



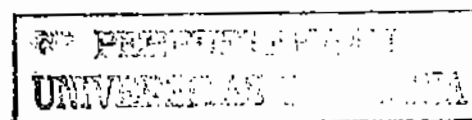
UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**PENGARUH PENERAPAN SISTEM JENJANG KARIER
TERHADAP KEPUASAN KERJA PERAWAT
DI RS PGI "CIKINI" JAKARTA**

**Oleh:
Labora Sitinjak
0606027064**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**





UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**PENGARUH PENERAPAN SISTEM JENJANG KARIER
TERHADAP KEPUASAN KERJA PERAWAT
DI RS PGI “CIKINI” JAKARTA**

Tesis ini diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Oleh:
Labora Sitinjak
0606027064

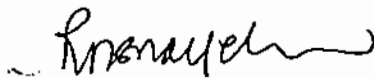
**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I


Krisna Yetti, SKp.M.App.Sc.

Pembimbing II


Dr. Luknis Sabri, SKM

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

Jakarta, 04 Juli 2008

Ketua



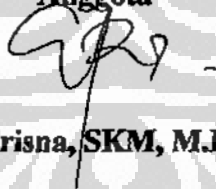
Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc.

Anggota



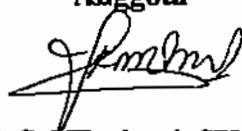
Dr. Luknis Sabri, SKM

Anggota



Eva Trisna, SKM, M.Kep.

Anggota



Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp., MARS

BIODATA

Nama : Labora Sitingak, SKp.
Tempat dan tanggal lahir : Tamba, 26 Juni 1956
Alamat di Jakarta : Jl. Kramat Sentiong Mesjid No E 56 E. RT 07 RW 06
Kelurahan Kramat, Kecamatan Senen, Jakarta Pusat, 10450
Telepon: 021-3142290

Asal Instansi : Akademi Keperawatan "Bethesda" Serukam, Kalimantan Barat, Indonesia.

Riwayat pendidikan/Pelatihan:

1. SD Negeri 2 Tamba, Sumatera Utara, lulus tahun 1969
2. SMP Katolik Budi Mulia Pangururan, Pulau Samosir, Sumatera Utara, lulus tahun 1972
3. SMA Katolik Bintang Timur Balige, Sumatera Utara, lulus tahun 1975
4. Akper RS PGI "Cikini" Jakarta, lulus tahun 1980
5. Pelatihan Asisten Transfusi Darah (ATD) PMI Jakarta selama 6 (enam) bulan tahun 1983
6. Program S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 1998

7. Pelatihan Program Peningkatan Ketrampilan Dasar
Tehnik Instruksional (PEKERTI) UNTAN Pontianak
tahun 2005
8. Sedang dalam pendidikan Smester IV Program Magister
Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan
Manajemen Keperawatan FIK-UI

Riwayat Pekerjaan:

1. Pelaksana keperawatan di ruang rawat inap RS PGI
"Cikini" Jakarta tahun 1980-1983
2. Penanggung jawab Unit Transfusi Darah RS PGI
"Cikini" Jakarta tahun 1984-1985
3. Supervisor Keperawatan di RS "Bethesda" Serukam
Kalimantan Barat tahun 1986-1987
4. Clinical Instructor SPK RS "Bethesda" Serukam
Kalimantan Barat tahun 1986-2001
5. Kepala Bidang Personalia RS "Bethesda" Serukam
Kalimantan Barat tahun 1987-1993
6. Kepala Bidang Keperawatan RS "Bethesda" Serukam
Kalimantan Barat tahun 1994-1995 dan tahun 1998-2004
7. Ketua Akreditas,RS "Bethesda" Serukam Kalimantan
Barat tahun 1998

8. Ketua Akreditasi RS "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat tahun 2001
9. Dosen Akper "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat tahun 2001-2006
10. Direktur Akademi Keperawatan "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat tahun 2004-2006

Karya Ilmiah:

1. Pembicara dalam training Etika dan Komunikasi Keperawatan RSU "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat tahun 1992.
2. Pembicara dalam training Supervisor Keperawatan RSU "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat tahun 1992
3. Nara sumber dalam seminar tentang "Meningkatkan Sumber Daya Tenaga Keperawatan Menuju Perawat Profesional" dalam rangka Dies Natalis III Akper Depkes Singkawang Kalimantan Barat tahun 2001
4. Pembicara dalam Program Pelatihan Pembimbing Klinik Perawatan yang diselenggarakan PPNI Provinsi Kalimantan Barat di RSU "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat tahun 2002
5. Pembicara dalam pelatihan Clinical Instructor (CI) RSU "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat yang

diselenggarakan oleh PPNI Provinsi Kalimantan Barat
tahun 2004

6. Ketua tim penelitian yang diselenggarakan Dinkes
Provinsi Kalimantan Barat dalam lomba penelitian
kesehatan dengan judul: "Minat Masyarakat Singkawang
Menggunakan Pelayanan Kesehatan Di Rumah (Home
Health Care) tahun 2005

