
- C. Kursus :
- 1. Medik Operatif Pria (MOP) / Medik Operatif Wanita (MOW), tahun 1996.
 - 2. Hiperkes Dan Keselamatan Kerja, tahun 2001.
 - 3. Akupunctur,

KATA PENGANTAR

Puji syukur dan terimakasih kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat dan karuniaNya sehingga tesis ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Dalam penyusunan hingga terwujudnya tesis ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada yang terhormat :

1. Bapak dr.Sudiro, MPH.Dr.PH selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, juga selaku pembimbing Utama yang berkenan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dari sejak awal hingga selesainya tesis ini.
2. Bapak dr. Daniel Budi Wibowo M.Kes selaku Direktur RS Panti Wilasa Citarum Semarang yang telah memberikan ijin dan kesempatan penelitian penulis. Dan juga selaku pembimbing Pendamping, dengan penuh kesabaran membimbing dan banyak memberikan masukan serta arahan dalam proses penyusunan tesis ini hingga terwujud.
3. Bapak Bambang Edi Warsito SKP,M.Kes, selaku penguji Utama dalam uji sidang proposal tesis dan tesis, yang telah banyak memberikan masukan arahan hingga lebih sempurna tesis ini.
4. Ibu Dra. Atik Mawarni, M.Kes selaku penguji Pendamping dalam uji sidang proposal tesis dan tesis, yang juga telah banyak memberikan masukan serta arahan-arahan yang sangat besar artinya hingga lebih sempurna tesis ini.

5. Seluruh Dosen Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah membekali penulis untuk selangkah lebih maju hingga tesis ini terwujud.
6. Bapak dr. Yosep Chandra.M.Kes selaku direktur RS Panti Wilasa Dokter Cipto Semarang beserta staff yang telah memberikan dukungan , ijin dan kesempatan dalam uji validitas kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.
7. Ibu Sri Wahyuni selaku Kabid Keperawatan dan ibu Yokebet selaku Tim SPMKK RS Panti Wilasa Citarum Semarang beserta staf yang telah memberikan dukungan dan kesempatan penulis
8. Ibu Tuti kabid Keperawatan dan ibu Susi Diklat RS Panti Wilasa Dokter Cipto Semarang memberikan dukungan dan kesempatan penulis.
9. Pengurus YKKSM dan seluruh jajaran staf dan karyawan Rumah sakit Kristen Tayu yang telah memberikan semangat dan dukungan kepada penulis untuk menyusun tesis ini.
10. Keluargaku Istriku dan anak-anakku Kunto dan Wedha) yang dengan sabar penuh pengertian dan kasih sayang memberikan dukungan, semangat selama kuliah.
11. Orang tuaku, mertuaku kakak-kakakku dan adik-adikku yang selalu memberikan motivasi dan dukungan doa kepada penulis.
12. Teman-teman terbaikku dan terkasih (Rilistyku, Uki dan Merloku) yang selalu memberikan waktu, penuh kasih, perhatian dan dorongan yang tak ternilai kepada penulis.

13. Semua rekan-rekan mahasiswa S2 ARS, KIA, SIMKES dan AKK sepejuangan (regular blok dan non reguler angkatan 2006) yang telah memberikan support dan motivasi kepada penulis.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, khususnya teman teman yang telah membantu penulis selama selama mengikuti pendidikan, penelitian , penyusunan tesis ini hingga akhir.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu penulis hingga terselesainya tesis ini, semoga segala budi dan amal baiknya akan selalu diterima dan dibalas oleh Tuhan Yang Maha Kuasa.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mohon kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Semarang, September 2008

P e n u l i s

ABSTRAK

Emanuel Vensi Hasmoko

Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Klinis Perawat Berdasarkan Penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang

xv, 111 halaman + 19 tabel + 5 gambar + 7 lampiran

Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang telah melaksanakan berbagai upaya peningkatan pelayanan dan perbaikan mutu dimana pelayanan keperawatan sebagai salah satu faktor penentu baik buruknya pelayanan di rumah sakit masih terjadi kurangnya kinerja klinis perawatan yang didukung dengan ditemukannya peningkatan kejadian phlebitis pada tahun 2006 -2007 sebesar 7,05% dan ditemukan dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap. Kondisi ini menjadi perhatian peneliti untuk meneliti lebih lanjut tentang Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Klinis Perawat berdasarkan Penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional yang bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*, menggunakan uji analitik dengan regresi logistik untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *Proportionate Stratified Random Sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur responden sebagian besar berumur antara 24-34 tahun (54,1%), masa kerja responden sebagian besar antara 1 – 9 tahun (45,9%), dan sebagian besar berpendidikan D III Keperawatan (94,6%) serta semua perawat (100,0%) sudah mengikuti pelatihan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK). Analisis multivariat menunjukkan bahwa ada pengaruh secara bersama-sama antara variabel bebas terhadap variabel terikat berdasarkan penerapan SPMKK yaitu pengetahuan dengan nilai $p = 0,004$ ($p \leq 0,05$), $C = 0,553$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 50,901$; sikap dengan nilai $p = 0,003$ ($p \leq 0,05$), $C = 0,491$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 91,132$; motivasi nilai $p = 0,042$ ($p \leq 0,05$), $C = 0,461$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 8,693$; monitoring nilai $p = 0,003$ ($p \leq 0,05$), $C = 0,546$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 59,706$.

Saran yang dapat diberikan agar senantiasa tenaga perawat yang sudah memperoleh pelatihan SPMKK tetap mempunyai semangat dan tidak bosan sebaiknya tetap memperoleh penyegaran SPMKK secara berkala dan berkelanjutan bulanan, tribulanan atau semesteran. Motivasi dalam bekerja dengan menerapkan reward and punishmen perlu ditingkatkan lagi. Bagi yang berprestasi dihargai yang sebagai mana mestinya sehingga menumbuhkan semangat yang lebih baik lagi.

Kata Kunci : SPMKK, Kinerja, Perawat

Kepustakaan : 62 (1966-2008)

ABSTRACT

Emanuel Vensi Hasmoko

Analysis of the Factors Influencing Nurse's Clinical Work Performance Based on Implementing the Management Development System of Clinical Work Performance at Inpatient Room of Panti Wilasa Citarum Hospital, Semarang

xv + 111 pages + 19 tables + 5 figures + 7 enclosures

Panti Wilasa Citarum Hospital in Semarang has already performed some efforts to improve services and quality of nursing care that is one of determining factors of services at the hospital. Work performance of nurses at Panti Wilasa Citarum Hospital was still low. This condition was shown by increasing the occurrence of phlebitis equal to 7.05% from year 2006 to 2007 and finding incomplete nursing documents. Therefore, it needs to conduct research about Analysis of the Factors Influencing Nurse's Clinical Work Performance based on implementing the Management Development System of Clinical Work Performance at Inpatient Room of Panti Wilasa Citarum Hospital, Semarang.

This was observational research using a descriptive-analytic method and cross sectional approach. Sample was carried out by using the method of Proportionate Stratified Random Sampling. Data were analyzed using Logistic Regression Test.

Result of this research shows that most of the respondents have an age between 24-34 years old (54.1%), have a work period between 1-9 years (45.9%), have a Diploma III educational level (94.6%), and have ever followed training the Management Development System of Clinical Work Performance (100.0%). Result of multivariate analysis reveals that variables of knowledge ($p=0.004$; Exp B: 50.901), attitude ($p= 0.003$; Exp B: 91.132), motivation ($p= 0.042$; Exp B: 8.693), and monitoring ($p= 0.003$; Exp B: 59.706) together influence towards nurse's clinical work performance based on implementing the Management Development System of Clinical Work Performance.

Management of the hospital should refresh the nurses through conducting re-training of the Management Development System of Clinical Work Performance periodically. The hospital management should apply the methods of reward and punishment to improve the nurse's motivation.

Key Words: Management Development System of Clinical Work Performance,
Work Performance, Nurse

Bibliography: 62 (1966-2008)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
ABSTRAK.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Pertanyaan Penelitian.....	10
D. Tujuan	10
1. Tujuan Umum	10
2. Tujuan Khusus	10
E. Manfaat Penelitian	11
F. Ruang Lingkup Penelitian.....	12

	G. Keaslian Penelitian	12
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA.....	14
	A. Asuhan Keperawatan.....	14
	B. Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK)	21
	C. Kinerja.....	33
	D. Kerangka Teori	55
BAB III	METODE PENELITIAN.....	57
	A. Variabel Penelitian.....	57
	B. Hipotesis	57
	C. Kerangka Konsep Penelitian.....	58
	D. Rancangan Penelitian.....	58
	1. Jenis Penelitian	58
	2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data.....	59
	3. Metode Pengumpulan data.....	59
	4. Populasi	59
	5. Sampel	59
	6. Definisi Operasional.....	61
	7. Instrumen Penelitian	65
	8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	67
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	70
	A. Pelaksanaan penelitian.....	70

	B. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian	70
	C. Gambaran khusus.....	72
	1. Deskripsi karakteristik responden	72
	2. Analisis Univariat Variabel Penelitian	85
	3. Analisis Bivariat Variabel Penelitian.....	90
	4. Analisis Pengaruh	96
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	102
	A. Kesimpulan	102
	B. Saran.....	103
	DAFTAR PUSTAKA	106
	LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sejalan dengan perubahan sosial budaya masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan perkembangan informasi yang demikian cepat dan diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik mengharuskan sarana pelayanan kesehatan untuk mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat tersebut.¹

Didalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit disusun berupa kegiatan komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan output / outcome secara objektif, sistematis dan berlanjut. Memantau dan menilai mutu serta kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan pelayanan pasien dan memecahkan masalah yang terungkap, sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna.²

Struktur/Input	Proses	Hasil/Output
<ul style="list-style-type: none">- Deskripsi pekerjaan- Standar Klinis- Indikator Kinerja- Pendidikan berkelanjutan- Ketrampilan manajerial klinis	<ul style="list-style-type: none">- Kepemimpinan & support kualitas Asuhan Kep./Keb.- Monitoring IKK feedbackkan hasil dan coaching untuk mencapai standar kinerja yang dibutuhkan- Refleksi Diskusi Kasus	<ul style="list-style-type: none">- Staf termotivasi- Standarisasi- Kepuasan Pasien- Kepuasan Staf- Peningkatkan outcome kesehatan

Karena hanya profesi perawat dan bidan merawat pasien 24 jam, mereka menjadi kunci untuk kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu fungsi, tugas, tanggung jawab serta akuntabilitas perawat dan bidan harus diperjelas. Demikian juga pengetahuan dan ketrampilannya terus menerus harus ditingkatkan, supaya asuhan kepada pasien bisa diberikan secara profesional dan holistik^{2,3,4}. Hal yang patut kita sadari bahwa pelayanan keperawatan/kebidanan dapat memberikan kontribusi besar dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan⁵

Pada tahun 2001, Departemen Kesehatan Indonesia bekerjasama dengan WHO Indonesia telah melakukan penilaian terhadap 1.000 perawat dan bidan di 4 propinsi, hasil penilaian menunjukkan bahwa pada saat itu tidak terdapat sistem manajemen yang mendukung terwujudnya kinerja klinik yang baik. Atas dasar ini maka pada tahun 2001 berbagai pihak dengan dukungan dari WHO Indonesia dan lembaga donor mengembangkan sebuah sistem peningkatan kinerja klinik bagi perawat dan bidan yang disebut sebagai Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMKK). Sistem ini telah di uji-coba-kan (2002), di evaluasi (2003-2004) dan pada saat ini telah diterapkan di 9 propinsi dan 35 kabupaten/kota. Lebih lanjut SPMKK telah dijadikan kebijakan nasional dengan nama baru yaitu Peningkatan Manajemen Kinerja (PMK) melalui SK Menkes.^{3,6}

Konsep dasar PMK adalah memberikan lingkungan (struktur dan proses) yang memotivasi staf klinik (perawat) untuk menerapkan dan mengembangkan ilmu dan keterampilan yang dimiliki hingga dapat memberikan pelayanan (keperawatan) yang bermutu (outcome). Struktur dimaksud adalah: deskripsi pekerjaan berdasarkan kebutuhan, standar dan

pedoman pelayanan klinik, pendidikan berkelanjutan, indikator kinerja dan keterampilan manajemen klinik. Proses dimaksud adalah: kepemimpinan untuk mutu klinik, monitoring kinerja klinik, mekanisme umpan balik, pendampingan untuk mencapai standar yang telah ditetapkan dan mekanisme pembelajaran berkelanjutan.⁵

Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMKK), dikembangkan untuk perawat dan bidan, merupakan suatu pendekatan yang bersifat memperkuat dan mendukung program/proses yang sudah ada : akreditasi dan proses jaminan mutu yang difokuskan pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan .³

Kinerja (*performance*) menjadi isu dunia saat ini. Hal tersebut terjadi sebagai konsekuensi tuntutan masyarakat terhadap kebutuhan akan pelayanan prima atau pelayanan yang bermutu tinggi. Mutu tidak terpisahkan dari standar, karena kinerja diukur berdasarkan standar. Melalui kinerja klinis perawat, diharapkan dapat menunjukkan kontribusi profesionalnya secara nyata dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan , yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan secara umum pada organisasi tempatnya bekerja, dan dampak akhir bermuara pada kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat.³

Untuk mengukur kinerja perawat pada tatanan klinis, digunakan "indikator kinerja klinis" sebagai langkah untuk mewujudkan komitmennya guna dapat menilai tingkat kemampuan individu dalam tim kerja. Dengan demikian, diharapkan kesadaran akan tumbuh, mau, dan mampu mengidentifikasi kualitas kinerja masing-masing, untuk dimonitor, diperbaiki serta ditingkatkan secara terus menerus. Model pengembangan dan

manajemen kinerja klinis (SPMKK) bagi perawat , dimulai dari elemen terkecil dalam organisasi yaitu pada tingkat "*First Line Manager*" (kepala ruang), karena produktifitas (jasa) berada langsung ditangan individu-individu dalam kerja tim. Namun demikian komitmen dan dukungan pimpinan puncak dan stakeholder lainnya tetap menjadi kunci utama. Bertemunya persepsi yang sama antara dua komponen tersebut dalam menentukan sasaran dan tujuan, merupakan modal utama untuk meningkatkan kinerja dalam suatu organisasi. Menentukan tingkat prestasi melalui indikator kinerja klinis akan menyentuh langsung faktor -faktor yang menunjukkan indikasi-indikasi obyektif terhadap pelaksanaan fungsi/tugas seorang perawat , sejauh mana fungsi dan tugas yang dilakukan memenuhi standar yang ditentukan.³

Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum terletak di Semarang Jawa Tengah didirikan pada tahun 1973 dibawah kepemilikan YAKKUM (Yayasan Umum Kesehatan Kristen Untuk Umum), Rumah Sakit kelas C dengan kapasitas tempat tidur 185 tempat tidur. Jumlah tenaga dokter sebanyak 10 orang (2,42%), jumlah tenaga perawat sebanyak 128 orang (30,92%) dan tenaga bidan 13 orang (3,14%), dengan dukungan fasilitas penunjang yang profesional. Situasi sumber daya manusia tingkat pendidikan perawat dan bidan adalah S1 keperawatan sebanyak 8 orang (5,67%), D3 keperawatan sebanyak 120 orang (85,11%) , D3 Kebidanan sebanyak 10 orang (7,09%) dan D1 Kebidanan sebanyak 2 orang (1,42%). Sedangkan umur perawat/bidan 21-30 tahun sebanyak 40 orang (28,37%), 31-35 tahun sebanyak 36 orang (25,53%), 36-40 tahun sebanyak 31 orang (21,99%), dan umur 40-56 tahun sebanyak 34 orang (24,11%). Sedangkan untuk masa kerja 1-3 tahun (6,38%) dan 3-37 tahun (93,62%).

Dalam hal pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang kelas C dengan indikator pelayanan pada dua tahun terakhir 2006 dan 2007 yaitu pada BOR (Bed Occupancy Rate) terjadi peningkatan 66 % menjadi 68 %, AVLOS (Average Length of Stay) atau rata-rata lama seseorang di rawat pada 2 tahun terakhir rata-rata pemakaian 4 hari, BTO(Bed Turn Over) atau frekuensi pemakaian tempat tidur rata-rata 5 hari. TOI (Turn Over Internal) atau rata-rata tempat tidur tidak ditempati pada dua tahun terakhir hasilnya sama yaitu 2 hari kosong^{4,7}. Faktor-faktor yang menyebabkan peningkatan dan penurunan pada indikator-indikator tersebut adalah pelayanan medis / dokter, pelayanan asuhan keperawatan, pelayanan administrasi, pelayanan makanan dan pelayanan kebersihan⁷.

Tahun 2007 awal dari pelaksanaan keselamatan pasien (*patient safety*) sebagai program peningkatan mutu layanan. Sertifikasi ISO 9000 dan Akreditasi 12 pelayanan telah diperoleh Rumah Sakit Pantiwilasa Citarum serta melakukan upaya penerapan keselamatan pasien dengan menambah unit keselamatan yang khusus mengelola keselamatan klien , pekerja dan pengunjung rumah sakit dengan nama Koordinator Unit Keselamatan Pasien, K-3 dan Infeksi Nosokomial (KPPINOS Dan K3), juga menerapkan sistem pengembangan manajemen kinerja klinis perawat dengan membentuk tim Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) sejak September 2005.

Kegiatan dimulai Desember 2005 dengan mengirimkan 1 orang bidan untuk pelatihan Training Of Trainer (TOT) yang diselenggarakan YAKKUM bekerja sama dengan WHO, satu sampai dua minggu kemudian

dikembangkan dengan melatih TOT perawat 3 orang dan bidan 3 orang. Tim SPMKK ini dipimpin seorang bidan beranggotakan 5 orang, yang ditetapkan dan bekerja dengan SK direktur dibawah koordinasi kepala bidang keperawatan. Rumah Sakit Pantiwilasa Citarum menerapkan SPMKK di seluruh ruang rawat inap untuk pelayanan keperawatan dan kebidanan. Pada tahun 2006 kegiatan pelatihan SPMKK lanjutan untuk perawat dan bidan tidak dilakukan. Pelaksanaan kegiatan implementasi materi SPMKK di ruang Bougenvile dan Dahlia sebatas melihat / observasi pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan Standar Asuhan Kebidanan (SAB), pemahaman job diskripsi melaksanakan SOP sesuai dengan standar. Akhir bulan Ferbruari 2008 semua perawat dan bidan (100%) di instalasi rawat inap telah dilatih SPMKK, dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 : Data tenaga perawat yang telah dilatih SPMKK

No	Ruang	Tempat Tiidur	Jumlah Perawat	Perawat yang sudah dilatih SPMKK		
				2006	2007	2008
1	Anggrek	38	14	3	5	14
2	Bougenvil	41	15	3	5	15
3	Cempaka	44	13	-	3	13
4	Dahlia	32	13	-	3	13
5	Edelweis	12	10	-	3	10
6	Peristi	8	5	-	3	5
7	Icu	5	12	-	3	12
8	VK	5	9	-	3	9
	Total	185	91	6	28	91

Sumber : Bidang Keperawatan RS Pantil Wilasa Citarum Semarang 2008

Komponen SPMKK adalah (1) Standar Pelayanan dan Standar Operasional Prosedur (SOP), (2) Uraian Tugas, (3) Indikator Kinerja Klinik, (4) Refleksi Diskusi Kasus, (5) Monitoring dan evaluasi, bisa dilihat dari 16 indikator pengembangan pelayanan di Rumah Sakit Pantil Wilasa Citarum dalam table 1.2 sebagai berikut :

Tabel 1.2 : Data hasil evaluasi 16 indikator manajemen keperawatan.

	INDIKATOR	KETERANGAN	Nilai 2007
1	Falsafah dan Tujuan	Ada dan baik	5
2	Struktur organisasi keperawatan	Ada	5
3	Supervisi SPMKK	Oleh kepala bidang keperawatan bersama pelatih SPMKK	4
4	Pimpinan bidang keperawatan	Ada	5
5	Perawat pengganti kepala keperawatan	Ada	5
6	Jumlah dan jenis tenaga keperawatan	Ada dan lengkap	5
7	Tenaga keperawatan terlatih	Sudah terlatih	5
8	Standar asuhan keperawatan (SAK)	Ada dan dilaksanakan	4
9	Kebijakan dan prosedur pelayanan keperawatan yang konsisten dengan pelayanan bidang lain dalam RS.	Ada dan baik	4
10	Rencana asuhan kep/keb	Ada	4
11	Pertemuan rutin	Ada dan dilaksanakan	
12	Etika profesi	Kode etik keperawatan belum menyatu dengan kode etik RS	4
13	Peningkatan mutu asuhan keperawatan dan kebidanan	Ada dan baik	4
14	Laporan tertulis tentang kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan dan kebidanan	Ada dan baik	4
15	Kerjasama tertulis tentang hubungan antara RS dengan lembaga pendidikan	Ada	5
16	Catatan asuhan keperawatan dan kebidanan menjadi satu dengan rekam medis	Ada dan lengkap	5
	Hasil Total (%)		91,25 %

Sumber : Bidang Keperawatan RS Panti Wilasa citarum Semarang 2008

Pada tabel 1.2 dapat dilihat bahwa hasil pencapaian penerapan SPMKK adalah 91,25% artinya sudah baik atau lulus $\geq 85\%$ (Lampiran). Pelaksanaan monitoring dan evaluasi external sudah berjalan secara reguler tiap 3 bulan sekali. Namun monitoring dan evaluasi internal belum berjalan.

Salah satu indikator peningkatan mutu klinis pelayanan keperawatan adalah menurunnya angka kejadian tidak diharapkan. Kejadian tidak diharapkan (infeksi nosokomial) di RS Panti Wilasa Citarum Semarang dikelompokkan menjadi Infeksi Saluran Kemih (ISK), Infeksi Luka Operasi, Pneumonia, sepsis, dekubitus, phlebitis. Dari penelusuran data sekunder pelaporan infeksi nosokomial tahun 2006 dan 2007 diketahui bahwa terdapat phlebitis. Kejadian infeksi nosokomial dapat dilihat pada tabel 1.3.

Tabel 1.3 : Data Kejadian Infeksi Nosokomial

No	Ruang	Standar Asuhan keperawatan	SOP	Job Diskripsi	2006	2007
1	Anggrek	Phlebitis	Ada	Ada	5	5
2	Bougenvile	Phlebitis	Ada	Ada	2	3
3	Cempaka	Phlebitis	Ada	Ada	9	2
4	Dahlia	Phlebitis	Ada	Ada	4	28
5	Geriarti/HND	Phlebitis	Ada	Ada	2	-
6	Peristi	Phlebitis	Ada	Ada	-	2
7	ICU	Phlebitis	Ada	Ada	-	-
8	VK	Phlebitis	Ada	Ada	-	-
	Total				22	40

Sumber : Bidang Keperawatan RS Panti Wilasa citarum Semarang 2007

Pada tabel 1.3 dapat dilihat bahwa kejadian infeksi nosokomial berupa phlebitis akibat pemasangan infus dari tahun 2006 ke tahun 2007 mengalami peningkatan. Dari kejadian phlebitis tahun 2006 di ruang Cempaka sebanyak 9 orang dan tahun 2007 di ruang Dahlia sebanyak 28 orang. Hal ini menggambarkan bahwa tingkat mutu layanan terhadap pasien kurang optimal

dengan adanya peningkatan kejadian phlebitis dari 11,69% menjadi 18,74% (data sekunder RS Panti Wilasa Citarum).

Dari penelusuran data sekunder pelaporan, pendokumentasian yang dilakukan di ruang rawat inap masih belum lengkap, diantaranya pengisian nama, no RM, penanggung jawab tidak ditulis, inform consent tidak lengkap dan tidak ada tanda tangan dokter maupun saksi, dapat dilihat pada table 1.4. sebagai berikut :

Tabel 1.4 : Data dokumen rekam medis tidak lengkap

No	Bangsal	Dokumen Tidak Lengkap	
		2006	2007
1	Anggrek	31,17%	16,18%
2	Bougenvil	16,92%	6,18%
3	Cempaka	24,92%	12,64%
4	Dahlia	18,75%	4,36%
5	Edelweis/HCU	22,92%	22,18%
6	Peristi	-	7,09%
7	VK	5,33%	1,81%
8	ICU	50,33%	26,55%

Sumber : Dokumen laporan rekam medis RSPC Semarang.

Pada table 1.4. menunjukkan bahwa belum semua perawat dalam pelayanan asuhan keperawatan melengkapi dokumen rekam medis.

Untuk melengkapi kajian terhadap peningkatan kejadian phlebitis dan dokumen rekam medis yang belum lengkap maka peneliti melakukan studi pendahuluan dengan wawancara dengan kepala bidang keperawatan dan ketua tim SPMKK untuk mengetahui sejauh mana kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK .

Kondisi ini menjadi perhatian peneliti untuk meneliti lebih lanjut tentang Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Klinis Perawat berdasarkan Penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

B. Perumusan Masalah

Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang telah melaksanakan berbagai upaya peningkatan pelayanan dan perbaikan mutu dimana pelayanan keperawatan sebagai salah satu faktor penentu baik buruknya pelayanan di rumah sakit masih terjadi kurangnya kinerja klinis perawatan yang didukung dengan ditemukannya peningkatan kejadian phlebitis pada tahun 2006 -2007 sebesar 7,05% dan ditemukan dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap.

C. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan pada penelitian ini adalah faktor-faktor manakah yang mempengaruhi Kinerja klinis Perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran karakteristik umur, masa kerja, pendidikan, dan pelatihan perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
- b. Untuk mengetahui gambaran kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
- c. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
- d. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
- e. Untuk mengetahui hubungan motivasi dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum
- f. Untuk mengetahui hubungan monitoring dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

g. Untuk mengetahui pengaruh secara bersama sama antara pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit, dapat dipakai sebagai masukan dalam upaya meningkatkan manajemen mutu pelayanan terutama pada pelayanan keperawatan, memberikan masukan dan gambaran perkembangan pelaksanaan SPMKK perawat di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
2. Bagi MIKM UNDIP, merupakan pengembangan ilmu pengetahuan diharapkan menjadi semangat untuk memacu peneliti-peneliti selanjutnya tentang pelaksanaan SPMKK perawat di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
3. Bagi penulis, menambah wawasan secara mendalam khususnya berhubungan dengan manajemen mutu kinerja perawat pada pelaksanaan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK)

F. Ruang Lingkup Penelitian.

1. Ruang Lingkup Waktu

Waktu dalam penulisan hingga pengumpulan data di lapangan yaitu dari bulan April sampai dengan Juli 2008

2. Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

3. Ruang Lingkup Materi

Materi dalam penelitian ini adalah materi-materi yang berhubungan dengan materi SPMKK dan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya dalam Administrasi Rumah Sakit.

G. Keaslian Penelitian

1. Ahmad Jaiz dengan judul, Pengembangan manajemen kinerja perawat /bidan di Kulon Progo Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus tunggal terjalın atau *embedded case*, dengan memfokuskan pengungkapan fenomena atau isu penting mengenai suatu program Metode yang digunakan adalah analisis deskriptif yaitu penelitian dengan tujuan membuat gambaran suatu keadaan secara objektif . Pada penelitian ini fenomena yang diamati adalah pelatihan pengembangan manajemen kinerja klinik perawat dan bidan di Kabupaten Kulon Progo dan Kota yogyakarta. Unit analisis adalah pelatihan, rumahsakit dan puskesmas. Subjek penelitian terdiri dari peserta pelatihan, direktur dan kepala seksi keperawatan rumahsakit serta kepala puskesmas Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta. Sumber informasi juga berasal dari hasil observasi langsung dan dokumen penyelenggara pelatihan. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi langsung, angket, dan wawancara mendalam. Analisis data kuantitatif dilakukan secara manual

dan bantuan *software* komputer. Hasil wawancara dilakukan analisis kualitatif dan disajikan dalam bentuk tabel, diagram, dan narasi.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Devi Verini, 2007. Dengan judul Pengaruh Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (PMKK) Terhadap Kinerja Perawat Di IGD RS.Dr.M.Djamil Padang. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif menggunakan kuasi eksperimental dengan teknik *one group pre test – post test* (Sarwono, J. 2006). Variabel independen penelitiannya adalah pelatihan dan pelaksanaan PMKK, variable dependent penelitiannya adalah kinerja tenaga perawat di IGD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. ASUHAN KEPERAWATAN

Keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesional merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Selain itu pelayanan keperawatan merupakan salah satu faktor penentu baik buruknya mutu dan citra rumah sakit.⁸ Keperawatan adalah ilmu humanistik tentang kepedulian dalam mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, dan caring terhadap rehabilitasi individu yang sakit atau sehat.⁹

Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan, berbentuk layanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Layanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri.⁹ Ciri-ciri perawat profesional adalah lulusan pendidikan tinggi keperawatan minimal DIII keperawatan mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mentaati kode etik, mampu berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan masyarakat serta baik dalam rangka penyuluhan kesehatan, mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang

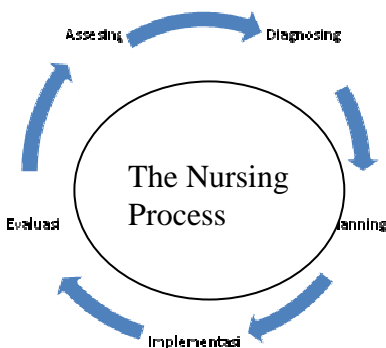
tersedia secara berdaya guna dan berhasil guna mampu berperan sebagai agen pembaharu dan mengembangkan ilmu dan teknologi keperawatan²³.

Praktek Keperawatan adalah kombinasi ilmu kesehatan dan seni tentang asuhan (*care*) dan merupakan perpaduan secara humanistik pengetahuan ilmiah, falsafah keperawatan, praktek klinik, komunikasi, dan ilmu sosial.⁹ Inti praktek keperawatan ialah pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi fenomena keperawatan. Sebagai suatu praktek profesional, pendekatan yang digunakan untuk mengatasi masalah atau fenomena tersebut adalah dengan pendekatan proses keperawatan yang merupakan metode yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang terdiri dari lima langkah yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Perawat akan melakukan pengkajian (melalui wawancara, pemeriksaan fisik, pemanfaatan hasil pemeriksaan diagnostik) untuk menetapkan diagnosis keperawatan. Pengkajian keperawatan dikembangkan berdasarkan konsep-konsep yang diyakini dalam keperawatan yang meliputi pengkajian biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Selanjutnya diagnosis keperawatan ditetapkan pada dimensi bio-psiko-sosio-spiritual. Berdasarkan diagnosa keperawatan, ditetapkan tujuan yang akan dicapai dan mengidentifikasi tindakan keperawatan yang diperlukan dalam mengatasi masalah klien atau sebagai rencana asuhan keperawatan. Rencana asuhan keperawatan dikembangkan, dimonitor, dan dievaluasi oleh seorang perawat profesional yang bertanggung jawab tentang asuhan keperawatan klien. agar rencana asuhan

keperawatan dikembangkan dapat memberikan hasil optimal maka dibutuhkan hubungan perawat - klien yang spesifik.⁹

Pelayanan dan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien merupakan bentuk pelayanan profesional yang bertujuan untuk membantu klien dalam pemulihan dan peningkatan kemampuan dirinya melalui tindakan pemenuhan kebutuhan klien secara komprehensif dan berkesinambungan sampai klien mampu untuk melakukan kegiatan rutinitasnya tanpa bantuan.⁴

Proses keperawatan adalah tindakan aktivitas yang ilmiah dan rasional yang dilakukan secara sistematis terdiri dari lima tahap yaitu pengkajian ,diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian.^{10,11} Model proses keperawatan dapat dilihat gambar 2.1 :



Gambar 2.1 *The Nursing Process* (Kozier,1991dkk)

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.²⁸

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian tentang status kesehatan pasien. Diagnosis keperawatan adalah diagnosa yang dibuat oleh perawat profesional, menggambarkan tanda dan gejala yang menunjukkan masalah kesehatan yang dirasakan pasien.¹²

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 tetat mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan oleh perawat terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnose keperawatan.¹²

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 kesinambungan yang melibatkan pasien dan keluarga serta tenaga kesehatan. Penilaian dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam merencanakan tindakan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.¹¹

Standar pada dasarnya adalah menuntut pada tingkat ideal yang dapat dicapai²³. Selanjutnya standar sebagai pernyataan deskriptif tentang tingkat penampilan yang dipakai untuk kualitas struktur, proses dan hasil.²⁵ Standar dapat diukur dengan menggunakan suatu indikator. Indikator atau tolok ukur adalah suatu ukuran terhadap standar yang telah ditetapkan.⁵⁸ Indikator ini merupakan alat ukur / tolok ukur minimal yang seharusnya dapat dilaksanakan pada sebagian besar rumah sakit tanpa memepertimbangkan jenisnya.¹³

Standar asuhan keperawatan adalah suatu pernyataan yang menguraikan kualitas yang diinginkan terkait dengan pelayanan keperawatan terhadap klien. Standar asuhan keperawatan adalah upaya memberikan asuhan dan bimbingan langsung kepada perawat untuk melaksanakan praktek keperawatan.¹⁴

Standar asuhan keperawatan adalah alat ukur kualitas asuhan keperawatan yang berfungsi sebagai pedoman atau tolok ukur dalam pelaksanaan praktek keperawatan.¹⁵ Dengan demikian dapat disimpulkan 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 masalah, mencari alternative pemecahan masalah, dan memenuhi kebutuhan- kebutuhan dasar manusia.¹⁶

Tujuan Standar keperawatan adalah meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mengurangi biaya asuhan keperawatan, dan melindungi

perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik. ^{10,17}

Standar praktek keperawatan meliputi :

1. Standar I; pengumpulan data tentang status kesehatan klien/pasien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh, dikomunikasikan dan dicatat.
2. Standar II; diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan.
3. Standar III; rencana asuhan keperawatan meliputi tujuan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan.
4. Standar IV; rencana asuhan keperawatan meliputi prioritas dan pendekatan tindakan keperawatan yang ditetapkan untuk mencapai tujuan yang disusun berdasarkan diagnosis keperawatan.
5. Standar V; tindakan keperawatan memberikan kesempatan klien/pasien untuk berpartisipasi dalam peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan.
6. Standar VI; tindakan keperawatan membantu klien/pasien untuk mengoptimalkan kemampuannya untuk hidup sehat.
7. Standar VII; ada tidaknya kemajuan dalam pencapaian tujuan ditentukan oleh klien/pasien dan perawat.
8. Standar VIII; ada tidaknya kemajuan dalam pencapaian tujuan memberi arah untuk melakukan pengkajian ulang, pengaturan kembali urutan prioritas, penetapan tujuan baru dan perbaikan rencana asuhan keperawatan.

Mutu asuhan keperawatan adalah kepatuhan terhadap standar praktek keperawatan. Standar praktek keperawatan ini dikembangkan menjadi dua tipe yaitu^{10,17} :

1. 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. Perawat menganalisa data dan menentukan diagnosis keperawatan
 - 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.
2. Standar kinerja profesional meliputi :
 - a. Perawat mengevaluasi secara sistematis mutu dan keefektifan praktek keperawatan
 - b. Perawat mengevaluasi secara sistematis mutu dan keefektifan praktek keperawatan.
 - c. Perawat mengevaluasi dirinya dalam praktek keperawatan hubungannya dengan standar praktek keperawatan.
 - d. Perawat menggunakan konsep pengetahuan, ketrampilan dalam praktek keperawatan.
 - e. Perawat mendukung pengembangan profesionalisasi di antara sesama perawat

- f. Perawat memutuskan dan melakukan tindakan untuk kepentingan pasien dengan memperhatikan etika sopan santun
- g. Perawat bekerjasama dengan pasien dan tim tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan keperawatan
- h. Perawat melakukan penelitian dalam praktek keperawatan
- i. Perawat mempertimbangkan faktor-faktor yang berhubungan dengan keefektifan biaya dalam pelaksanaan keperawatan.

Proses peningkatan mutu diperlukan 3 jenis standar yaitu input, proses dan output. Mutu mempunyai dua sisi yang tidak dapat dipisahkan yaitu pertama kepatuhan terhadap mutu standar meliputi standar masukan, contoh : standar tenaga, prasarana, metoda, peralatan. Standar proses, seperti proses pelayanan perawatan, medis, dan administrasi dan standar hasil seperti kesembuhan pasien, kematian, lama di rawat dan kepuasan pasien. Kedua kepatuhan terhadap harapan pelanggan yang terdiri dari penyesuaian terhadap tuntutan konsumen dan tuntutan profesi.¹⁸

B. SISTEM PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA KLINIS (SPMKK)

3,6,7,19.

Sistem pengembangan manajemen kinerja klinis bagi perawat dan bidan merupakan model yang dikembangkan berdasarkan hasil riset yang dilakukan oleh WHO bekerja sama dengan kelompok kerja perawat dan bidan di tingkat nasional Depkes pada tahun 2001.

1. Pengertian SPMKK

Sistem pengembangan manajemen kinerja klinis (SPMKK) adalah suatu mikro sistem organisasi pelayanan kesehatan dan proses manajerial untuk meningkatkan kemampuan klinis perawat dan bidan di rumah sakit.

Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) perawat dan bidan adalah suatu upaya peningkatan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana/institusi pelayanan kesehatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu

2. Tujuan Umum :

Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana / institusi pelayanan kesehatan.

Tujuan Khusus :

- a. Meningkatnya pengetahuan dan keterampilan perawat dan bidan;
 - b. Meningkatnya kepatuhan penggunaan standar dalam melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - c. Meningkatnya kemampuan manajerial pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - d. Meningkatnya pelaksanaan monitoring kinerja perawat dan bidan berdasarkan indikator kinerja yang disepakati;
- a. Meningkatnya kegiatan diskusi refleksi kasus (DRK) keperawatan dan kebidanan;
 - b. Meningkatnya mutu asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - c. Meningkatnya kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan kebidanan;

3. Sasaran kegiatan SPMKK adalah :

- a. Perawat dan bidan pelaksana, serta manajer lini pertama (*first line manager*) yaitu: kepala ruangan, wakil kepala ruangan di RS, perawat dan bidan sebagai penanggung jawab program di Puskesmas, serta pimpinan keperawatan/kebidanan di sarana pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Pimpinan sarana kesehatan, Direktur, Kepala Bidang/Kepala Seksi, Kepala Instalasi dan supervisor (rumah sakit), Kepala Puskesmas, dan Kepala sarana pelayanan

4. Filosofi SPMKK

Sistem pengembangan manajemen kinerja klinis adalah sistem mikro yang mendukung dan meningkatkan kemampuan kinerja klinis perawat dan bidan secara profesional, dengan memperhatikan etika aspek legal yang akan meningkatkan budaya kerja, sehingga diharapkan dapat bermanfaat secara makro dalam pelayanan kesehatan masyarakat baik di rumah sakit maupun di puskesmas.

SPMKK memfasilitasi terciptanya budaya kerja perawat dan bidan yang mengarah kepada upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan yang didasarkan pada profesionalisme, IPTEK, aspek legal, berlandaskan etika untuk mendukung sistem pelayanan kesehatan secara komprehensif.

5. Komponen SPMKK

Dalam menerapkan SPMKK diperlukan pelatihan ketrampilan manajerial bagi setiap manajer lini pertama perawat dan bidan dalam mengelola kinerja staf. Pada pelatihan tersebut ditekankan pada penguasaan 5

komponen SPMKK. Komponen dimaksud mencakup: standar, uraian tugas, indikator kinerja, sistem monitoring , dan diskusi refleksi kasus.

a. Standar Komponen utama yang menjadi kunci dalam SPMKK adalah Standar, yang meliputi Standar Profesi, Standar Operasional Prosedur (SOP), dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat dan bidan di sarana pelayanan kesehatan. Standar keperawatan dan kebidanan bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dan bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bermutu sehingga setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan berorientasi pada budaya mutu. Selain hal tersebut standar dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pekerjaan, dapat meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf, dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta melindungi masyarakat / klien dari pelayanan yang tidak bermutu. Dalam implementasi SPMKK, perawat dan bidan dibimbing secara khusus untuk menyusun dan mengembangkan SOP yang nantinya akan digunakan sebagai acuan di sarana pelayanan kesehatan setempat.

b. Uraian tugas

Uraian tugas adalah seperangkat fungsi, tugas, dan tanggungjawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara set pekerjaan yang satu dengan yang lainnya. Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggung jawab serta akuntabilitas setiap perawat dan bidan dalam melaksanakan peran dan fungsinya.

Kejelasan uraian tugas dimaksud dapat memandu setiap perawat dan bidan untuk melaksanakan kegiatan sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan setempat. Dengan adanya uraian tugas yang jelas bagi setiap jabatan klinis akan memudahkan manajer/pimpinan untuk menilai kinerja staf secara obyektif dan dapat digunakan sebagai dasar upaya promosi staf ke jenjang yang lebih tinggi.