7. Penguji Nasional Ujian Akhir Program Pendidikan DIII
Keperawatan.

Penghargaan Ilmiah

1. Mahasiswa berprestasi Akper RS PGI "Cikini" Jakarta
tahun 1979

KATA PENGANTAR

Puji-pujian dan rasa syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Pengasih karena anugerah dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan dan penulisan tesis ini. Terimakasih yang tak terbingga juga penulis sampaikan kepada anakku tercinta Maria Tantri Uli Roha dan ibu Dyah Wahyuningsih serta seluruh saudara-saudariku yang telah setia mendukung penulis dalam doa yang tak putus-putusnya kepada Allah serta mendorong di dalam kasih agar penulis tetap semangat menyelesaikan segala sesuatu dengan baik untuk kemuliaan Pencipta.

Hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada ibu Krisna Yetti, SKp. M.App.Sc., selaku pembimbing I dan Dr. Luknis Sabri, SKM, selaku pembimbing II yang dengan sabar dan lembut membimbing serta mendukung penulis menyelesaikan tesis ini hingga selesai dengan baik. Dalam menyelesaikan tugas ini penulis juga mendapat masukan serta dukungan dari berbagai pihak lainnya, oleh karena itu melalui kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. DR. Dewi Irawaty, SKp., MA., selaku Dekan FIK-UI
2. Ibu Krisna Yetti, SKp. M.App.Sc., selaku Ketua Program Studi
3. Ibu Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., PhD., selaku Koordinator mata ajar
4. Pengurus Yayasan Pelayanan Kesehatan dan Sosial "Bethesda" Serukam Kalimantan Barat beserta Direktur dan seluruh staf Akper "Bethesda" Serukam yang telah memberi dukungan baik dana dan doa hingga penulis menyelesaikan pendidikan ini.
5. Missi World Venture Serukam Kalimantan Barat, yang telah setia mendoakan dan mendukung secara moril dan materil selama pendidikan

6. Direksi RS PGI “Cikini” Jakarta yang telah memberi ijin untuk melakukan penelitian di RS PGI “Cikini” Jakarta.
7. Kepala Bidang Keperawatan RS PGI “Cikini” Jakarta beserta staf yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini dengan baik.
8. PKR dan seluruh staf keperawatan di bagian H RS PGI “Cikini” Jakarta sebagai responden dan sebagai lahan implementasi sistem jenjang karier perawat dalam penelitian ini.
9. PKR dan seluruh staf keperawatan RU RS PGI “Cikini” Jakarta sebagai responden untuk kelompok kontrol dalam penelitian penerapan sistem jenjang karier perawat.
10. Direksi dan staf keperawatan RS “Atmajaya” Jakarta yang telah memberikan ijin untuk pelaksanaan uji coba kuesioner penelitian ini kepada 30 orang perawat.
11. Para staf pengajar dan staf administrasi Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang senantiasa memberi dukungan dan bantuan selama proses pendidikan dan penelitian.
12. Seluruh rekan mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang senantiasa memberi dukungan dan bantuan selama proses pendidikan dan penelitian.

Semoga Allah Maha Pengasih dan Maha Penyayang memberkati bapak, ibu dan saudara/i. Penulis menyadari bahwa tesis ini belum sempurna, oleh karena itu penulis menerima kritik dan saran untuk memperbaiki tesis ini.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

Labora Sitingjak

ABSTRAK

**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Tesis, Juli 2008
Labora Sitinjak

Pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta, tahun 2008

xvii hal + 102 hal + 16 tabel + 3 bagan + 21 lampiran.

Jenjang karier perawat merupakan sistem yang dapat meningkatkan kepuasan kerja, kinerja dan profesionalisme perawat melalui peningkatan kompetensi. Komponen sistem jenjang karier dalam penelitian ini meliputi pengembangan karier, penghargaan terhadap perawat, kesempatan melakukan pekerjaan menantang, memiliki jalur promosi dan pengakuan terhadap perawat. Sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta telah diperkenalkan sejak tujuh tahun lalu di mana perawat sangat mengharapkan penerapan sistem jenjang karier namun belum ada keputusan pimpinan rumah sakit untuk menerapkan sistem tersebut. Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* sebanyak 42 orang responden yakni 21 orang di kelompok kontrol dan 21 orang di kelompok intervensi. Pengumpulan data dilakukan dua kali yakni sebelum dan 7 minggu setelah intervensi. Tujuan penelitian ini untuk menilai pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta dengan disain quasi eksperimen dalam bentuk *pre and post test with control group*. Uji statistik yang digunakan adalah uji t, korelasi dan *one way Anova*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat peningkatan kepuasan kerja perawat dengan *p-value*: 0,000 pada kelima komponen sistem jenjang karier pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Peningkatan kepuasan kerja perawat juga lebih tinggi pada post test dibandingkan pre test pada kelompok intervensi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penerapan sistem jenjang karier dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat. Berdasarkan hasil penelitian di atas, maka untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RS PGI "Cikini" Jakarta disarankan untuk menerapkan sistem jenjang karier berdasarkan keputusan pimpinan rumah sakit.

Kata Kunci: Jenjang karier, kepuasan kerja, perawat.

Daftar pustaka 60 (1985-2008)

ABSTRACT

**UNIVERSITY OF INDONESIA
POST GRADUATE PROGRAM
MASTER OF NURSING SCIENCE
STUDY PROGRAM OF LEADERSHIP
AND MANAGEMENT IN NURSING**

Thesis, July 2008
Labora Sitinjak

The influence of the applied of career system for job satisfaction of the nurses in PGI "Cikini" Hospital in Jakarta, 2008.

xvii pages + 102 pages + 16 tables + 3 diagrams + 21 attachments.

Career stage is a system which can enhance job satisfaction, work performance and professionalism of nurse through competence enhancement. The component of career stage system being researched included career development, appreciation to the nurse, opportunity for doing challenging task, opportunity for promotion and recognition of the nurse. Nurse career stage system at PGI "Cikini" Hospital in Jakarta has been known since seven years ago in which nurse expects this system to be implemented, however there is no decision as to implement the system yet. The study was aimed to evaluate the influence of the applied of career system for job satisfaction of the nurses in PGI "Cikini" Hospital in Jakarta. The design used was quasi experiment in pre and post test with control group, which the intervention was given at H Unit and as control group was Renal Unit. By using purposive sampling 21 nurses was selected in each unit. Data collection was twice, i.e before intervention and 7 weeks after intervention. The statistic used are t-test, correlation and one way Anova. The result showed that in the intervention group, the improvement of job satisfaction of the nurses more higher with p-value: 0.000 for all components of career stage system (career development, appreciation to the nurse, opportunity for doing challenging task, opportunity for promotion and recognition of the nurse). The study concluded that the implementation of the career stage system could improve the job satisfaction of the nurses at PGI "Cikini" Hospital in Jakarta. Based on this result to enhance the quality of nursing services at PGI "Cikini" Hospital in Jakarta, it is suggested to the director to implement this system.

Key words: Career stage, job satisfaction, nurse.

Bibliography 60 (1985-2008)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PANITIA SIDANG UJIAN TESIS	iii
BIODATA	iv
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR BAGAN/GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Lingkup Penelitian	7
C. Rumusan Masalah Penelitian	7
D. Pertanyaan Penelitian	8
E. Tujuan Penelitian	8
F. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Perawat	11

B. Kepuasan Kerja	14
C. Sistem Jenjang Karier Perawat	29
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS	
PENELITIAN DAN DEFENISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Teori	46
B. Kerangka Konsep	48
C. Hipotesis Penelitian	49
D. Defenisi Operasional	50
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
A. Disain Penelitian	52
B. Populasi dan Sampel	54
C. Etika Penelitian	55
D. Tempat Penelitian	56
E. Alat Pengumpul Data	56
F. Prosedur Pengumpulan Data	59
G. Pelaksanaan Penelitian	60
H. Pengolahan dan Analisis Data	62
BAB V HASIL PENELITIAN	65
BAB VI PEMBAHASAN	82
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	99
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