Selama proses penerapan SPMKK, perawat dan bidan difasilitasi untuk mengidentifikasi kembali seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan. Hasil identifikasi masing-masing perawat dan bidan dibahas dalam kelompok untuk menghasilkan uraian tugas sesuai dengan posisi pekerjaan dan standar yang telah disepakati. Dengan melibatkan perawat dan bidan dalam proses perumusan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang jelas terhadap uraian tugas dari suatu pekerjaan dan akan memberi keyakinan dan dorongan untuk menilai tingkat kemampuan diri (*self evaluation*) dan peningkatan motivasi kerja perawat dan bidan.

c. Indikator kinerja

Indikator kinerja perawat dan bidan adalah variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator yang berfokus pada hasil asuhan keperawatan dan kebidanan kepada pasien dan proses pelayanannya disebut indikator klinis. Indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien yang berdampak terhadap pelayanan.

Indikator klinis SPMKK ini diidentifikasi, dirumuskan, disepakati, dan ditetapkan bersama diantara kelompok perawat dan bidan serta manajer lini pertama keperawatan/kebidanan (first line manajer), untuk mengukur hasil kinerja klinis perawat dan bidan terhadap tindakan yang telah dilakukan, sehingga variabel yang akan dimonitor dan dievaluasi menjadi lebih jelas bagi kedua belah pihak.

d. Diskusi Refleksi Kasus (DRK).

Diskusi refleksi kasus adalah suatu metoda dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat dan bidan dalam menerapkan standar dan uraian tugas. Pengalaman klinis yang direfleksikan merupakan pengalaman aktual dan menarik baik hal-hal yang merupakan keberhasilan maupun kegagalan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan atau kebidanan termasuk untuk menemukan masalah dan menetapkan upaya penyelesaiannya misal dengan adanya rencana untuk menyusun SOP baru DRK dilaksanakan secara terpisah antara profesi perawat dan bidan minimal satu bulan sekali selama 60 menit dengan tujuan untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan antar peserta diskusi. Tindak lanjut DRK ini dapat berupa kegiatan penyusunan SOP-SOP baru sesuai dengan masalah yang ditemukan.

a. Monitoring

Monitoring adalah suatu proses pengumpulan dan menganalisis dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara regular

untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana sehingga masalah yang dilihat/ditemui dapat diatasi (WHO).

1) Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan monitoring :

- a) Monitoring kinerja klinis perawatan dan bidan berdasarkan indikator klinis.
- b) Indikator kinerja berdasarkan standar dan uraian tugas.
- c) Indikator kinerja klinis dipilih yang menjadi indikator kunci.
- d) Indikator harus bersifat : dapat diukur/dinilai, dapat dicapai dan bersifat spesifik.
- e) Dalam waktu tertentu dapat dilakukan perubahan.
- f) Monitoring harus ditentukan bagaimana caranya, kapan dimana, dan siapa yang akan memonitor serta harus didokumentasikan.

2) Langkah-langkah dalam monitoring :

a) Perencanaan :

- (1) Merancang sistem monitoring yang spesifik ; apa yang akan dimonitor, tujuan apakah untuk memperoleh informasi rutin/jangka pendek ? mengapa/untuk siapa?
- (2) Menentukan scope monitoring : luas area (RS, puskesmas), apakah bersifat klinis aatau servis? Siapa yang terlibat ; bidan perawat, dokter ? berapa lama monitoring akan dilakukan ?
- (3) Memilih dan menentukan indikator tentukan batasan sasaran kelompok.
- (4) Menentukan sumber-sumber informasi, memilih metoda pengumpulan data ; seperti metode observasi, interiview

petugas perawat/bidan, pasien / rapid survey untuk cakupan atau pengobatan dirumah (home treatment).

b) Implementasi :

- (1) Mengumpulkan data penggunaan format pengumpulan data, termasuk memilih menentukan proses supervisidan prosesingnya (kemana akan dikirim)
- (2) Tabulasi data dan analisa data : membandingkan temuan atau pencapaian actual engan perencanaan.
- (3) Temuan dalam monitoring : apakah ada penyimpangan, bila ada perlu diidentifikasi masalah penyebab. Hasil temuan di “feedback” kan kepada semua staf yang trlibat.
- (4) Menggali penyebab dan mengambil tindakan perbaikan : menggali penyebab terjadinya masalah, bisa jadi masalah timbul dalam hal yang sudah familiar bagi perawat dan bidan. Rencana monitoring perlu disusun jangka pendek untuk menjamin bahwa tindakan/prosedur dilaksanakan sesuai standar (rencana) serta member efek sesuai dengan harapan.

c) Menentukan kelanjutan monitoring :

Kegiatan monitoring dirancang untuk memperoleh hasil kinerja sekarang (rutin) atau jangka pendek bagi manajer atau user yang lain. Ketika program atau kegiatan rutin telah memberikan perubahan signifikan, maka kelangsungan program kinerja memerlukan perhatian. Review secara periodic tetap diperlukan. Sistem informasi manajemen akan membantu manajer untuk

mempertimbangkan kapan indikator dan frekuensi monitoring dikurangi dan pada bagian mana perlu direncanakan lagi dan dilanjutkan.

3) Tipe monitoring

(1) Monitoring rutin :

Kegiatan mengkompilasi informasi secara regular berdasarkan sejumlah indikator kunci. Jumlah indikator dalam batas minimum namun tetap dapat memberikan informasi yang cukup bagi manajer untuk mengawasi kemajuan/perkembangan. Monitoring rutin dapat dipergunakan untuk mengidentifikasi penerapan program dengan atau tanpa perencanaan.

(2) Monitoring jangka pendek :

Dilakukan untuk jangka waktu tertentu dan biasanya diperuntukkan bagi aktivitas yang spesifik. Monitoring jangka pendek diperlukan bila manajer menemukan suatu masalah yang muncul berhubungan dengan input atau palayanan.

Untuk merancang sistem monitoring rutin atau jangka pendek, beberapa hal yang perlu dipertimbangkan :

- (1) Memilih indikator kunci yang akan dipergunakan manajer.
- (2) Hindari mengumpulkan data yang berlebihan agar tidak menjadi beban staf.
- (3) Berikan feedback pada waktu tertentu.
- (4) Gunakan format laporan yang dapat dengan mudah untuk menginterpretasikan data dan tindakan.

4) Sistem monitoring

Sistem monitoring indikator kinerja klinis perawat dan bidan sangat diperlukan untuk meningkatkan serta mempertahankan tingkat kinerja yang bermutu. Melalui monitoring akan dapat dipantau penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Penyimpangan harus dikelola dengan baik oleh manajer perawat dan bidan untuk diluruskan kembali agar kegiatan yang dilakukan sesuai dengan standar. Ada tiga indikator kinerja perawat dan bidan yang perlu dimonitor, yaitu ; *administratif, klinis dan pengembangan staf*.

Yang termasuk dalam indikator kinerja administratif meliputi pendokumentasian asuhan keperawatan (askep) dan asuhan kebidanan (askeb), segala sesuatu yang berhubungan dengan kegiatan administratif termasuk pencatatan dan pelaporan; indikator klinis kinerja adalah pelaksanaan kegiatan atau aktifitas asuhan langsung terhadap pasien. Pengembangan staf berkaitan dengan pengembangan kemampuan klinis staf (pengetahuan, ketrampilan dan sikap).

Kegiatan monitoring meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati yang dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauhmana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana. Monitoring bermanfaat untuk mengidentifikasi adanya penyimpangan dan mempercepat pencapaian target. Monitoring perlu direncanakan dan disepakati antara pimpinan, supervisor terpilih dan pelaksana.

Monitoring dilakukan terhadap indikator yang telah ditetapkan guna mengetahui penyimpangan kinerja atau prestasi yang dicapai,

dengan demikian setiap perawat/bidan akan dapat menilai tingkat prestasinya sendiri. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh supervisor diinformasikan kepada staf. Bila terjadi penyimpangan, supervisor bersama pelaksana mendiskusikan masalah tersebut dan hasilnya dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

6. Prinsip-prinsip SPMKK Perawat dan Bidan

Prinsip-prinsip yang diterapkan dalam SPMKK Perawat dan Bidan mencakup :

a. Komitmen

Komitmen dapat diartikan sebagai janji atau tanggung jawab . Hal ini dapat diartikan bahwa setiap orang/pihak/institusi yang berkomitmen terhadap SPMKk berjanji untuk melaksanakan SPMKK. Adanya komitmen ini sangat diperlukan mulai dari tingkat pimpinan/pengambil keputusan di pemerintahan kabupaten/kota, dinas kesehatan kabupaten/kota, rumah sakit, puskesmas, IBI, PPNI dan institusi lain yang terkait dengan pelaksanaan SPMKK. Komitmen ini merupakan salah satu komponen yang dapat menjamin kesinambungan kegiatan.

b. Kualitas Pelaksanaan SPMKK diarahkan untuk meningkatkan kualitas SDM keperawatan dan kebidanan meliputi kinerja dan hasil pelayanannya. Dengan meningkatnya kualitas tenaga perawat dan bidan diharapkan akan tercermin dalam kinerja sehari-hari di tempat kerja. Peningkatan kinerja perawat dan bidan akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan menjadi lebih baik sehingga akan

memperbaiki citra pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana pelayanan kesehatan.

- c. Kerja Tim SPMKK tidak hanya ditujukan kepada perawat dan bidan tetapi juga mendorong adanya kerjasama kelompok (*team work*) antar tenaga kesehatan (perawat, bidan, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya). Kerjasama tim merupakan salah satu penentu keberhasilan pelayanan kesehatan.
- d. Pembelajaran berkelanjutan di dalam penerapan SPMKK memberi kondisi terjadinya pembelajaran berkelanjutan yang memungkinkan setiap individu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya, sehingga dapat mengikuti perkembangan IPTEK.

e.. Efektif dan Efisien

Dengan menerapkan SPMKK maka perawat dan bidan dapat bekerja secara efektif dan efisien karena mereka bekerja sesuai dengan standar dan uraian tugas serta diikuti dengan monitoring dan evaluasi yang dapat meminimalkan kesalahan-kesalahan dalam pekerjaan. Adanya kejelasan tugas memungkinkan setiap orang bekerja pada area yang telah ditetapkan.

Beberapa komponen yang harus ada pada standar :

a. Standar Struktur.

Standar stuktur adalah karakteristik organisasi dalam tatanan asuhan yang diberikan. Standar ini sama dengan standar masukan atau standar input yang meliputi :

- 1) Filosofi dan administrasi.
- 2) Organisasi dan administrasi.

- 3) Kebijakan dan peraturan.
- 4) Staffing dan pembinaan.
- 5) Deskripsi pekerjaan (fungsi tugas dan tanggung jawab setiap posisi klinis)
- 6) Fasilitas dan peralatan.

b. Standar Proses

Standar proses adalah kegiatan dan interaksi antara pemberian dan penerimaan asuhan. Standar ini berfokus pada kinerja dari petugas profesional ditatanan klinis, mencakup :

- 1) Fungsi tugas, tanggung jawab, dan akontabilitas
- 2) Manajemen kinerja klinis
- 3) Monitoring dan evaluasi kinerja klinis

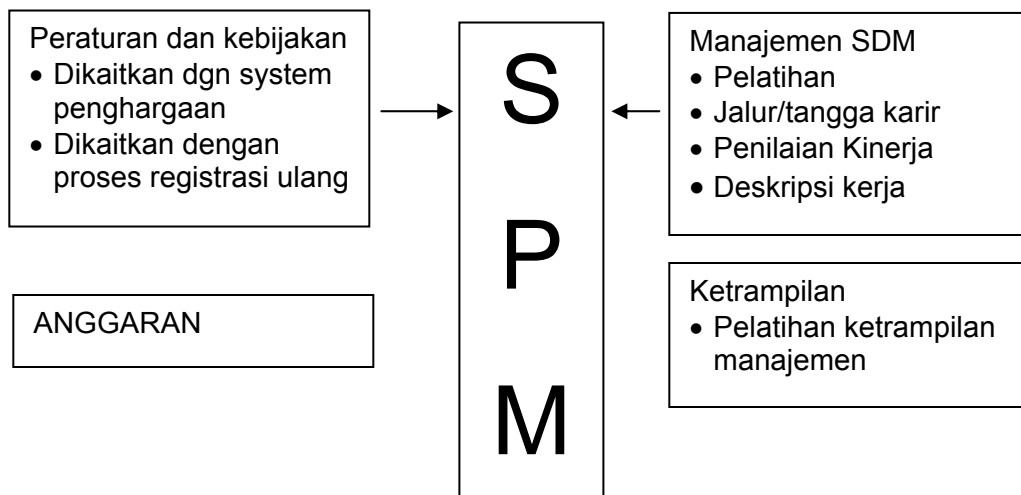
c. Standar Outcomes.

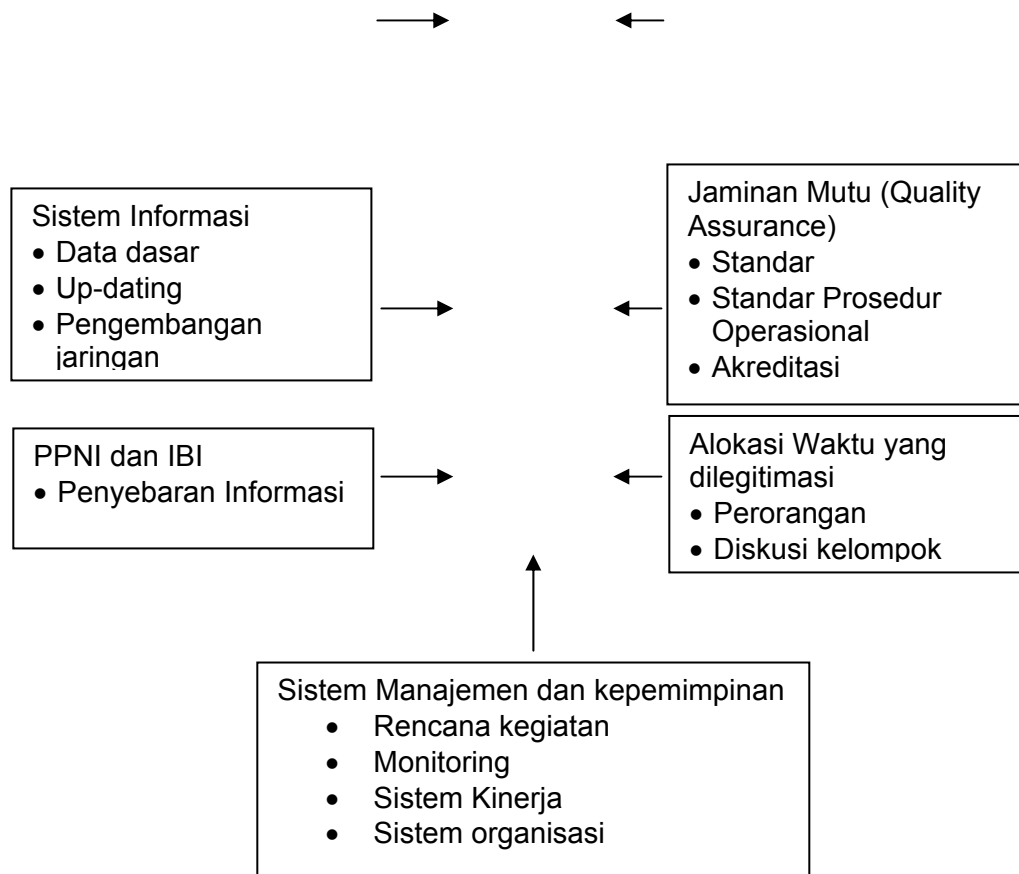
Standar outcomes adalah hasil asuhan dalam kaitannya status pasien.

Standar ini berfokus pada asuhan pasien yang prima, meliputi:

- 1) Kepuasan pasien.
- 2) Keamanan pasien.
- 3) Kenyamanan pasien.

7. Model SPMKK^{2,8,37,41}.





Gambar 2.2 Kerangka Komponen dalam mengembangkan SPMKK

C. KINERJA.

1. Pengertian Kinerja

Kinerja merupakan catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan atau seluruh aktivitas kerja dalam periode tertentu. Kinerja juga merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Agar dapat menghasilkan kinerja yang baik, seseorang memiliki kemampuan, kemauan, usaha serta dukungan dari lingkungan. Kemauan dan usaha akan menghasilkan

motivasi kemudian setelah ada motivasi seseorang akan menampilkan perilaku untuk bekerja²⁰.

Kinerja adalah kelakuan atau kegiatan yang berhubungan dengan tujuan organisasi, dimana organisasi tersebut merupakan keputusan dari pimpinan. Dikatakan bahwa kinerja bukan *outcome*, konsekuensi atau hasil dari perilaku atau perbuatan. Tetapi kinerja adalah perbuatan atau aksi itu sendiri, disamping itu kinerja adalah multidimensi sehingga untuk beberapa pekerjaan spesifik mempunyai beberapa bentuk komponen kerja, yang dibuat dalam batas hubungan variasi dengan variabel lain. Kinerja dengan prestasi kerja yaitu proses melalui mana organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan^{20,21}. Kinerja adalah hasil yang dicapai atau prestasi yang dicapai karyawan dalam melaksanakan suatu pekerjaan dalam suatu organisasi^{21,22}.

Penampilan kerja atau *job performance* sebagai bagian dari profisiensi kerja adalah menyangkut apa yang dihasilkan seseorang dari perilaku kerja. Tingkat sejauh mana seseorang berhasil menyelesaikan tugasnya disebut profesi (*level of performance*). Individu di tingkat prestasi kerja disebut produktif, sedangkan prestasi kerjanya tidak mencapai standar disebut tidak produktif. *Job performance* (penampilan kerja) adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku dalam pekerjaan yang bersangkutan. Menurut teori Atribusi atau *Expectancy Theory*, penampilan kerja dirumuskan sebagai berikut : $P = M \times A$, dimana P (*Performance*), M (*Motivasi*), A (*Ability*). Sehingga dapat dijelaskan bahwa *performance* adalah hasil interaksi antara motivasi dengan *ability* (kemampuan dasar). Dengan demikian orang

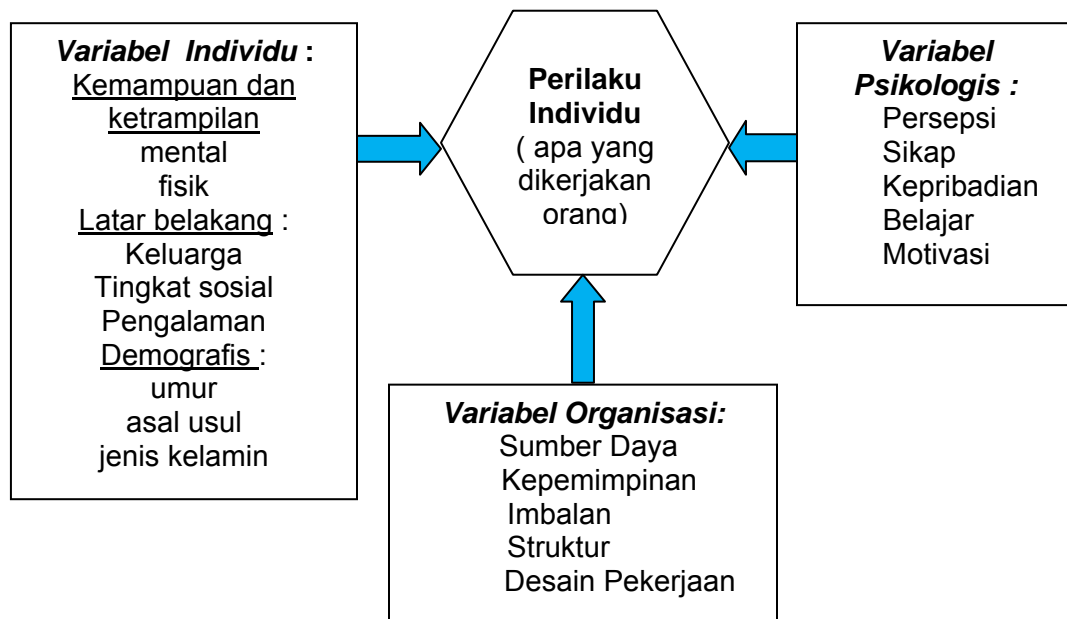
yang tinggi motivasinya, tetapi memiliki kemampuan dasar yang rendah akan menghasilkan *performance* yang rendah, begitu pula halnya dengan orang yang sebenarnya mempunyai kemampuan dasar yang tinggi tetapi rendah motivasinya^{20,29,30}. Penampilan kerja adalah suatu prestasi kerja yang telah dikerjakan atau ditunjukkan atas produk/jasa yang dihasilkan atau diberikan seseorang atau kelompok.^{22,23}

2. Model Teori Kinerja

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja personal, dilakukan kajian terhadap teori kinerja. Secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu : Variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kinerja personal. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran atau suatu jabatan atau tugas²⁴.