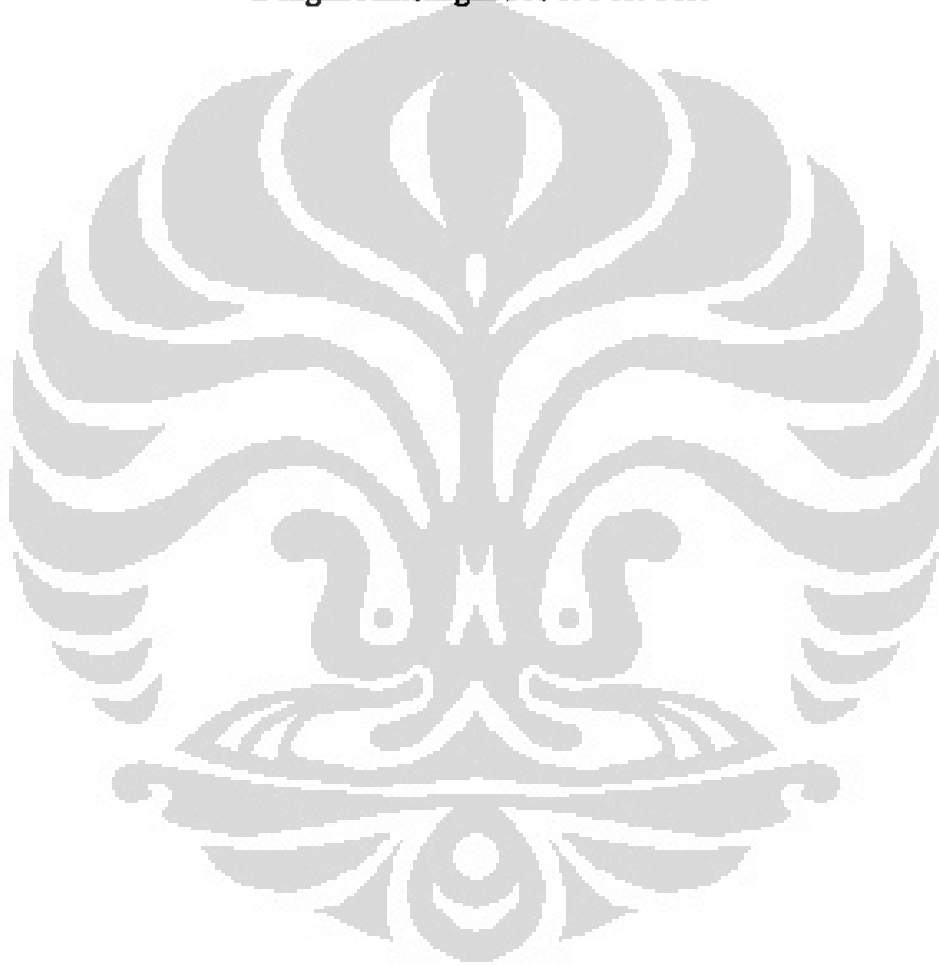
	Halaman
Tabel 3.1 : Definisi Operasional Variabel Karakteristik Individu	50
Table 3.2 : Definisi Operasional Variabel Penelitian	51
Table 5.1 : Deskripsi Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Bekerja Kelompok Intervensi dan Kontrol Tahun 2008	66
Table 5.2 : Deskripsi Karakteristik Perawat Menurut Pendidikan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2008	67
Table 5.3 : Deskripsi Kepuasan Kerja Perawat Terhadap Sistem Jenjang Karier Sebelum Intervensi Kelompok Intervensi dan Kontrol Tahun 2008	68
Table 5.4 : Deskripsi Kepuasan Kerja Perawat Terhadap Sistem Jenjang Karier Setelah Intervensi Kelompok Intervensi dan Kontrol Tahun 2008	70
Tabel 5.5 : Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama Bekerja Perawat Antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Tahun 2008	72
Tabel 5.6 : Kesetaraan Karakteristik Pendidikan Perawat antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Tahun 2008	73
Table 5.7 : Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat Sebelum <i>Test</i> Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2008	74
Table 5.8 : Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat	75

Sebelum & Setelah Intervensi Kelompok Intervensi Tahun
2008

Table 5.9	:	Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat Sebelum & Setelah <i>Test</i> di Kelompok Kontrol Tahun 2008	76
Table 5.10	:	Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat Setelah Intervensi Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2008.	77
Tabel 5.11	:	Hubungan Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Bekerja dengan Selisih Kepuasan Kerja dalam Penerapan Jenjang Karier Sebelum & Setelah Intervensi di kelompok Intervensi Tahun 2008	78
Tabel 5.12	:	Hubungan Karakteristik Perawat Menurut Pendidikan dengan Selisih Kepuasan Kerja dalam Penerapan Jenjang Karier Sebelum & Setelah Intervensi di kelompok Intervensi Tahun 2008	79
Tabel 5.13	:	Hubungan Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Bekerja dengan Selisih Kepuasan Kerja dalam Penerapan Jenjang Karier Sebelum & Setelah Intervensi di kelompok Kontrol Tahun 2008	80
Tabel 5.14	:	Perbedaan Karakteristik Perawat Menurut Pendidikan dengan Selisih Kepuasan Kerja dalam Penerapan Jenjang Karier Sebelum & Setelah Intervensi di kelompok Kontrol Tahun 2008.	81