Gibson menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja adalah individu, perilaku, psikologi dan organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografi. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu. Variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu, Variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Variabel banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja

sebelumnya. Variabel psikologis seperti sikap, kepribadian, dan belajar merupakan hal yang kompleks, sulit diukur dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dengan organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan lainnya. Adapun uraian dari masing-masing variabel dapat dilihat pada gambar 2.3 :



Gambar 2.3. Variabel yang mempengaruhi kinerja (Gibson 1996)

a. Ketrampilan dan kemampuan fisik serta mental

Pemahaman tentang ketrampilan dan kemampuan diartikan sebagai suatu tingkat pencapaian individu terhadap upaya untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan efisien. Pemahaman dan ketrampilan dalam bekerja merupakan suatu totalitas diri

pekerja baik secara fisik maupun mental dalam menghadapi pekerjaannya. Ketrampilan fisik didapatkan dari belajar dengan menggunakan skill dalam bekerja. Ketrampilan ini dapat diperoleh dengan cara pendidikan formal dalam bentuk pendidikan terlembaga maupun informal, dalam bentuk bimbingan dalam bekerja. Pengembangan ketrampilan ini dapat dilakukan dalam bentuk training. Sedangkan pemahaman mental diartikan sebagai kemampuan berpikir pekerja kearah bagaimana seseorang bekerja secara matang dalam menghadapi permasalahan pekerjaan yang ada, tingkat pematangan mental pekerja sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai yang ada dalam diri individu. Nilai-nilai ini berkembang dalam diri individu, didapatkan dari hasil proses belajar terhadap lingkungannya dan keluarga pada khususnya.

b. Latar belakang (keluarga, tingkat sosial dan pengalaman)

Performasi seseorang sangat dipengaruhi bagaimana dan apa yang didapatkan dari lingkungan keluarga. Sebuah unit interaksi yang utama dalam mempengaruhi karakteristik individu adalah organisasi keluarga. Hal demikian karena keluarga berperan dan berfungsi sebagai pembentukan sistem nilai yang akan dianut oleh masing-masing anggota keluarga. Dalam hal tersebut keluarga mengajarkan bagaimana untuk mencapai hidup dan apa yang seharusnya kita lakukan untuk menghadapi hidup. Hasil proses interaksi yang lama dengan anggota keluarga menjadikan pengalaman dalam diri anggota keluarga. Pengalaman (masa kerja) biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dimana pengalaman

kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan. Semakin lama karyawan bekerja mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaan mereka. Para karyawan yang relatif baru cenderung terpuaskan karena berbagai pengharapan yang lebih tinggi ⁶.

c. Demografis (umur, jenis kelamin dan etnis).

Hasil kemampuan dan ketrampilan seseorang seringkali dihubungkan dengan umur, sehingga semakin lama umur seseorang maka pemahaman terhadap masalah akan lebih dewasa dalam bertindak. Hal lain umur juga berpengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Tingkat pematangan seseorang yang didapat dari bekerja seringkali berhubungan dengan penambahan umur, disisi lain penambahan umur seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik seseorang ²⁵.

Etnis diartikan sebagai sebuah kelompok masyarakat yang mempunyai ciri-ciri karakter yang khusus. Biasanya kelompok ini mempunyai sebuah peradaban tersendiri sebagai bagian dari cara berinteraksi dengan masyarakatnya. Masyarakat sebagai bagian dari pembentukan nilai dan karakter individu maka pada budaya tertentu mempunyai sebuah peradaban yang nantinya akan mempengaruhi dan membentuk sistem nilai seseorang ²⁵.

Pengaruh jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Pada pekerjaan yang bersifat khusus, misalnya mencangkul dan mengecat tembok maka jenis kelamin sangat berpengaruh terhadap keberhasilan kerja, akan tetapi pada pekerjaan yang pada umumnya lebih baik dikerjakan oleh laki-laki akan tetapi pemberian ketrampilan yang cukup memadai pada wanitapun mendapatkan hasil pekerjaan yang cukup memuaskan. Ada sisi lain yang positif dalam karakter wanita yaitu ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja, hal ini akan mempengaruhi kinerja secara personal ²⁴.

d. Persepsi

Persepsi didefinisikan sebagai suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan impresi sensorinya supaya dapat memberikan arti kepada lingkungan sekitarnya, meskipun persepsi sangat dipengaruhi oleh pengobyekan indra maka dalam proses ini dapat terjadi penyaringan kognitif atau terjadi modifikasi data. Persepsi diri dalam bekerja mempengaruhi sejauh mana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya ²⁴.

e. Sikap dan kepribadian

Merupakan sebuah titik dalam diri seseorang untuk tidak melakukan atau melakukan pekerjaan tersebut sebagai bagian dari aktivitas yang menyenangkan. Sikap yang baik adalah sikap dimana dia mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal. Ambivalensi seringkali

muncul ketika konflik internal psikologis muncul. Perilaku bekerja seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai dewasa. Kepribadian seseorang sulit dirubah karena elemen kepribadiannya yaitu id, ego dan super ego yang dibangun dari hasil bagaimana dia belajar saat dikandung sampai dewasa. Dalam hubungannya dengan bekerja dan bagaimana seseorang berpenampilan diri terhadap lingkungan, maka seseorang berperilaku. Perilaku ini dapat dirubah dengan meningkatkan pengetahuan dan memahami sikap yang positif dalam bekerja.

Sikap merupakan faktor penentu perilaku, karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sikap (*Attitude*) adalah kesiap-siagaan mental, yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman, dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya²⁴.

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang obyek tadi. Jadi sikap senantiasa terarah terhadap suatu hal, suatu obyek, tidak ada sikap tanpa obyek. Sikap merupakan suatu pandangan, tetapi dalam hal ini masih berbeda dengan suatu pengetahuan yang di miliki oleh orang lain²⁶.

f. Belajar

Belajar dibutuhkan seseorang untuk mencapai tingkat kematangan diri. Kemampuan diri untuk mengembangkan aktivitas dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh usaha belajar, maka belajar merupakan sebuah upaya ingin mengetahui dan bagaimana harus berbuat terhadap apa yang akan dikerjakan¹⁰. Proses belajar seseorang akan berpengaruh pada tingkat pendidikannya sehingga dapat memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang berpendidikan tinggi akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan, ia juga akan lebih dapat menyesuaikan diri terhadap berbagai pembaharuan²⁶.

g. Struktur dan desain pekerjaan

Merupakan daftar pekerjaan mengenai kewajiban-kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasi artinya merinci pendidikan dan pengalaman minimal yang diperlukan bagi seorang pekerja untuk melaksanakan kewajiban dari kedudukannya secara memuaskan. Desain pekerjaan yang baik akan mempengaruhi pencapaian kerja seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi kerja karyawan yaitu motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi fisik pekerjaan, sistem kompensasi, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis dan perilaku karyawan²⁴.

3. Penilaian Kinerja

Penilaian kerja adalah usaha membantu merencanakan dan mengontrol proses pengelolaan pekerjaan sehingga dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan organisasi³². Penilaian kerja

adalah menilai bagaimana seseorang telah bekerja dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan¹. Penilaian kerja digunakan untuk perbaikan prestasi kerja, penyesuaian-penyesuaian kompensasi, keputusan-keputusan penempatan, kebutuhan latihan dan pengembangan, perencanaan dan pengembangan karier, penanggulangan penyimpanan-penyimpanan proses staffing, ketidakakuratan informasi, mencegah kesalahan-kesalahan desain pekerjaan, kesempatan kerja yang adil, serta menghadapi tantangan eksternal²².

Penilaian kerja merupakan suatu pedoman dalam bidang personalia yang diharapkan dapat menunjukkan prestasi kerja karyawan secara rutin dan teratur sehingga sangat bermanfaat bagi pengembangan karir karyawan yang dinilai maupun perusahaan secara keseluruhan³⁸.

Penilaian kerja merupakan alat yang berfaedah tidak hanya untuk mengevaluasi kerja para karyawan, tetapi juga untuk mengembangkan dan memotivasi kalangan karyawan. Pada intinya kinerja dapat dianggap sebagai alat untuk memverifikasi bahwa individu-individu memenuhi standar kinerja yang ditetapkan. Didalam organisasi modern, penilaian kinerja memberikan mekanisme penting bagi manajemen untuk digunakan dalam menjelaskan tujuan-tujuan dan standar kinerja dan memotivasi kinerja individu dimasa berikutnya. Penilaian kinerja memberikan basis bagi keputusan-keputusan yang mempengaruhi gaji, promosi, pemberhentian, pelatihan, dan kondisi-kondisi kepegawaian lainnya²⁷.

Kinerja adalah penampilan hasil kegiatan yang meliputi aspek-aspek²¹ :

- a. Kualitas (*Quality*) artinya derajat dimana proses atau hasil yang membawa suatu aktivitas mendekati atau menuju kesempurnaan,

menyangkut pembentukan aktivitas yang ideal atau mengintensifkan suatu aktivitas menuju suatu tujuan.

- b. Kuantitas (*Quantitas*) artinya jumlah produksi atau output yang dihasilkan biasa dalam bentuk suatu uang, unit barang atau aktivitas yang terselesaikan sesuai dengan standar.
- c. Ketetapan waktu (*Timeliness*) yaitu suatu derajat dimana aktivitas yang terselesaikan atau produk yang dihasilkan pada suatu waktu yang paling tepat, atau lebih awal khususnya antara koordinasi dengan keluaran yang lain dan sebisa mungkin memaksimalkan waktu yang tersedia untuk aktivitas yang lain.
- d. Efektifitas biaya (*cost effectiveness*) yaitu derajat dimana penggunaan sumber daya yang ada diorganisasi dapat untuk menghasilkan keuntungan yang paling tinggi atau pengurangan kerugian.
- e. Kebutuhan supervisi (*Need for supervision*) yaitu derajat dimana kinerja dapat membawa suatu fungsi kerja tanpa mengulang kembali seperti dengan bantuan supervisi atau membutuhkan intervensi supervisor untuk mencegah terjadinya hal yang tidak diinginkan.
- f. Pengaruh hubungan personal (*Impersonal Impact*) yaitu derajat dimana kinerja mampu mengekspresikan kepercayaan diri, kemauan baik, itikat baik, kerjasama sesama karyawan maupun sub ordinatnya. Kinerja mempunyai dampak terhadap hubungan personal dengan pegawai maupun pimpinan.

Penilaian prestasi kerja adalah proses mengevaluasi atau menilai kerja karyawan atau menilai prestasi kerja karyawan di waktu yang lalu atau untuk memprediksikan prestasi kerja di waktu yang akan datang

dalam suatu organisasi, ada dua ukuran dalam penilaian kinerja yaitu pertama adalah kepribadian (*personality*) yang terdiri dari; *drive*, *loyalitas*, dan *integritas*. Kedua kinerja (*performance*) yang terdiri dari *accuracy*, *clarity*, dan *analytical ability*²².

4. Penilaian kinerja perawat^{25,27}.

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitasnya. Proses penilaian kinerja dapat dilakukan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Perawat manajer dapat menggunakan proses aprasial kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, bimbingan perencanaan karir, serta pemberian penghargaan kepada perawat yang berkompeten.

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

5. Prinsip-prinsip penilaian Kinerja perawat^{25,27}.

- a. Evaluasi pekerja sebaiknya didasarkan pada standar pelaksanaan kerja orientasi tingkah laku untuk posisi yang ditempati. Karena diskripsi kerja dan standar pelaksanaan kerja disajikan pegawai selama orientasi sebagai tujuan yang harus diusahakan, pelaksanaan kerja sebaiknya dievaluasi berkenaan dengan sasaran-sasaran yang sama.
- b. Sampel tingkah laku perawat yang cukup representative sebaiknya diamati dalam rangka evaluasi pelaksanaan kerjanya. Perhatian harus diberikan untuk mengevaluasi tingkah laku umum atau tingkah laku konsistennya serta guna menghindari hal-hal yang tidak diinginkan.
- c. Perawat sebaiknya diberi salinan diskripsi kerjanya, standar pelaksanaan kerja, dan bentuk evaluasi untuk peninjauan ulang sebelum pertemuan evaluasi sehingga baik perawat maupun supervisor dapat mendiskusikan evaluasi dari kerangka kerja yang sama.
- d. Jika diperlukan, manajer sebaiknya menjelaskan area mana yang akan diprioritaskan seiring dengan usaha perawat untuk meningkatkan pelaksanaan kerja
- e. Pertemuan evaluasi sebaiknya menjelaskan area mana yang akan diprioritaskan seiring dengan usaha perawat untuk meningkatkan pelaksanaan kerja .
- f. Baik laporan evaluasi maupun pertemuan sebaiknya disusun dengan terencana sehingga perawat tidak merasa kalau pelaksanaan kerjanya sedang dianalisa.

6. Proses Kegiatan penilaian Kinerja Perawat.

Penilaian prestasi kerja merupakan suatu pemikiran sistematis atas individu karyawan mengenai prestasinya dalam pekerjaan dan potensinya untuk pengembangan^{25,27}. Proses kegiatan meliputi :

- a. Merumuskan tanggung jawab dan tugas yang harus dicapai oleh staf keperawatan. Rumusan tersebut telah disepakai oleh atasannya sehingga langkah perumusan tersebut dapat memberikan kontribusi berupa hasil.
- b. Menyepakati sasaran kerja dalam bentuk hasil yang harus dicapai oleh karyawan untuk kurun waktu tertentu dengan penempatan standar profesi dan tolak ukur yang telah ditetapkan.
- c. Melakukan monitoring , koreksi dan memberikan kesempatan serta bantuan yang diperoleh oleh stafnya.
- d. Menilai prestasi kerja staf dengan cara membandingkan prestasi yang dicapai dengan standar atau tolak ukur yang telah ditetapkan.
- e. Memberikan umpan balik kepada staf atau karyawan yang dinilai. Dalam proses pemberian umpan balik ini, atasan dan bawahan membicarakan cara-cara untuk memperbaiki kelemahan yang telah diketahui untuk meningkatkan prestasi pada periode berikutnya.

7. Alat ukur Kinerja perawat^{25,27}.

Berbagai macam alat ukur telah digunakan dalam penelitian pelaksanaan kerja karyawan keperawatan. Agar efektif alat evaluasi sebaiknya dirancang untuk mengurangi bias, meningkatkan objektivitas serta menjamin keabsahan dan ketahanan. Objektivitas yaitu kemampuan untuk mengalihkan diri sendiri secara emosional dari suatu keadaan untuk mempertimbangkan fakta tanpa adanya penyimpangan oleh perasaan

pribadi. Keabsahan diartikan sebagai tingkatan alat mengukur pokok isi serta apa yang harus dikur. Alat pengukur yang digunakan dalam menilai pelaksanaan kerja dan tugas-tugas yang ada dalam diskripsi kerja dari kepala perawat perlu dirinci satu demi satu dan dilaksanakan secara akurat.

Setiap supervisor menunjukkan beberapa tingkatan bias dalam evaluasi kerja bawahan. Beberapa supervisor biasanya menilai pelaksanaan kerja perawat terlalu tinggi dan beberapa supervisor yang lain juga meremehkan pelaksanaan kerja perawat asing. Beberapa diantaranya menaksir terlalu tinggi pengetahuan dan ketrampilan dari setiap perawat itu sangat menarik, termasuk juga dalam hal kerapian dan kesopanan¹⁰

Jenis alat evaluasi pelaksanaan kerja perawat yang umum digunakan ada lima yaitu laporan bebas, pengurutan yang sederhana, checklist pelaksanaan kerja, penilaian grafik, dan perbandingan pilihan yang dibuat.¹⁰

- a. Laporan tanggapan bebas ; pemimpin atau atasan diminta memberikan komentar tentang kualitas pelaksanaan kerja bawahan dalam jangka waktu tertentu. Karena tidak adanya petunjuk yang harus dievaluasi, sehingga penilaian cenderung menjadi tidak sah. Alat ini kurang objektif karena mengabaikan satu atau lebih aspek penting, dimana penilai hanya berfokus pada salah satu aspek.
- b. Cheklist pelaksanaan kerja ; terdiri dari daftar kriteria pelaksanaan kerja untuk tugas yang penting dalam diskripsi kerja karyawan, dengan lampiran formulir dimana penilai dapat menyatakan apakah

bawahan dapat memperlihatkan tingkah laku yang diinginkan atau tidak.

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan adalah :

a. Faktor Internal

Faktor internal adalah segala sesuatu yang berasal dari diri sendiri yang dapat memberikan tekanan atau dorongan untuk mengerjakan sesuatu dengan gigih untuk mencapai kesuksesan. Faktor-faktor internal yang mempengaruhi kinerja adalah kemampuan, motivasi : ²⁹

1). Kemampuan

Kemampuan adalah kapasitas individu untuk melaksanakan berbagai tugas dalam pekerjaan tertentu. Kemampuan keseluruhan seseorang pada hakikatnya tersusun dari dua faktor yaitu kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan mental, tujuh dimensi yang paling sering dikutip yang membentuk kemampuan intelektual adalah kemahiran berhitung, pemahaman verbal, kecepatan perseptual, penalaran induktif, penalaran deduktif, visualisasi ruang dan daya ingat. Pekerjaan membebankan tuntutan-tuntutan berbeda kepada pelaku untuk menggunakan kemampuan intelektual, artinya makin banyak tuntutan pemrosesan informasi dalam pekerjaan tertentu semakin banyak kecerdasan dan kemampuan verbal umum yang dibutuhkan untuk dapat menyelesaikan pekerjaan tersebut dengan sukses. Sedangkan kemampuan fisik pada derajat yang sama dengan kemampuan intelektual dalam memainkan peran yang lebih besar

dalam pekerjaan yang kompleks yang menuntut persyaratan pemrosesan informasi, kemampuan fisik khusus bermakna penting bagi keberhasilan menjalankan pekerjaan-pekerjaan yang kurang menuntut ketrampilan dan yang lebih standar, misalnya pekerjaan yang keberhasilannya menuntut stamina, kecekatan fisik, kekuatan tungkai, atau bakat-bakat serupa menuntut manajemen untuk mengenali kapabilitas fisik seseorang karyawan. Kemampuan fisik khusus adalah kemampuan menjalankan tugas yang menuntut stamina, ketrampilan, kekuatan, dan karakteristik-karakteristik serupa.³⁰

2). Motivasi

Motivasi adalah kemauan atau keinginan didalam diri seseorang yang mendorongnya untuk bertindak.²³ Motivasi merupakan kondisi atau energi yang yang menggerakkan diri karyawan kearah atau tertuju untuk mencapai tujuan organisasi.³² Motivasi merupakan hasil interaksi antara individu dan situasinya, sehingga setiap manusia mempunyai motivasi yang berbeda antara yang satu dengan yang lain . Dua faktor yang mempengaruhi motivasi yaitu faktor instrinsik adalah faktor yang mendorong karyawan berprestasi yang berasal dari dalam diri seseorang diantaranya prestasi, pekerjaan kreatif yang menantang, tanggung jawab dan peningkatan, sedangkan faktor ekstrinsik yaitu faktor yang berasal dari luar yang dipandang meningkatkan prestasi seseorang karyawan diantaranya kebijakan

dan administrasi, kualitas pengendalian, kondisi kerja, status pekerjaan, keamanan kerja, kehidupan pribadi serta penggajian.³²

Motivasi merupakan suatu produk dari bagaimana seseorang menginginkan sesuatu, dan penaksiran seseorang memungkinkan aksi tertentu yang menuntunnya. Pernyataan ini berhubungan dengan rumus : Valensi x Harapan x Instrumen = Motivasi. Valensi merupakan kekuatan seseorang untuk mencapai sesuatu, harapan merupakan kemungkinan mencapai sesuatu dengan aksi tertentu, motivasi merupakan dorongan yang mempunyai arah pada tujuan tertentu, instrument merupakan intensif atau penghargaan yang akan diberikan. Valensi lebih menguatkan pilihan seorang pegawai untuk suatu hasil jika seseorang mempunyai keinginan yang kuat untuk suatu kemajuan maka berarti pegawai tersebut tinggi untuk suatu kemajuan. Valensi timbul dari internal pegawai yang dikondisikan dengan pengalaman.¹

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal adalah segala hal yang berasal dari pihak lain yang berpengaruh atau dari lingkungan, misalnya orang tua, rekan kerja atau pimpinan yang mempengaruhi seseorang untuk dapat berupaya lebih keras untuk mencapai sesuatu. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah supervisi, gaya kepemimpinan¹⁰:

1). Supervisi

Supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh

bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah segera diberikan petunjuk dan bimbingan atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.^{24,34,35} Supervisi adalah suatu proses kemudahan sumber-sumber yang diperlukan staf untuk menyelesaikan tugas-tugas. Supervisi sebagai suatu kegiatan pembinaan, bimbingan atau pengawasan oleh pengelola program terhadap pelaksanaan di tingkat administrasi yang lebih rendah dalam rangka menetapkan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.^{34,35}

Supervisi merupakan salah satu kegiatan dalam manajemen personalia dan manajemen pada umumnya. Dalam manajemen personalia, perhatian utama diarahkan pada *human resources* (sumber-sumber manusia) dengan harapan dapat diperoleh satu kesatuan tenaga yang kompeten.³⁴ Dengan adanya satu kesatuan tenaga seperti apa yang disebutkan diatas, maka diharapkan tujuan organisasi dapat dicapai secara berhasil guna dan berdaya guna melalui pengembangan yang optimal dari semua tenaga dalam hubungannya dengan pelayanan.^{30,34,}

Tujuan supervisi^{22,33} adalah peningkatan dan pemantapan pengelola upaya pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, peningkatan dan pemanfaatan pengelola sumber daya di semua tingkat administrasi dalam rangka pembinaan pelaksanaan upaya kesehatan, peningkatan dan pemantapan pengelola program-program di semua tingkat administrasi dalam rangka pembinaan upaya kesehatan, peningkatan dan pemantauan

pengelola peran serta masyarakat di semua tingkat administrasi dalam rangka pembinaan upaya kesehatan.

Prinsip supervisi keperawatan yaitu supervisi dilakukan sesuai dengan struktur organisasi:

- (a) Supervisi memerlukan pengetahuan dasar manajemen, ketrampilan hubungan antar manusia dan kemampuan menerapkan prinsip manajemen dan ketrampilan.
- (b) Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas dan terorganisir dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan atau kebijakan, uraian tugas, standar.
- (c) Supervisi adalah proses kerjasama yang demokratis antara supervisor dengan perawat pelaksana (staf perawat).
- (d) Supervisi menggunakan proses manajemen termasuk menerapkan misi, falsafah, tujuan , rencana spesifik untuk mencapai tujuan.
- (e) Supervisi menciptakan lingkungan yang mendukung komunikasi yang efektif, merangsang kreatifitas dan motivasi.
- (f) Supervisi mempunyai tujuan utama atau akhir yang memberikan keamanan, hasil guna, dan daya guna pelayanan keperawatan yang memberikan kepuasan kepada pasien, perawat, dan manajer.

Tanggung jawab supervisor :

- (a) Menetapkan dan mempertahankan standar praktek keperawatan.

- (b) Menilai kualitas asuhan keperawatan dan pelayanan yang diberikan supervisor membandingkan yang nyata dilakukan dengan standar keperawatan.
- (c) Mengembangkan peraturan dan prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain yang terkait dalam hal ini diperlukan untuk meningkatkan atau memperbaiki kualitas pelayanan yang ada.
- (d) Menetapkan kemampuan keperawatan.
- (e) Pastikan praktek keperawatan profesional dijalankan.

2). Gaya kepemimpinan

Gaya dikembangkan kepemimpinan oleh seorang pemimpin dipengaruhi oleh tiga faktor (kekuatan) utama. Ketiganya akan menentukan sejauh mana ia akan melakukan pengawasan terhadap kelompok yang dipimpin. Faktor kekuatan yang pertama bersumber dari dirinya sendiri sebagai pemimpin. Faktor kedua bersumber pada kelompok yang dipimpin, dan faktor ketiga tergantung pada situasi.^{24,34}

Kepemimpinan adalah proses untuk melakukan pengembangan secara langsung dengan melakukan koordinasi pada anggota kelompok serta memiliki karakteristik untuk dapat meningkatkan kesuksesan dan pengembangan dalam mencapai tujuan organisasi.²⁴ Kepemimpinan berarti melibatkan orang lain, yaitu bawahan atau karyawan yang akan dipimpin. Kepemimpinan

juga melibatkan pembagian atau delegasi wewenang.^{24,34} Gaya kepemimpinan dibedakan menjadi dua gaya yaitu:

- (a) Gaya kepemimpinan dengan orientasi tugas adalah pemimpin yang berorientasi mengarahkan dan mengawasi bawahan secara tertutup untuk menjamin bahwa tugas yang dilaksanakan sesuai dengan keinginan serta lebih memperhatikan pelaksanaan pekerjaan daripada pengembangan dan pertumbuhan karyawan.
- (b) Gaya kepemimpinan orientasi karyawan yaitu pimpinan yang berorientasi pada usaha untuk lebih memberikan motivasi serta mendorong para anggota untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, menciptakan suasana persahabatan serta hubungan saling mempercayai dan menghormati para anggota kelompok.

Gaya kepemimpinan yang berorientasi pada karyawan merupakan gaya kepemimpinan yang lebih efektif dibandingkan dengan gaya kepemimpinan yang berorientasi pada produksi atau tugas. Pemimpin yang efektif mempunyai hubungan yang baik dengan bawahan, dan dalam pengambilan keputusan tergantung pada kelompok bukan pada individu. Pemimpin tersebut juga mendorong karyawan menentukan dan mencapai sasaran dan prestasi yang tinggi.³⁴ Gaya kepemimpinan ini dikelompokkan menjadi empat sistem yaitu :

- (a) Otoriter eksploitatif, pemimpin ini sangat otoriter, mempunyai kepercayaan yang rendah terhadap bawahannya, memotivasi

bawahannya melalui ancaman atau hukuman, komunikasi yang dilakukan hanya satu arah, dan membatasi pengambilan keputusan hanya untuk pimpinan.

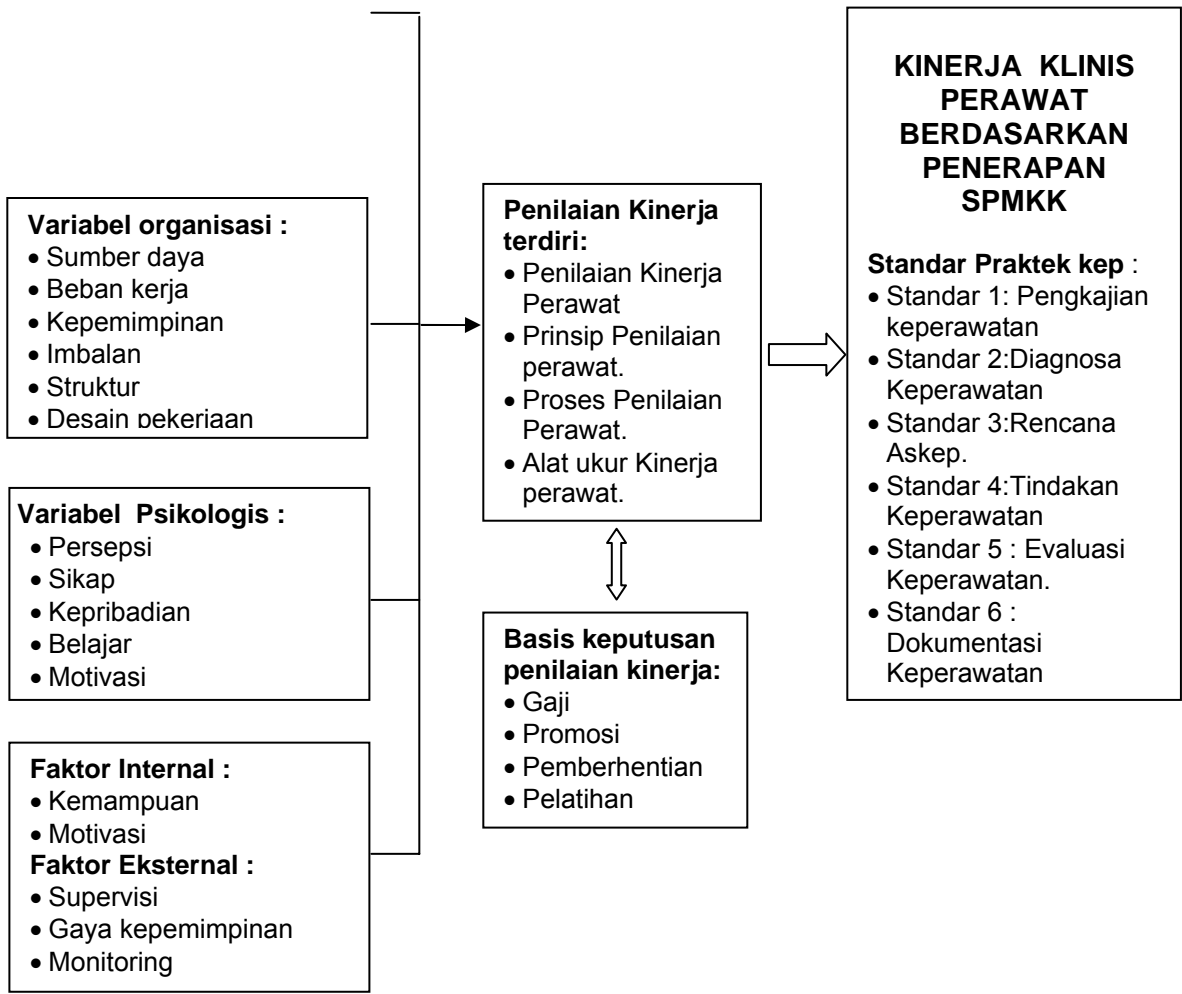
- (b) *Benevolent-authoritative*, pimpinan ini mempercayai bawahan sampai tingkat tertentu, memotivasi bawahan melalui ancaman dan hukuman meskipun tidak selalu, membolehkan komunikasi ke atas, memperhatikan idea atau pendapat dari bawahan, dan mendelegasikan wewenang pengambilan keputusan meskipun masih melakukan pengawasan yang ketat.
- (c) Konsultatif, pemimpin ini mempunyai kepercayaan terhadap bawahan yang cukup besar meskipun tidak sepenuhnya, biasanya memanfaatkan idea atau pendapat dari bawahan, menjalankan komunikasi dua arah, membuat keputusan yang umum pada tingkat atas dan membolehkan keputusan yang lebih spesifik pada tingkat bawah dan mau berkonsultasi pada beberapa situasi.
- (d) Partisipatif, pemimpin ini mempunyai kepercayaan yang penuh pada bawahan, selalu memanfaatkan ide dan pendapat dari bawahan, mendorong partisipasi dalam penentuan tujuan dan penilaian kemajuan dalam pencapaian tujuan tersebut, komunikasi dilakukan dua arah, mendorong pengambilan keputusan dalam usaha bagian organisasi, dan menjadi karyawan dalam kelompok kerja.

D. KERANGKA TEORI

Berdasarkan tinjauan pustaka, maka landasan teori yang digunakan adalah teori dari ^{2,3,15,22,24,25,29,34} yang menjelaskan variabel individu , variabel organisasi dan variabel psikologis,faktor internal dan faktor eksternal akan mempengaruhi aspek kinerja yang akan berpengaruh pada penilaian basis kinerja. Penilaian aspek kinerja salah satunya untuk menilai kinerja perawat di dalam penerapan standar asuhan keperawatan yang akan mempengaruhi mutu asuhan keperawatan. Bisa dilihat pada gambar 2.4, sebagai berikut :

Variabel Individu

- Kemampuan & ketrampilan :
 - Fisik
 - mental
- Latar belakang keluarga:
 - Tingkat sosial
 - Pengalaman
- Demografis:
 - Umur
 - Etnis
 - Jenis kelamin



Gambar 2.4 . Kerangka teori keberhasilan penerapan SPMKK.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

1. Variabel terikat (Dependen) : Kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK)
2. Variabel bebas (Independen) : pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring.

B. Hipotesis

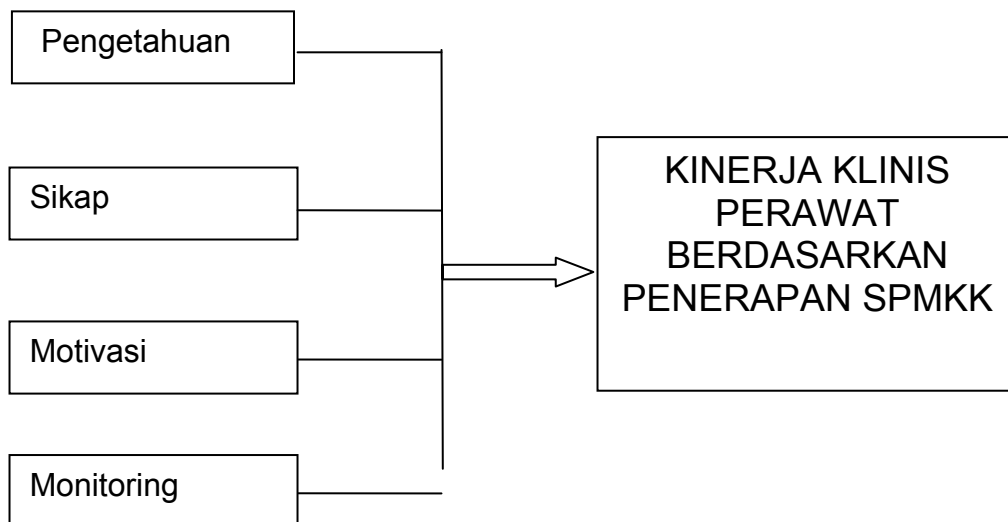
1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
2. Ada hubungan antara sikap dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
3. Ada hubungan antara motivasi dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

4. Ada hubungan antara monitoring dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
5. Ada pengaruh bersama-sama antara pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

C. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Bebas
Terikat

Variabel



Gambar. 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

D. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental (observasional) survey. Untuk mencapai tujuan dalam penelitian ini maka peneliti menggunakan uji analitik dengan regresi logistik untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas (karakteristik individu : umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan pelatihan, faktor individu : pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring) terhadap variabel terikat (kinerja perawat dalam pelayanan klinis berdasarkan penerapan SPMKK di ruang rawat inap).

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data.

Penelitian ini adalah studi kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu melakukan pengamatan sekali terhadap variabel bebas dan variabel terikat pada saat yang sama.

3. Metode Pengumpulan data

Data Kuantitatif dikumpulkan melalui kuesioner terhadap 74 responden sesuai dengan besar sampel perawat di ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Di dalam kuesioner berisi daftar pernyataan atau pertanyaan yang menyangkut beberapa variabel bebas yaitu karakteristik individu : umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan pelatihan, faktor individu : pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring dengan variabel terikat yaitu kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

4. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di 7 ruang rawat inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang

5. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

Pengambilan sampel penelitian untuk perawat yang bertugas di ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang ditentukan melalui *Proportionate Stratified Random Sampling*.^{35,36,37} Yaitu teknik pengambilan sampel dari anggota populasi secara acak dan berstrata secara proporsional dan berdasarkan ruangan dimana perawat berada. Selain itu berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi :

Kriteria inklusi adalah kriteria yang dijadikan karakteristik umum subjek penelitian pada populasi target atau populasi aktual, sehingga subjek dapat diikutkan dalam penelitian, yaitu :

- 1) Mau menjadi responden
- 2) Masa kerja minimal 1 tahun
- 3) Minimal pendidikan DIII Keperawatan
- 4) Bertugas di ruang rawat inap.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang memungkinkan sebagian subjek yang memenuhi kriteria inklusi yang tidak dijadikan

responden dalam penelitian oleh karena berbagai sebab, yaitu

:

- 1) Perawat yang sedang cuti.
- 2) Perawat yang sedang melakukan tugas belajar

Besar sampel dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan rumus sebagai berikut.³⁷

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

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat ketepatan absolute yang diinginkan

Dari populasi terjangkau besar 91 perawat di ruang rawat inap dengan d = 0,05 maka besar sampel sesuai rumus adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2} = \frac{91}{1 + 91(0,05)^2} = 74 \text{ responden}$$

Dari 74 responden tersebut akan diambil secara proposional tiap perawat dari 7 ruang rawat inap dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n_i = \frac{N_i}{N} n$$

Keterangan :

n_i = Jumlah sampel tiap ruang

n = Jumlah sampel seluruhnya

N_i = Jumlah populasi tiap ruang

N = Jumlah populasi seluruhnya

Sehingga besar sampel tiap perawat ruang rawat inap dapat dilihat dalam tabel 3.1.

Tabel 3.1
Besar Sampel 8 Ruang Rawat Inap
Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang
 $N= 91$ $n = 74$

Ruang rawat inap	1	2	3	4	5	6	7
N_i	14	24	13	13	10	5	12
n_i	11	19	11	11	8	4	10

6. Definisi Operasional Variabel Penelitian, dan Skala Penelitian :

Untuk menghindari salah pengertian mengenai data yang akan dikumpulkan serta untuk menghindari kekeliruan dalam menentukan alat pengumpulan data, maka batasan operasional yang dipakai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah kemampuan intelektual dan tingkat pemahaman kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK yang meliputi pengertian, fungsi, tujuan, manfaat, ketrampilan dan tahapan-tahapan sesuai standar SAK/SOP asuhan keperawatan. Cara pengukuran menggunakan kuesioner pengetahuan terdiri dari 20 pernyataan. Kriteria penilaian adalah pernyataan positif dengan pemberian nilai 1 jika benar dan 0 jika salah, begitu pula sebaliknya untuk pernyataan negatif dengan pemberian nilai 0 jika benar dan nilai 1 jika salah, sehingga skor terendah 0 dan tertinggi 20. Selanjutnya untuk

pengkategorian dilakukan uji normalitas dengan uji kolmogorov smirnov ($p=0,0001$; $p<0,05$), hasilnya data tidak berdistribusi normal maka pembagian kategori dihitung berdasarkan nilai median, sebagai berikut :

- 1) Kurang baik : ≤ 18
- 2) Baik : > 18

Skala pengukuran adalah Ordinal

b. Sikap

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dari obyek dimana perawat mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal dalam pelayanan klinis berdasarkan penerapan SPMKK yang meliputi persepsi, dan kepribadian. Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner sikap yang terdiri dari 10 pernyataan. Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat setuju dinilai 4, setuju dinilai 3, tidak setuju dinilai 2, dan sangat tidak setuju dinilai 1 (pada nomor : 21, 22, 24, 29, 30). Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat setuju nilai 1, setuju nilai 2, tidak setuju nilai 3 dan sangat tidak setuju nilai 4 (pada nomor : 23, 25, 26, 27, 28), sehingga skor terendah 10 dan skor tertinggi adalah 40. Selanjutnya untuk pengkategorian dilakukan uji normalitas dengan uji kolmogorov smirnov ($p=0,0001$; $p<0,05$), hasilnya data tidak berdistribusi normal maka pembagian kategori dihitung berdasarkan nilai median, sebagai berikut :

- 1) Kurang baik : ≤ 37
- 2) Baik : > 37

Skala pengukuran adalah Ordinal.

c. Motivasi

Motivasi adalah kemauan atau keinginan didalam diri seseorang perawat yang mendorongnya untuk bertindak berdasarkan penerapan SPMKK yang meliputi tanggung jawab, prestasi kerja, dan kerja sama. Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner motivasi yang terdiri dari 15 pernyataan. Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat setuju dinilai 4, setuju dinilai 3, tidak setuju dinilai 2, dan sangat tidak setuju dinilai 1 (pada nomor : 31, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 45). Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat setuju nilai 1, setuju nilai 2, tidak setuju nilai 3 dan sangat tidak setuju nilai 4 (pada nomor : 32, 33, 39, 42), sehingga skor terendah 15 dan skor tertinggi adalah 60. Selanjutnya untuk pengkategorian dilakukan uji normalitas dengan uji kolmogorov smirnov ($p=0,000$; $p<0,05$), hasilnya data tidak berdistribusi normal maka pembagian kategori dihitung berdasarkan nilai median, sebagai berikut :

a) Kurang baik : ≤ 51

b) Baik : > 51

Skala pengukuran adalah Ordinal.

d. Monitoring

Monitoring adalah suatu proses pengumpulan dan menganalisis dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara regular untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana sehingga masalah yang dilihat / ditemui dapat diatasi. Cara

pengukuran menggunakan kuesioner beban kerja terdiri dari 11 pertanyaan. Kriteria penilaian pernyataan positif adalah dengan pemberian skor nilai 3 jika selalu dilakukan, nilai 2 jika kadang-kadang dilakukan dan 1 jika tidak dilakukan (pada nomor : 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75) . Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu nilai 0 jika selalu dilakukan, nilai 1 jika kadang-kadang dilakukan dan 2 jika tidak dilakukan (pada nomor : 74), sehingga skor terendah 11 dan tertinggi 33. Selanjutnya untuk pengkategorian dilakukan uji normalitas dengan uji kolmogorov smirnov ($p=0,0001$; $p<0,05$), hasilnya data tidak berdistribusi normal maka pembagian kategori dihitung berdasarkan nilai median, sebagai berikut :

1) Kurang baik : ≤ 28

2) Baik : > 28

Skala pengukuran Ordinal.

g. Kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK).

Kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) adalah suatu mikro system organisasi pelayanan kesehatan dan proses manajerial untuk meningkatkan kemampuan klinis perawat di ruang rawat inap rumah sakit yang meliputi kepatuhan terhadap standar klinis, prosedur klinis, penilaian dan disiplin, analisa kasus (RDK), pelatihan, monitoring. Variabel ini diukur dengan menggunakan kuisisioner SPMKK yang terdiri dari 24 pertanyaan. Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat

setuju dinilai 4, setuju dinilai 3, tidak setuju dinilai 2, dan sangat tidak setuju dinilai 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat setuju nilai 1, setuju nilai 2, tidak setuju nilai 3 dan sangat tidak setuju nilai 4, sehingga skor terendah 24 dan skor tertinggi adalah 116. Selanjutnya untuk pengkategorian dilakukan uji normalitas dengan uji kolmogorov smirnov ($p=0,0001$; $p<0,05$), hasilnya data tidak berdistribusi normal maka pembagian kategori dihitung berdasarkan nilai median, sebagai berikut :

- 1) Kurang baik : ≤ 82
- 2) Baik : > 82

Skala pengukuran adalah Ordinal.

7. Instrumen Penelitian

a. Instrumen Penelitian

Sebagai alat untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini digunakan jenis instrumen yang terdiri dari :

- 1) Daftar isian karakteristik demografi perawat
- 2) Kuesioner daftar pertanyaan atau pernyataan tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelayanan klinis berdasarkan penerapan SPMKK.

b. Uji validitas dan reliabilitas

Sebelum melaksanakan penelitian dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner melalui uji coba kuesioner. Validitas

adalah keadaan yang menggambarkan tingkat instrumen yang bersangkutan mampu mengukur apa yang akan diukur, sedangkan reliabilitas adalah instrument yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur subyek yang sama akan menghasilkan data yang sama^{18,19}.

Analisis dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu, baru diikuti uji reliabilitas, dengan menggunakan bantuan komputer. Jika terdapat butir yang tidak valid, maka butir tersebut di buang dan butir-butir yang valid secara bersamaan diukur reliabilitasnya. Uji coba kuesioner dilakukan terhadap 30 responden di ruang rawat inap RS Panti Wilasa dr.Cipto Semarang yang kondisinya mempunyai kesamaan atau setara.

Uji validitas menggunakan validitas isi yaitu dengan melihat apakah alat ukur telah memuat pertanyaan atau pernyataan yang relevan dengan materi yang akan diteliti. Pengujian validitas dengan mengukur korelasi tiap item (skor faktor) dengan skor total. Kriteria yang digunakan untuk pengukuran validitas adalah nilai $p \leq 0,05$ maka dinyatakan valid, sedangkan untuk pengukuran reliabilitas pada penelitian ini menggunakan one shot atau pengukuran sekali saja, dengan menggunakan program SPSS yang memberikan fasilitas untuk mengukur reliabilitas dengan uji statistik *Cronbach Alpha* (0,8374), dan dinyatakan reliabil bila $\alpha \geq 0,60$ ²⁷.

Angka reliabil ditetapkan berdasarkan nilai alpha yang dihasilkan. Jika nilai 0,561 – 0,707 reliabilitasnya sangat kuat; nilai 0,421 – 0,560 kuat; 0,281 – 0,420 cukup; 0,143 – 0,280 lemah; dan nilai < 0,142 sangat lemah. Hasil uji coba kuesioner adalah ditunjukkan pada tabel 3.2 :

Tabel. 3.2
Hasil Uji Coba Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

No	Variabel	Jumlah Pertanyaan	p	Cronbach α	Keterangan
1	Pengetahuan	20	0,0001	0,9360	Valid & Reliabil
2	Sikap	10	0,0001	0,8782	Valid & Reliabil
3	Motivasi	15	0,0001	0,9043	Valid & Reliabil
4	Monitoring	11	0,0001	0,8374	Valid & Reliabil
5	Kinerja Bidan	24	0,0001	0,9484	Valid & Reliabil

Berdasarkan Tabel 3.2 maka semua pertanyaan pada kuesioner dipakai dalam pengumpulan data (kuesioner terlampir).

8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

a. Teknik Pengolahan data

1). *Cleaning*, yaitu data yang telah diperoleh dikumpulkan untuk dilakukan pembersihan data yaitu mengecek data yang benar saja yang diambil sehingga tidak terdapat data yang meragukan atau salah.

2). *Editing*, yaitu memeriksa hasil kuesioner yang telah dilaksanakan untuk mengetahui kesesuaian jawaban responden. Dimana dalam editing tidak dilakukan penggantian jawaban dengan maksud agar data tersebut konsisten dan sesuai dengan tujuan penelitian.

- 3). *Coding*, yaitu pemberian tanda atau kode untuk memudahkan analisa pada waktu pengolahan data.
- 4). *Tabulating*, menyusun dan menghitung data hasil pengkodean untuk disajikan dalam tabel sesuai kategori variabel.
- 5). *Entry*, yaitu data yang sudah diseleksi dimasukkan ke dalam komputer untuk dilakukan pengolahan lebih lanjut dengan menggunakan program SPSS 11,5 dianalisis secara deskriptif dan analitik (regresi).

b. Analisa data

- 1). Analisa Univariat dilakukan terhadap semua variabel penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi dan persentase dari masing-masing variabel. Untuk mendeskripsikan semua variabel penelitian, baik variabel bebas maupun variabel terikat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi. Dalam penelitian ini data berdistribusi tidak normal maka menggunakan regresi logistik.
- 2). Analisis Bivariat yaitu mendeskripsikan pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis pada penelitian ini dilakukan dengan dua cara yaitu analisis tabulasi silang dan chi square²⁷.
 - a). Analisis Tabulasi Silang yaitu untuk melihat secara deskriptif bagaimana distribusi kedua variabel terletak

pada sel yang ada (analisis baris kolom). Data yang digunakan adalah hasil analisa univariat dari data hasil pengkategorian berdasarkan uji normalitas data.

- b). Untuk analisa hubungan dipakai uji *Chi Square*, dimaksudkan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas (pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring) dan variabel terikat adalah kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK yang telah dikategorikan sehingga diketahui variabel mana yang berhubungan ($p \leq 0,05$). Setelah uji hubungan kemudian dilakukan analisis bivariat dengan regresi logistik untuk mengetahui pengaruh dua arah yaitu variabel bebas (pengatahuan, sikap, motivasi, monitoring) dan variabel terikat (kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK), sehingga diketahui variabel bebas mana secara bermakna berpengaruh dengan asumsi $p < 0,25$ untuk secara bersama-sama diuji dengan analisis multivariat.
- c). Analisis multivariat yaitu untuk mengetahui pengaruh antara semua variabel bebas secara bersama-sama dengan variabel terikat dilakukan denga uji statistik regresi logistik. Analisis multivariat dilakukan dengan

memasukkan variabel bebas (pengatahuan, sikap, motivasi dan monitoring) yang berpengaruh terhadap variabel terikat (kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK) secara bersama-sama. Analisis multivariat dengan mencari nilai $p < 0,05$ dan nilai Exp (b) terbesar $\geq 2,00$ dan mencari persamaan regresi.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 30 Juni sampai dengan 6 Agustus di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang, kepada 74 responden (perawat) yang dilakukan secara proporsional di tiap unit rawat inap (meliputi ruang anggrek, ruang bougenvil, ruang cempaka, ruang dahlia, ruang edelweis/HCU, ruang peristi dan ruang ICU), di mana peneliti mengumpulkan seluruh responden ruang rawat inap di aula rumah sakit, berkoordinasi dengan kepala keperawatan dan tim SPMKK untuk menjelaskan maksud serta tujuan penelitian dan membagikan kuesioner sesuai sampel yang dibutuhkan.

B. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian

Sebagaimana penelitian yang lain, penelitian ini tidak lepas dari faktor kelemahan dan faktor kekuatan dalam hal metodologi penelitian. Adapun kelemahan dan kekuatan penelitian ini sebagai berikut :

1. Kelemahan Penelitian

- a. Dalam penelitian ini yang menjadi kelemahan adalah instrumen penelitian dalam item pertanyaan ini berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri dan bukan merupakan kuesioner standar, dimana seluruh pertanyaan dibuat berdasarkan tinjauan pustaka. Maka pertanyaan/ Pernyataan yang ditanyakan kepada

responden untuk setiap variabel kemungkinan belum mencakup secara detail dari semua aspek yang menyangkut variabel tersebut. Peneliti sudah berusaha meminimalisir keterbatasan ini dengan cara membuat pertanyaan/ Pernyataan berdasarkan teori-teori yang ada, sehingga untuk menghindari bias maka sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas.

- b. Penelitian ini tidak dirancang dengan dukungan informasi secara kualitatif, sehingga peneliti tidak dapat melakukan *cross check* hasil wawancara dengan responden dan menganalisis lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat RS Panti Wilasa Citarum Semarang.

2. Kekuatan Penelitian

Selain kelemahan, penelitian ini juga memiliki faktor kekuatan sebagai berikut :

- a. Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini masih menjadi kebutuhan bagi RS Panti Wilasa Citarum Semarang, karena masih ditemukan kejadian infeksi nosokomial di ruang rawat inap yang menggambarkan sejauh mana kualitas layanan kepada pasien sesuai dengan penerapan SPMKK yang sudah berjalan dari tahun 2005.

- b. Tim SPMKK RS Panti Wilasa Citarum Semarang terbuka dan terkoordinasi dengan baik sehingga memudahkan peneliti untuk memperoleh sampel penelitian sejumlah 74 orang.
- c. Responden memberikan respon positif dan bersedia menjawab pertanyaan kuesioner peneliti, sehingga peneliti tidak menemukan kesulitan untuk menggali pengetahuan, sikap, motivasi, beban kerja, monitoring yang mempengaruhi kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK di rawat inap.

C. Gambaran Khusus

i. Deskripsi Karakteristik responden

Hasil pengumpulan data primer yang berasal dari 74 responden diperoleh gambaran karakteristik yang meliputi umur, masa kerja, tingkat pendidikan, status kepegawaian dan pelatihan perawat berdasarkan penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK) di ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang.

a. Distribusi Responden Menurut Umur

Gambaran responden menurut umur dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1.
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur Perawat di 7 ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang

No	Umur	f	Persentase (%)
1	24 – 32 Tahun	40	54,1

2	33 – 41 Tahun	27	36,5
3	42 – 50 Tahun	7	9,5
	Total	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah.

Dari tabel 4.1 menunjukkan umur responden terendah 24 tahun dan tertinggi 50 tahun. Untuk proporsi umur terbesar adalah 24 – 32 tahun (54,1%), diikuti antara 33 – 41 tahun (36,5%), dan yang terkecil antara 42 – 50 tahun (9,5%). Hal ini dapat dijadikan gambaran bahwa produktivitas tenaga kerja, usia antara 24 sampai dengan 35 tahun merupakan usia yang produktif, maka distribusi tenaga perawat yang ada di ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang termasuk dalam kategori tenaga produktif⁴⁴. Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan penambahan umur, peningkatan umur diharapkan terjadi pertumbuhan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya, yang identik dengan idealisme tinggi, semangat membara dan tenaga yang prima⁴⁵.

b. Distribusi Respoden Menurut Masa Kerja

Gambaran responden menurut masa kerja dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2.
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja Perawat di 7 ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang

No	Masa Kerja	f	Persentase (%)
1	1 – 9 tahun	34	45,9

2	10 – 17 tahun	26	35,1
3	18 – 25 tahun	15	18,9
	Total	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Dari tabel 4.2 dapat dilihat bahwa dengan masa kerja terendah 1 tahun dan masa kerja tertinggi 25 tahun. Menunjukkan bahwa sebagian besar (45,9%) responden menunjukkan masa kerja 1 – 9 tahun. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah cukup lama menjalankan profesinya sebagai perawat. Semakin lama seseorang bekerja semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditanganinya. Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan keterampilan kerja ⁴⁵.

c. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Gambaran responden menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3.
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan Perawat di 7 ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang

No	Tingkat Pendidikan	f	Persentase (%)
1	D III Keperawatan	70	94,6
2	S 1 Keperawatan	4	5,4
	Total	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebanyak 74 responden di 7 ruang rawat inap RS Panti Wilasa Semarang berpendidikan D III Keperawatan (94,6%). Ciri-ciri perawat profesional adalah lulusan pendidikan tinggi keperawatan minimal D III Keperawatan karena mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mentaati kode etik, mampu berkomunikasi dengan pasien dan keluarga, serta mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia secara berdaya guna dan berhasil guna, mampu berperan sebagai agen pembaharu dan mengembangkan ilmu serta teknologi keperawatan⁴⁷. Semakin orang tingkat pendidikannya tinggi akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan dan dapat menyesuaikan diri terhadap berbagai pembaharuan. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar⁴⁸.

d. Distribusi Responden menurut Pelatihan SPMKK.

Gambaran responden menurut pelatihan SPMKK dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4.
Distribusi Frekuensi Responden Pelatihan SPMKK

No	Pelatihan	f	Persentase (%)
1	Belum	0	0,0
2	Sudah	74	100,0
	Total	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa 100,0% responden sudah pernah mengikuti pelatihan SPMKK. Pelatihan merupakan bagian dari pendidikan. Pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera. Spesifik berarti pelatihan berhubungan dengan bidang pekerjaan yang dilakukan. Praktis dan segera berarti yang sudah dilatihkan dapat dipraktikkan. Hal ini dilaksanakan untuk memberi keterampilan dan pengetahuan baru maupun untuk pelatihan penyegaran⁴⁹.

ii. Analisis Univariat Variabel Penelitian

a. Pengetahuan.

Gambaran persentase jawaban responden dari pengukuran pengetahuan dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5.
Persentase Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Yang Benar Pada Variabel Pengetahuan Tentang SPMKK.

No	Pernyataan	Jawaban (%)	
		Benar	%
1	Cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien	71	95,9
2	Keluhan tidak perlu didokumentasikan.	71	95,9
3	Material yang harus disiapkan untuk asuhan pada pasien perdarahan setelah melahirkan.	72	97,3
4	Kolaborasi dengan dokter tidak perlu dilakukan.	70	94,6
5	Masalah asuhan keperawatan berdasarkan pengkajian data	73	98,6

	sekunder		
6	Data subyektif pasien sosio dan spiritual tidak diperlukan.	66	89,2
7	Memberikan obat intravena perlu mengatur posisi lubang jarum.	72	97,3
8	Penjelasan sebelum melakukan tindakan keperawatan pada pasien.	69	93,2
9	Menjelaskan kondisi pasien setelah dan sebelum tindakan keperawatan.	72	97,3
10	Harus selalu meneliti kembali jenis obat, dosis obat, cara pemberian dan nama pasien .	72	97,3
11	Desinfeksi daerah yang akan disuntik dengan alkohol 100%	72	97,3
12	Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak perlu yang penting pelayanan memuaskan.	65	87,8
13	Tindakan atur posisi tidur dan pasang pagar pengaman pasien tidak kooperatif tidak perlukan.	74	100,0
14	Cuci tangan saat pasang infus tidak diperlukan	71	95,9
15	Prosedur pelepasan infus dengan menggunakan kapas alkohol 100% untuk menekan.	71	95,9
16	Perawat harus mampu menjelaskan prosedur tindakan	59	79,7
17	Pada pemasangan infus, tidak perlu memasang infus set terlebih dahulu pada flabot cairan infuse	73	98,6
18	Fiksasi pada pemasangan infus tidak diperlukan.	14	18,9
19	Tindakan pemasangan selang lambung / NGT	72	97,3
20	Perubahan pada pasien dengan NGT perlu diamati dan dievaluasi.	64	86,5

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Berdasarkan tabel 4.5. dapat dilihat dari 20 pertanyaan kuesioner (lampiran) tentang pengetahuan responden, hanya pengetahuan nomor 13 yaitu pada pasien yang tidak

kooperatif, tindakan atur posisi tidur dan pasang pagar pengamanan di tempat tidur tidak perlu terjawab benar oleh seluruh responden (100%). Sedangkan jumlah jawaban benar yang terendah (18,9%) pada kuesioner nomor 18 mengenai setelah selesai pemasangan infus, pada daerah yang ditusuk tidak perlu ditutup dan difiksasi.

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori pengetahuan berdasarkan penerapan SPMKK dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan berdasarkan penerapan SPMKK

No	Pengetahuan	f	Persentase (%)
1	Kurang baik	40	54,1
2	Baik	34	45,9
	T o t a l	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Berdasarkan tabel 4.6. terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan kurang baik 54,1% (40 orang) dibandingkan dengan responden yang mempunyai tingkat pengetahuan baik 45,9% (34 orang).

Hal tersebut menunjukkan bahwa upaya meningkatkan pengetahuan para perawat berdasarkan penerapan SPMKK melalui pelatihan SPMKK di RS diperlukan untuk mendukung dalam pelaksanaan pekerjaan keperawatan. Pengetahuan

adalah merupakan hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih langgeng, daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan dan kesadaran. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku ia harus tahu terlebih dahulu tahu apa arti dan manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau bagi organisasi³². Pelatihan SPMKK adalah termasuk pendidikan nonformal, dan salah satu cara yang dapat diberikan kepada perawat untuk meningkatkan pengetahuannya. Pelatihan dilakukan terutama untuk memperbaiki efektifitas pegawai dalam mencapai hasil kerja yang telah ditetapkan, serta dengan maksud memperbaiki penguasaan keterampilan dan tehnik-tehnik pelaksanaan pekerjaan tertentu^{24,50}.

g. Sikap

Gambaran persentase jawaban responden dari pengukuran sikap dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7.
Persentase Jawaban Responden Dari Pengukuran Sikap Di Ruang Rawat Inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang

No	Pernyataan	Jawaban (%)			
		SS	S	TS	STS
1	Penerapkan SPMKK untuk peningkatan mutu	85,1	14,9	0	0
2	SPMKK memudahkan perawat jalankan tugas dan fungsinya.	31,1	68,9	0	0
3	Pemasangan infus tidak harus sesuai SOP	0	0	37,8	62,2

	pemasangan Infus.				
4	SPMKK mendorong lebih rajin dan memacu semangat bekerja	50,0	50,0	0	0
5	pendekatan masalah dan etilogi tidak sesuai dengan SPMKK	0	0	67,6	32,4
6	Didalam SPMKK perencanaan keperawatan tidak harus sesuai dengan diagnosis keperawatan	0	0	54,1	45,9
7	SPMKK tidak mendorong untuk berkembang dan berprestas	0	0	45,9	54,1
8	Pasien jatuh , keblongan infus, kejadian yang biasa terjadi dan tidak perlu segera diselesaikan.	1,4	0	17,6	81,1
9	Dengan SPMKK diskripsi pekerjaan perawat jelas	70,3	29,7	0	0
10	Dokumentasi klinis asuhan keperawatan harus lengkap.	82,4	17,6	0	0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah.

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa persentase responden menjawab pertanyaan negatif yang menyatakan sangat tidak setuju pada nomor 8 tertinggi 81,1 % tentang pasien jatuh , keblongan infus, diet pasien salah adalah hal / kejadian yang biasa terjadi dan tidak perlu segera diselesaikan, sedangkan pernyataan pada nomor 5 terendah 32,4% menjawab dalam merumuskan diagnosis keperawatan tidak harus menggunakan pendekatan masalah dan etilogi karena tidak sesuai standar yang diterapkan di dalam SPMKK. Pada jawaban pertanyaan positif yang menyatakan sangat setuju tertinggi 85,1% pada nomor 1 yaitu untuk meningkatkan mutu pelayanan

keperawatan, saya setuju bila rumah sakit menerapkan SPMKK dan terendah 31,1% pada nomor 2 tentang SPMKK sangat memudahkan pelaksanaan tugas dan fungsi perawat secara individu dalam tim.

Hal ini menunjukkan bahwa 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 diatasinya¹². Proses keperawatan adalah tindakan adalah aktivitas yang ilmiah dan rasional yang dilakukan secara sistematis, terdiri dari lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian⁸.

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori sikap perawat berdasarkan penerapan SPMKK dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8.
Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Sikap Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Pengetahuan	f	Persentase (%)
1	Kurang baik	42	56,8
2	Baik	32	43,2
	T o t a l	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa 56,8% (42 orang) mempunyai kategori sikap kurang baik, dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap baik 43,2% (32 orang) berdasarkan penerapan SPMKK.

Hal ini dapat ditunjang dari teori bahwa sikap yang baik adalah sikap dimana dia mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal. Perilaku bekerja seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Sikap adalah kesiap-siagaan mental, yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman, dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain,obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya²⁴.

h. Motivasi

Gambaran persentase jawaban responden dari pengukuran motivasi dapat dilihat pada tabel 4.9.

Tabel 4.9.
Persentase Jawaban Responden Dari Pengukuran Motivasi Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Pertanyaan	Jawaban (%)			
		SS	S	TS	STS
1	Penerapan SPMKK, tugas pekerjaan dapat diselesaikan dengan baik/efisien	40,5	59,5	0	0
2	SPMKK kurang penting	0	0	40,5	59,5

	dalam membangun komunikasi				
3	Menjadi cepat bosan	2,7	1,4	70,3	25,7
4	Menjadi bisa dan mudah mengetahui kemajuan	51,4	48,6	0	0
5	Senang dan terbuka akan hal-hal baru	50,0	50,0	0	0
6	menjadi tidak mudah menyerah	31,1	67,6	1,4	0
7	mudah berkomunikasi dengan teman sejawat dan pasien	44,6	54,1	1,4	0
8	menjadi lebih mudah selesaikan asuhan keperawatan	40,5	59,5	0	0
9	Tugas-tugas / pekerjaan yang diberikan kepada saya tidak menantang	0	8,1	78,4	13,5
10	ketika melihat ketidakberesan dalam pekerjaan.	40,5	56,8	1,4	1,4
11	Lebih menyukai pekerjaan	29,7	59,5	9,5	1,4
12	Prestasi kerja yang diperoleh tidak sesuai dengan harapan	1,4	23,0	62,2	13,5
13	Lelah dan kurang semangat tetap menjalankan tugas pekerjaan	32,4	64,9	2,7	0
14	Dengan atau tanpa dukungan, tetap menjalankan tugas pekerjaan	32,4	55,4	10,8	1,4
15	Selalu dengan sungguh-sungguh melakukan tugas.	56,8	43,2	0	0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah.

Tabel 4.9. menunjukkan hasil jawaban pengukuran motivasi responden pada kuesioner (lampiran) yang berjumlah 15, pertanyaan positif pada nomor 15 tertinggi (56,8%) sangat setuju yaitu saya akan selalu dengan sungguh-sungguh melakukan tugas dan meningkatkan kemampuan saya di mana saya ditempatkan, sedangkan jumlah jawaban motivasi terendah (29,7%) pada kuesioner nomor 11 mengenai saya lebih menyukai pekerjaan saya daripada waktu senggang saya. Sedangkan pada pertanyaan negatif pada nomor 2 tertinggi

(59,9%) tentang pendapat saya SPMKK kurang penting dalam membangun komunikasi dengan pasien , pengunjung, sesama karyawan di RS sedangkan pernyataan terendah (13,5%) pada nomor 9 tentang tugas-tugas / pekerjaan yang diberikan kepada saya tidak menantang dalam pengembangan diri sebagai perawat dan nomor 12 tentang prestasi kerja yang saya peroleh tidak sesuai dengan yang saya harapkan.

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori motivasi berdasarkan penerapan SPMKK dapat dilihat pada tabel 4.10.

Tabel 4.10.
Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Motivasi Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Motivasi	f	Persentase (%)
1	Rendah	44	59,9
2	Tinggi	30	40,5
	T o t a l	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Tabel 4.10. menunjukkan bahwa responden sebagian besar mempunyai motivasi rendah 59,9% (44 orang), dibandingkan dengan responden yang mempunyai motivasi tinggi 40,5% (30 orang) berdasarkan penerapan SPMKK. Hal ini dapat didukung dengan hasil pengukuran motivasi responden yang terbesar sangat setuju pada pernyataan selalu dengan sungguh-sungguh melakukan tugas dan meningkatkan kemampuan.

Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini disebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan, kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja sehingga tercapai tujuan yang dikehendaki atau mendapatkan kepuasan atas perbuatannya. Motivasi merupakan kondisi atau energi yang yang menggerakkan diri karyawan kearah atau tertuju untuk mencapai tujuan organisasi²⁴.

i. Monitoring

Gambaran presentase jawaban responden dari pengukuran monitoring dapat dilihat pada tabel 4.11.

Tabel 4.11.
Persentase Distribusi Frekuensi Jawaban Responden
Pada Variabel Monitoring

No	Pertanyaan	Jawaban (%)		
		SD	KD	TD
1	Monotoring dan evaluasi dilakukan setiap hari di tiap ruangan .	44,6	50,0	5,4
2	Monitoring dan evaluasi standar asuhan keperawatan tiap 3 bulan	71,6	25,7	2,7
3	Ada pertemuan rutin untuk refleksi diskusi kasus klinis asuhan keperawatan.	62,2	35,1	2,7
4	Monitoring harian/mingguan oleh kepala ruang dan tim penanggung jawab SPMKK	44,6	43,2	12,2
5	Hasil monitoring dan evaluasi disosialisasikan ke semua ruang	52,7	43,2	4,1

	rawat inap			
6	Sudah dilakukan perencanaan monitoring	75,7	16,2	8,1
7	Ditiap ruangan ada yang monitoring secara khusus.	58,1	13,5	28,4
8	Langkah korektif / perbaikan dilakukan secepatnya	74,3	25,7	0
9	Monitoring dilakukan untuk memberikan bimbingan serta arahan sesuai SOP	68,9	25,7	5,4
10	Tim SPMKK & kabid keperawatan menambah berat beban pekerjaan.	16,2	47,3	36,5
11	Bila terjadi kesalahan, akan ditindak lanjuti & diberikan bimbingan, teguran serta diberikan umpan balik.	86,5	9,5	4,1

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Berdasarkan tabel 4.11. diatas menunjukkan pengukuran persentase variabel monitoring responden pada kuesioner (lampiran) yang berjumlah 11 pertanyaan, jawaban selalu dilakukan pada nomor 11 tertinggi (86,5%) menjawab tentang bila terjadi kesalahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan ditindak lanjuti, perawat diberikan arahan / bimbingan dan teguran serta diberikan umpan balik. Sedangkan jumlah jawaban motivasi yang terendah (44,6%) pada kuesioner nomor 1 tentang monitoring dan evaluasi dilakukan setiap hari di tiap ruangan serta nomor 4 mengenai monitoring harian /mingguan oleh kepala ruang dan tim penanggung jawab SPMKK dalam pelaksanaan SOP bagi perawat

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori monitoring perawat berdasarkan penerapan SPMKK dapat dilihat pada tabel 4.12.

Tabel 4.12.
Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori
Monitoring Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Beban kerja	f	Persentase (%)
1	Kurang baik	43	58,1
3	Baik	31	41,9
	T o t a l	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Pada tabel 4.12. diatas terlihat bahwa sebagian besar responden menjawab monitoring kurang baik yaitu sebanyak (58,1%) atau 43 orang, dibandingkan pada responden dengan menjawab monitoring baik sebanyak (41,9%) atau 31 orang.

Hal ini menunjukkan bahwa monitoring adalah suatu proses pengumpulan dan menganalisis dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara regular untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana sehingga masalah yang dilihat/ditemui dapat diatasi khususnya dalam penerapan SPMKK di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh supervisor diinformasikan kepada staf. Bila terjadi penyimpangan, supervisor bersama pelaksana mendiskusikan masalah tersebut dan hasilnya dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut

20,24

j. Kinerja Klinis Perawat

Gambaran persentase jawaban responden dari pengukuran kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK dapat dilihat pada tabel 4.13.

Tabel 4.13.
 Persentase Jawaban Responden Dari Pengukuran Kinerja Klinis Perawat di 7 Ruang Rawat Inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang

No	Pertanyaan	Jawaban (%)			
		SS	S	TS	STS
1	Mengumpulkan data subyektif	58,1	36,5	5,4	0
2	Mengumpulkan data obyektif	48,6	44,6	6,8	0
3	Mengumpulkan data penunjang.	55,4	40,5	4,1	0
4	Melakukan pemeriksaan fisik.	51,4	41,9	6,8	0
5	Mengkaji riwayat kesehatan.	56,8	35,1	8,1	0
6	Lebih disiplin & konsisten melakukan askep.	52,7	43,2	4,1	0
7	Menjelaskan maksud dan tujuan.	54,1	37,8	8,1	0
8	Mampu menumbuhkan rasa percaya diri pasien dan keluarga	48,6	44,6	6,8	0
9	Menjadi lebih sering melakukan refleksi diskusi kasus	58,1	37,8	4,1	0
10	Menjadi lebih konsisten dan disiplin	60,8	33,8	5,4	0
11	Mampu membuat, menjelaskan dan mendiskripsikan prosedur keperawatan	45,9	43,2	10,8	0
12	Lebih cekatan dalam memberikan askep.	48,6	47,3	4,1	0
13	Lebih mampu memotivasi pasien/keluarga	55,4	39,2	5,4	0
14	Mampu menentukan prioritas masalah dengan analisa kasus	48,6	45,9	5,4	0
15	Mampu membuat dan mengimplementasikan SAK dan SOP .	40,5	55,4	4,1	0
16	Mendiagnosa, selalu mempertimbangkan kondisi pasien	60,8	31,1	8,1	0

17	Lebih mampu menentukan tujuan keperawatan jangka pendek.	41,9	52,7	5,4	0
18	Lebih mampu menentukan tujuan keperawatan jangka menengah.	43,3	44,6	12,2	0
19	Lebih mampu menentukan tujuan keperawatan jangka panjang.	41,9	54,1	4,1	0
20	Selalu menentukan alternatif pemecahan masalah	44,6	29,7	25,7	0
21	Intervensi keperawatan secara khusus kepada pasien.	45,9	41,9	12,2	0
22	Intervensi keperawatan secara umum kepada pasien.	41,9	45,9	12,2	0
23	Melakukan intervensi secara kolaborasi.	43,2	52,7	4,1	0
24	Melakukan monitoring dalam melaksanakan SAK/SOP secara bersama-sama maupun sendiri.	55,4	39,2	5,4	0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Tabel 4.13. menunjukkan bahwa pengukuran kinerja klinis perawat pada jawaban kuesioner (lampiran) yang berjumlah 24 pertanyaan pada nomor 10 & 16 tertinggi (60,8%) menjawab sangat setuju pada pernyataan perawat menjadi lebih konsisten dan disiplin melaksanakan tugas keperawatan dan perawat selalu mempertimbangkan kondisi pasien dalam membuat diagnosa keperawatan. Sedangkan jawaban kinerja klinis terendah (40,5%) menjawab sangat setuju pada kuesioner nomor 15 mengenai perawat mampu membuat dan mengimplementasikan SAK dan SOP .

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK dapat dilihat pada tabel 4.14.

Tabel 4.14.
Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kinerja Klinis

Perawat Berdasarkan Penerapan SPMKK di Ruang Rawat
Inap

RS Panti Wilasa Citarum Semarang

No	Kinerja Klinis Perawat	f	Persentase (%)
1	Kurang baik	33	44,6
2	Baik	41	55,4
	T o t a l	74	100,0

Sumber : Data primer 2008 yang diolah

Tabel 4.14. menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kategori kinerja klinis baik (55,4%) atau 41 orang dibandingkan dengan responden yang memiliki kinerja klinis kurang baik sebanyak (44,6%) atau 33 orang.

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitasnya. Proses penilaian kinerja dapat dilakukan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Perawat manajer dapat menggunakan proses aprasial kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, bimbingan perencanaan karir, serta pemberian penghargaan kepada perawat yang berkompeten^{32,48}. Kinerja merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan^{49,50}.

3. Analisis Bivariat Variabel Penelitian

Untuk mengetahui pengaruh variabel bebas (pengetahuan, sikap, motivasi, beban kerja, dan monitoring) terhadap variabel terikat

(kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK) maka dilakukan uji hubungan terlebih dahulu yaitu dengan :

1. Tabulasi Silang dan Chi Square

- 1). Deskripsi hubungan pengetahuan dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

Deskripsi hubungan pengetahuan dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK disajikan dalam tabel 4.15.

Tabel 4.15.
Deskripsi Hubungan Pengetahuan dengan kinerja klinis Perawat Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Pengetahuan	Kinerja Klinis Perawat				Total	
		Kurang baik		Baik		N	%
		n	%	n	%		
1	Kurang baik	30	90,9	10	24,4	40	54,1
2	Baik	3	9,1	31	75,6	34	45,9
	Total	33	100,0	41	100,0	74	100,0

$$X^2 = 32,575 \quad p \text{ value} = 0,000$$

Pada tabel 4.15. menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan kurang baik, proporsi kinerja klinis kurang baik (90,9%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis baik (24,4%). Pada pengetahuan baik, proporsi kinerja klinis baik (75,6%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis kurang baik (9,1%).

Dari uji statistik dengan menggunakan *chi square* menunjukkan $X^2 = 32,575$ dengan $p \text{ value} 0,000 (< 0,05)$ maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang bermakna/signifikan antara pengetahuan

dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK. Artinya bahwa dengan pengetahuan baik menunjukkan kinerja klinis perawat akan lebih baik, sehingga pelayanan keperawatan terhadap pasien menjadi lebih baik.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dipahami, diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya, perawat sebagian besar sudah mengerti dan memahami tentang penerapan SPMKK^{38,49}. Belajar dibutuhkan seseorang untuk mencapai tingkat kematangan diri. Proses belajar dapat dilakukan oleh pekerja pada saat mengerjakan pekerjaan²⁴.

2). Deskripsi hubungan sikap dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

Deskripsi hubungan sikap dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK disajikan dalam tabel 4.16.

Tabel 4.16.
Deskripsi Hubungan Sikap dengan Kinerja Klinis Perawat Berdasarkan Penerapan SPMKK

NO	Sikap	Kinerja Klinis Perawat				Total	
		Kurang baik		Baik		N	%
		n	%	n	%		
1	Kurang baik	29	87,9	13	31,7	42	56,8
2	Baik	4	12,1	28	68,3	32	43,2
	Total	33	100,0	41	100,0	74	100,0

$$X^2 = 23,505 \quad p \text{ value} = 0,000$$

Pada tabel 4.16. menunjukkan bahwa responden yang mempunyai sikap kurang baik, proporsi kinerja klinis kurang baik (87,9%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis baik (31,7%). Pada sikap baik, proporsi kinerja klinis baik (68,3%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis kurang baik (12,1%).

Dari uji statistik dengan menggunakan *chi square* menunjukkan $X^2 = 23,505$ dengan *p value* = 0,000 (< 0,05) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna/signifikan antara sikap dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK. Artinya bahwa dengan sikap yang baik, kinerja klinis perawat akan menjadi lebih baik, sehingga pelayanan keperawatan terhadap pasien menjadi lebih baik.

Hal ini sesuai dengan teori sikap yang merupakan sebuah itikat dalam diri seseorang untuk tidak melakukan atau melakukan pekerjaan tersebut sebagai bagian dari aktivitas yang menyenangkan. Sikap yang baik adalah sikap dimana dia mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal. Perilaku bekerja seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai

dewasa. Dalam hubungannya dengan bekerja dan bagaimana seseorang berpenampilan diri terhadap lingkungan, maka seseorang berperilaku. Perilaku ini dapat dirubah dengan meningkatkan pengetahuan dan memahami sikap yang positif dalam bekerja²⁴.

- 3). Deskripsi hubungan motivasi dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

Deskripsi hubungan motivasi dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK disajikan dalam tabel 4.17.

Tabel 4.17.
Deskripsi Hubungan Motivasi dengan Kinerja Klinis Perawat Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Motivasi	Kinerja Klinis Perawat				Total	
		Kurang baik		Baik			
		n	%	n	%	N	%
1	Rendah	29	87,9	15	36,6	44	59,5
2	Tinggi	4	12,1	26	63,4	30	40,5
	Total	33	100,0	41	100,0	74	100,0

$$X^2 = 19,956 \quad p \text{ value} = 0,000$$

Pada tabel 4.17. menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi rendah, proporsi kinerja klinis kurang baik (87,9%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis baik (36,6%). Pada motivasi tinggi, proporsi kinerja klinis baik (63,4%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis kurang baik (12,1%).

Dari uji statistik dengan menggunakan *chi square* menunjukkan $X^2 = 19,956$ dengan $p \text{ value} = 0,000 (< 0,05)$ maka

dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna/signifikan antara motivasi dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

Artinya bahwa dengan motivasi tinggi (baik) maka kinerja klinis perawat akan semakin baik, pada motivasi rendah (kurang baik), akan menghasilkan kinerja klinis perawat kurang baik karena motivasi merupakan kemauan atau keinginan didalam diri seseorang perawat yang mendorongnya untuk bertindak^{25,29}. Motivasi merupakan kondisi atau energi yang yang menggerakkan diri karyawan kearah atau tertuju untuk mencapai tujuan organisasi²⁴.

4). Deskripsi hubungan monitoring dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

Deskripsi hubungan monitoring dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK disajikan dalam tabel 4.18.

Tabel 4.18.
Deskripsi Hubungan Monitoring Dengan Kinerja Klinis Perawat Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Monitoring	Kinerja Klinis Perawat				Total	
		Kurang baik		Baik			
		n	%	n	%	N	%
1	Kurang baik	31	93,9	12	29,3	43	58,1
2	Baik	2	6,1	29	70,7	31	41,9
	Total	33	100,0	41	100,0	74	100,0

$$X^2 = 31,414 \quad p \text{ value} = 0,000$$

Pada tabel 4.18. menunjukkan bahwa monitoring kurang baik, proporsi kinerja klinis kurang baik (93,9%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis baik (29,3%). Pada monitoring baik, proporsi kinerja klinis baik (70,7%) lebih besar dibandingkan dengan kinerja klinis kurang baik (6,1%).

Dari uji statistik dengan menggunakan *chi square* menunjukkan $X^2 = 31,414$ dengan $p \text{ value} = 0,000 (< 0,05)$ maka dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna/signifikan antara monitoring dengan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

Hal ini didukung melalui teori monitoring akan dapat dipantau penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Penyimpangan harus dikelola dengan baik oleh manajer perawat untuk diluruskan kembali agar kegiatan yang dilakukan sesuai dengan standar. Ada tiga indikator kinerja perawat yang perlu dimonitor, yaitu ; *administratif, klinis dan pengembangan staf*^{39,50}.

4. Analisis Pengaruh.

Untuk mengetahui pengaruh dua arah yaitu antara variabel bebas (pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring) terhadap variabel terikat (Kinerja Klinis Perawat Berdasarkan Penerapan SPMKK) maka dilakukan analisis bivariat dengan regresi logistik.

Hasil penelitian variabel pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja dimana p value 0,004 ($\leq 0,25$). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian⁵⁵ menyatakan bahwa tingkat pengetahuan diduga berpengaruh kuat terhadap kinerja. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dipahami, diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui. Melalui tindakan dan belajar seseorang akan mendapatkan kepercayaan dan sikap terhadap sesuatu yang pada gilirannya akan mempengaruhi perilaku²³.

Hasil penelitian sikap berpengaruh terhadap kinerja dimana p value 0,003 ($\leq 0,25$). Sikap merupakan sebuah itikat dalam diri seseorang untuk tidak melakukan atau melakukan pekerjaan tersebut sebagai bagian dari aktivitas yang menyenangkan. Sikap yang baik adalah sikap dimana dia mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal²⁴. Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang obyek tadi⁴⁸.

Hasil penelitian motivasi berpengaruh terhadap kinerja dimana p value 0,042 ($\leq 0,25$). Hasil penelitian ini sesuai dengan dengan penelitian⁵⁶ menyatakan bahwa responden dengan motivasi tinggi ternyata lebih besar kecenderungan menunjukkan kinerja tinggi. Hal tersebut sesuai teori

bahwa motivasi adalah kemauan atau keinginan didalam diri seseorang yang mendorongnya untuk bertindak.³¹ Motivasi merupakan kondisi atau energi yang yang menggerakkan diri karyawan kearah atau tertuju untuk mencapai tujuan organisasi. Motivasi merupakan hasil interaksi antara individu dan situasinya, sehingga setiap manusia mempunyai motivasi yang berbeda antara yang satu dengan yang lain ⁵⁷.

Hasil penelitian monitoring berpengaruh terhadap kinerja dimana p value 0,003 (\leq 0,25). Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian ⁵⁶ menyatakan bahwa responden yang mempunyai persepsi monitoring baik ternyata lebih besar kecenderungannya menunjukkan kinerja tinggi sedangkan responden dengan persepsi monitoring kurang mempunyai kecenderungan menunjukkan kinerja rendah. Hal ini sesuai teori bahwa monitoring adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah segera diberikan petunjuk dan bimbingan atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya⁵⁸. Monitoring adalah suatu proses kemudahan sumber-sumber yang diperlukan staf untuk menyelesaikan tugas-tugas. Monitoring sebagai suatu kegiatan pembinaan, bimbingan atau pengawasan oleh pengelola program terhadap pelaksanaan di tingkat administrasi yang lebih rendah dalam rangka menetapkan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan ⁵⁹.

Setelah dilakukan analisis secara bivariat dan ditemukan adanya semua variabel bebas (pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring) yang berpengaruh terhadap variabel terikat (kinerja klinis perawat berdasarkan

penerapan SPMKK) maka selanjutnya diuji bersama – sama secara multivariat dengan metode enter. Hasil penelitiannya pada tabel 4.19, sebagai berikut :

Tabel 4.19.
Ringkasan Hasil Analisis Variabel Yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Klinis Perawat Berdasarkan Penerapan SPMKK

No	Variabel	B	SE	Wald	df	p Value	Exp (B)
1	Pengetahuan	3,930	1,365	8,285	1	0,004	50,901
2	Sikap	4,512	1,525	8,759	1	0,003	91,132
3	Motivasi	2,163	1,141	3,594	1	0,042	8,693
4	Monitoring	4,089	1,387	8,692	1	0,003	59,706

Secara teori, analisis regresi logistik dapat dianalisis dari nilai *p value* (*sig*) dan *Exp (B)*, di mana jika *p value* $\leq 0,05$ variabel itu akan memberikan pengaruh terhadap variabel terikat, besar pengaruhnya dapat diprediksi lewat nilai *Exp (B)*. Tetapi jika nilai *p value* $> 0,05$ secara teori variabel bebas tersebut dapat memberikan pengaruh terhadap variabel terikat maka analisis regresi logistik dapat dilakukan dengan nilai *Exp (B)* dengan mengabaikan nilai *p value*, dimana nilai *Exp (B)* $\geq 1,5$. hasil uji multivariat adalah sebagai berikut :

- a. Dalam tabel *Hosmer and Lemeshow test* (lampiran) menunjukkan bahwa besarnya nilai statistik *Hosmer and Lemeshow Goodness of Fit* sebesar 11,474 dengan probabilitas signifikansi 0,075 yang nilainya jauh di atas 0,05. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa model dapat diterima atau

model dapat memprediksi nilai observasinya. Hal ini berarti data sesuai model.

b. Pengaruh dan besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat secara bersama-sama adalah hasil uji logistic regression tersebut adalah sebagai berikut : variabel bebas yang berpengaruh secara bersama-sama terhadap variabel terikat adalah pengetahuan ($p=0,004$); sikap ($p=0,003$); motivasi ($p=0,042$); monitoring ($p=0,003$).

c. Berdasarkan nilai Exp (B) dapat disimpulkan :

1) Odd ratio (OR) kinerja klinis perawat tentang pengetahuan = 50,901 menunjukkan bahwa pengetahuan perawat kurang baik mempunyai pengaruh terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK kurang baik 50 kali lebih besar dibandingkan dengan pengetahuan baik.

2) Odd ratio (OR) kinerja klinis perawat tentang sikap = 91,132 menunjukkan bahwa sikap perawat kurang baik mempunyai pengaruh terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK kurang baik 91 kali lebih besar dibandingkan dengan sikap baik.

3) Odd ratio (OR) kinerja klinis perawat tentang motivasi = 8.693 menunjukkan bahwa motivasi perawat rendah

mempunyai pengaruh terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK kurang baik 8 kali lebih besar dibandingkan dengan motivasi tinggi.

- 4) Odd ratio (OR) kinerja klinis perawat tentang monitoring = 59,706 menunjukkan bahwa monitoring perawat kurang baik mempunyai pengaruh terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK kurang baik 59 kali lebih besar dibandingkan dengan monitoring baik.

Dari uji multivariat dapat disimpulkan bahwa semua sub variabel bebas yaitu pengetahuan, sikap, motivasi dan monitoring mempengaruhi secara bersama-sama terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut melalui uji analisis multivariat dengan uji regresi logistik, maka dalam rangka meningkatkan kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK adalah dengan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perawat baik kemampuan intelektual maupun kemampuan fisik, serta meningkatkan motivasi perawat baik motivasi internal maupun motivasi eksternal.

Meningkatkan pengetahuan perawat untuk memperbaiki kinerjanya dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu dengan pelatihan berkelanjutan. Melalui tindakan dan belajar seseorang

akan mendapatkan kepercayaan dan sikap terhadap sesuatu yang pada gilirannya akan mempengaruhi perilaku²³.

Sikap yang baik adalah sikap dimana perawat tersebut mau mengerjakan pekerjaan tanpa terbebani oleh sesuatu hal yang menjadi konflik internal terhadap kinerja klinis berdasarkan penerapan SPMKK. Ambivalensi seringkali muncul ketika konflik internal psikologis muncul. Perilaku bekerja seseorang (perawat) sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai dewasa²⁴.

Motivasi kerja adalah sesuatu yang menimbulkan semangat atau dorongan kerja. Seorang karyawan bersedia melakukan suatu pekerjaan karena adanya dorongan-dorongan, motif-motif ataupun perangsang-perangsang dalam diri seorang karyawan. Lebih jelasnya bahwa dorongan-dorongan atau motif-motif berupa kebutuhan yang timbul dalam diri seseorang karyawan yang harus dipenuhi dengan cara bekerja. Kebutuhan yang timbul dalam diri seseorang mempunyai sifat majemuk dan dapat berubah-ubah dan berbeda-beda bagi setiap individu serta tak disadari oleh individu yang mempunyai motivasi tinggi cenderung memiliki prestasi kerja tinggi, dan sebaliknya mereka yang prestasi kerja rendah disebabkan karena motivasi kerjanya rendah khususnya terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK¹⁴.

Monitoring kinerja klinis perawat disini adalah suatu proses kemudahan sumber-sumber yang diperlukan staf untuk menyelesaikan tugas-tugas berdasarkan penerapan SPMKK. Monitoring sebagai suatu kegiatan pembinaan, bimbingan atau pengawasan oleh pengelola program terhadap pelaksanaan di tingkat administrasi yang lebih rendah dalam rangka menetapkan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan²⁵.

Monitoring merupakan salah satu kegiatan dalam manajemen personalia dan manajemen pada umumnya. Dalam manajemen personalia, perhatian utama diarahkan pada *human resources* (sumber-sumber manusia) dengan harapan dapat diperoleh satu kesatuan tenaga yang kompeten⁶⁰. Dengan adanya satu kesatuan tenaga seperti apa yang disebutkan diatas, maka diharapkan tujuan organisasi dapat dicapai secara berhasil guna dan berdaya guna melalui pengembangan yang optimal dari semua tenaga dalam hubungannya dengan pelayanan⁶¹.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada 74 responden tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK di ruang rawat inap RS Panti Wilasa Citarum Semarang dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Distribusi kelompok umur responden terbesar berumur 24 – 34 tahun (54,1%) dengan rata-rata berumur 33 tahun umur minimal 24 tahun dan maksimal 50 tahun, dengan masa kerja 1 – 9 tahun (45,9%), masa kerja minimal 1 tahun dan maksimal 25 tahun, sebagian besar (94,6%) berpendidikan D III Keperawatan, dan semua perawat (100,0%) sudah mengikuti pelatihan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK).
2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori pengetahuan kurang baik adalah 55,4%. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori sikap kurang baik adalah 56,8%. Hal ini sesuai hasil pengukuran sikap responden yang setuju pada pernyataan SPMKK sangat memudahkan pelaksanaan tugas dan fungsi perawat secara individu dalam tim sebesar 68,9%. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori motivasi adalah rendah sebesar 59,9%. namun masih ada responden yang tidak setuju pada pernyataan dengan atau tanpa dukungan teman atau atasan sekerja , tugas-tugas tetap saya lakukan. (10,8%). Distribusi frekuensi

responden berdasarkan kategori monitoring adalah kurang baik sebesar 58,1%. Hal ini sesuai dengan pernyataan responden yang menyatakan pernyataan monitoring dan evaluasi kadang dilakukan setiap hari di tiap ruangan (50,0 %).

3. Distribusi frekuensi berdasarkan kategori kinerja klinis perawat adalah baik (55,4%), namun masih ada responden yang tidak setuju pada pernyataan perawat selalu menentukan alternatif pemecahan masalah dengan menggunakan kemampuan pasien. (25,7%).
4. Ada pengaruh pengetahuan terhadap kinerja klinis dengan nilai $p = 0,004$ ($\leq 0,25$), pengaruh sikap terhadap kinerja klinis dengan nilai $p = 0,003$ ($\leq 0,25$), pengaruh motivasi terhadap kinerja klinis dengan nilai $p = 0,042$ ($\leq 0,25$), pengaruh monitoring terhadap kinerja klinis dengan nilai $p = 0,003$ ($\leq 0,25$).
5. Ada pengaruh secara bersama-sama pengetahuan dan motivasi dalam penerapan SPMKK yaitu pengetahuan dengan nilai $p = 0,000$ ($p \leq 0,05$), $C = 0,553$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 50,901$; sikap dengan nilai $p = 0,000$, $C = 0,491$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 91,132$; motivasi nilai $p = 0,000$, $C = 0,461$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 8,693$; monitoring nilai $p = 0,000$ ($p \leq 0,05$), $C = 0,546$ dan nilai $\text{Exp (B)} = 59,706$.

B. Saran-saran

Untuk meningkatkan kinerja klinis perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang, maka perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Kepala bidang keperawatan perlu merencanakan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan kinerja klinis perawat dengan pendidikan

,seminar secara rutin dan berkesinambungan. Setiapkali ada pelatihan tentang SPMKK sebaiknya dilakukan pretest dan post test agar dapat dimonitor seberapa jauh perkembangan pengetahuan individu tentang SPMKK .

2. Kepala bidang perawatan bersama sama dengan kepegawaian perlu meningkatkan loyalitas, kepatuhan sesuai standar pelayanan yang berlaku dengan metode pelatihan budaya kerja. Sehingga sikap dan motivasi yang merupakan faktor psikologis dilatih untuk lebih peka dan menumbuhkan semangat dan motivasi bekerja. Penerapan reward and punishmen perlu diterapkan dan ditingkatkan lagi.
3. Agar senantiasa tenaga perawat telah memperoleh pelatihan SPMKK tetap mempunyai semangat dan tidak bosan. Sebaiknya tetap memperoleh penyegaran SPMKK secara berkala dan berkelanjutan setiap bulan, tribulanan atau semesteran. Setiap kali ada pelatihan tentang SPMKK sebaiknya dilakukan pretest dan post test agar dapat dimonitor seberapa jauh perkembangan pengetahuan individu tentang SPMKK .
4. Untuk meningkatkan motivasi perlu dilakukan penghargaan bagi karyawan yang berprestasi dan diumumkan saat ada acara acara yang penting baik secara individu dan tim/unit/ruangan. Perawat juga perlu dialokasikan refresing dengan wisata bersama ke tempat tempat wisata atau studi banding ke rumah sakit yang minimal setingkat lebih baik.
5. Kepala bidang keperawatan dan tim SPMKK secara bersama sama melakukan monitoring/supervisi/evaluasi tentang penerapan SPMKK setiap hari, mingguan bulanan atau tribulanan terstruktur dengan baik.

Demikian juga memberikan umpan balik mengenai hasil monitoring dan evaluasi kepada seluruh perawat pelaksana di masing masing ruang rawat inap.

6. Sukses Penerapan SPMKK ini sangat memerlukan kerjasama antara seluruh perawat dalam satu tim/ruangan, perencanaan keperawatan, komunikasi efektif, meningkatkan ketrampilan perawat secara terus menerus, pertanggung jawaban bagi setiap perawat yang lebih jelas.
7. Dari hasil penelitian di dapatkan kinerja klinis perawat yang baik (55,4%). Hal ini sangat berbeda dengan hasil monitoring dan evaluasi dari tim SPMKK (91.5%), dengan demikian ada gap antara dokumen monitoring oleh tim SPMKK dengan analisa penulis terhadap kinerja klinis perawat berdasarkan penerapan SPMKK, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan ruang lingkup yang lebih luas lagi.

DAFTAR PUSTAKA

1. JB Suharjo B Cahyono SpPD Dr, *Root Cause Analisis Sebagai Metode Pemecahan Masalah Kejadian Yang Tidak Diharapkan*. Jurnal PERSI, 2006.
2. Depkes. *Modul Pelatihan Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik Perawat/Bidan*, Jakarta. 2006.
3. World Health Organisation . *Pelatihan Keterampilan Manajerial Sistem Pengembangan Manajemen Kkinerja Klinis (SPMKK)*. Jakarta . 2006
4. Bondan Palestin. *Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit*, Jurnal Keperawatan dan Penelitian , Yogyakarta, Mei 2007.
5. Ns.Widya Febriyanti S.Kep PMK UGM.
6. Koentjoro Tjahjono, pengembangan Instrumen Pengembangan Manajemen kinerja (PMK) seluruh tenaga Klinik puskesmas, pusat manajemen pelayanan kesehatan FK UGM bekerja sama dengan WHO, 2006;
7. Nana Mulyana, Wayan Mulati dkk. *Pedoman Pelatihan Keterampilan Manajerial SPMKK*. 2003
8. Departemen kesehatan Republik Indonesia, *Standar Asuhan Keperawatan* Jakarta 1995.
9. Sitorus Ratna, *Model Praktik Keperawatan Profesional* di RS, EGC, Jakarta, 2006.
10. Nursalam, *Manajemen keperawatan (aplikasi dalam keprawatan praktek profesional)* edisi I Salemba Medica Jakarta 2002.
11. Depkes RI, *Standar Asuhan Keperawatan*, Jakarta, 1997
12. Kozieer, dkk., *Fundamentalis of Nursing, Concepts Process, and Practice*, 4th

ed. Addison Wesley Publishing Company Inc. California, 1991

13. World Health Organization (Depkes RI) Petunjuk pelaksanaan indikator mutu pelayanan rumah sakit, Jakarta 1998
14. PPNI. *Standar praktek keperawatan profesional*, Jakarta 2001
15. Kepmenkes RI Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 Tentang *Pedoman Peraturan Internal Staf Medis Di Rumah Sakit*. Jakarta. 2005
16. Depkes/WHO/PMPK-UGM. *Implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan (Pedoman dan Instrumen)*, Jakarta. 2003
17. Gilles, A.G. *Nursing Management: A System Approach*, 3rd edition, Philadelphia: WB Company Saunders, 1994.
18. Yura H and Walsh, MB. *The Nursing Process; Asses, Planing, Implementing, Evaluating*, 5th ed coun : Appleton dan Large, Norwalk, 1988
19. Depkes. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 836/MENKES/SK/2005. *Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan*, Jakarta. 2005.
20. Nur Nasution, *Manajemen Mutu Terpadu Edisi Kedua*, Ghalia Indonesia, 2005.
21. Bernadin dan Russel, *Human Resourcess Management*, Second Edition, MGIH, Boston. 1998
22. Cushway B, *Human Resouces Manajement*, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta. 1996.

23. Handoko, H, *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia. Edisi II. BPFE, Yogyakarta. 1995.*
24. Gibson, JK, et al, *Perilaku-Struktur-Proses, Jilid I Edisi Kedelapan, Adiami N (Alih Bahasa), Bina Rupa Aksara, Jakarta. 1996.*
25. Depkes RI, *Standar Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit, Direktorat Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik,Depkes, 2002.*
26. Luthans, fred, *Organizational Bihavior, Singapore: McGraw Hill Book. 1992.*
27. Sugiyono, Dr. *Statistik Untuk Penelitian. CV Alfabeta. Bandung. 2006.*
28. Tjahyono Kuncoro, *Regulasi Kesehatan Di Indonesia, Andi Yogyakarta, 2007*
29. Djoko Wijono, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol 1, Airlangga University Pres, 2000*
30. Kepmenkes RI Nomor369/MENKES/SK/III/2007 *Tentang Standar Profesi Bidan. Jakarta . 2007*
31. Linda Tietjen, Debora Bossemeyer, Noel McIntosh. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas. Yayasan Bina Pustaka, JNPKKR. Jakarta. 2004*
32. Robbins, Stephens P, *Perilaku Organisasi, PT Intan Sejati Klaten Edisi Bahasa Indonesia. 2003*
33. Ali Gufron Mukti, *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan (Konsep Dan Implementasi), PPSPM, UGM, 2007*
34. Suhartati Skep. *Media Pengembangan SDM Kesehatan, Vol. 1 No. 1, Januari 2005*
35. Arikunto , *Manajemen Penelitian , Rineka Cipta. Jakarta 2005*

36. Arikunto , *Prosedur Penelitian Edisi Revisi Ke VI* , Rineka Cipta. Jakarta . 2006
37. Soekidjo Notoatmodjo, *Metodologi Penelitian Kesehatan edisi revisi* Rineka Cipta , Jakarta 2002
38. Depkes RI, *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*, Direktorat Pelayanan Keperawatan Direktoral Jenderal Pelayanan Medik, direktorat Rumah Sakit Umum Dan Pendidikan, Jakarta 1997.
39. John Soeprihanto, *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*, Universitas Gajah Mada, yogyakarta,2001.
40. Willy Susilo, *Audit SDM (Panduan Komprehensif Auditor Dan Praktisi Manajemen Sumberdaya Manusia Serta Pimpinan Organisasi/ perusahaan,2002*
41. Lynn Basford dan Slevin *Teori dan praktek keperawatan (pendekatan Intergral pada asuhan pasien)* ,EGC Jakarta 2006.
42. Robert L Mathis-John H.Jackson, *Human Resource Management (Manajemen Sumber Daya Manusia)*, Salemba Empat Jakarta 2004.
43. Santosa, S. *SPSS – Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. Efex Media Komputindo. Jakarta. 2000.
44. Kusumapraja R. *Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat di RS. Makalah Manajemen Keperawatan*. RSU Persahabatan. Jakarta. 2002.
45. Sastrohadiwiryo. Siswanto. B. *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia ; Pendekatan Administrasi dan Operasional*, Buki Aksara. Jakarta; 2002.
46. *Profil Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*. 2008

47. Jernigan D.K. and Young A.P. *Standars Job Descriptions and Performance Evaluation for Nursing Practice Connecticut* : Pretice Hall. 1983.
48. Purwanto H. *Pengantar Perilaku Manusia*. EGC. Jakarta.2005.
49. Modul Pelatihan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.
50. Dharma S, *Manajemen Kerja*, Cetakan Pertama, Rajawali Press, Jakarta. 2005.
51. Herzberg, F, *Work and the Nature of Man*, New York, World Publishing co. 1966.
52. Rumihat. *Beban Kerja Konsep dan Pengukuran* , UGM Yogyakarta. 1993.
53. Sugianto. *Beban Kerja : Konsep dan Pengukuran* ; Buletin Psikologi Fakultas Phsykologi UGM 1 : 1 – 4 . 2002.
54. Wickens C D. *Engineering Psikologi & Human Performance 2nd Edition*. Herper Collins Publications. London, 1992.
55. Ahmad Ely, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat menerapkan standar asuhan keperawatan pada puskesmas rawat inap di kabupaten Sleman*, Tesis KMPK UGM ,2000
56. Mundarti *Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dosen dalam melaksanakan proses belajar mengajar di Prodi Magelang Polttekes Semarang*, Tesis MIKM Undip 2007
57. Terry, RG. 1997, *Principles of Management* Richard D. Inc. Homewood, Illionis
58. Depkes RI, *Pedoman Pembimbingan, Supervisi dan Monitoring Upaya Kesehatan Puskesmas*, Jakarta 1992.

59. Muninjaya Gde, *Manajemen Kesehatan Cetakan I Edisi 2*, EGC, 2004.
60. Drucker P.F , *An Introductor View of Management* Harpers College Press
New York, 1987
61. Koontz, H and Donnel,O.C. *Management: A System and Contigancy Analysis
of Managerial Function*, 6 th ed, Mc. Graw Hill, Kosaido Printing Co, Tokyo,
984.
62. Pedoman Monitoring SPMKK, yang disesuaikan dengan aturan dari Akrediatsi
Tim SPMKK YAKKUM 2005