DAFTAR BAGAN/GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 : Bagan Kerangka Teori Penelitian	48
Gambar 3.2 : Bagan Kerangka Konsep Penelitian	49
Bagan 4.1 : Desain Penelitian Quasi Eksperimen Dengan Rancangan Pre & Post Test	53



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** : Permohonan ijin penelitian dari FIK UI Depok
- Lampiran 2** : Ijin Penelitian dari RS PGI "Cikini" Jakarta
- Lampiran 3** : Penjelasan Tentang Penelitian
- Lampiran 5** : Instrumen Penelitian
- Lampiran 6** : Kumpulan Materi Pembelajaran & Uji Kompetensi N1, N2 dan N3:
- a. Kerangka Acuan Pelatihan
 - b. Konsep Sistem Jenjang Karier
 - c. Askep Pasien Asma Bronkhiale dengan SOP Terapi Oksigen
 - d. Pengorganisasian Dalam Keperawatan
 - e. Asuhan Keperawatan Klien dengan Stroke oleh Sr. Romauli (N2)
 - f. Gagal Ginjal Kronik oleh Sr. Desy (N2)
 - g. Askep Klien dengan DM oleh Sr. Martiana (N2)
 - h. Askep Klien dengan Hipertiroid oleh Sr Idawaty (N2)
 - i. Askep klien dengan DHF oleh Sr Elisabeth (N2)
 - j. Askep Klien dengan Leukemia oleh Sr Frieska (N2)
 - k. Askep Klien dengan Kanker Duodenum oleh Sr Christine (N2)
 - l. Askep Klien dengan Sirosis Hepatis oleh Sr Salminawaty (N2)
 - m. Askep Klien dengan CAD oleh Sr Talena (N2)
 - n. Askep Klien dengan AIDS oleh Sr Romauli (N2)
- Lampiran 7** : Format Penilaian Uji Kompetensi Dalam Jenjang Karier Perawat
- Lampiran 8** : SK Kabid Keperawatan tentang penerapan Sistem Jenjang Karier

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia sedang menghadapi era globalisasi dan harus siap bersaing dengan berbagai negara di dunia. Persaingan terjadi dalam semua sektor baik industri *manufacturing* maupun industri jasa seperti pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keterlibatan pemerintah Indonesia dalam perjanjian *World Trade Organization (WTO)* dan *Asian Pacific Economic Conference (APEC)* pada era 1990-an mendorong untuk membuka pintu bagi Penanam Modal Asing (PMA) termasuk pelayanan kesehatan di rumah sakit (Girsang, 2006). Rumah sakit perlu menyiapkan diri agar mampu menghadapi situasi persaingan bahkan perlu membuat strategi dan kebijakan baru yang menjamin kesinambungan pelayanan.

Rumah sakit merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diatur melalui rencana pengembangan kesehatan, tidak terlepas dari kebijakan pembangunan kesehatan secara nasional. Upaya mencapai pembangunan kesehatan tersebut antara lain melakukan pengembangan, pembangunan serta pemberdayaan tenaga kerja (Rachmat, 2004). Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan dengan SK Menkes RI No. 836/Menkes/SK/VI/2005 mengatakan bahwa tenaga perawat dan bidan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan dengan jumlah tenaga 40% dari seluruh kategori tenaga kesehatan di Indonesia (Depkes RI, 2006). Berdasarkan informasi tersebut, kualitas dan profesionalisme perawat dan bidan

akan memberi pengaruh yang signifikan dalam pelayanan dan menentukan kualitas pembangunan kesehatan masyarakat secara umum.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit di mana tenaga perawat bertanggung jawab terhadap pemberian pelayanan keperawatan bagi klien selama 24 jam secara terus menerus sehingga pelayanan keperawatan pasti menjadi salah satu penentu kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh di rumah sakit (Gillies, 1996). Pelayanan berkualitas memerlukan tenaga profesional yang memiliki kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal, bekerja berdasarkan standar praktik serta memperhatikan kaidah etik dan moral (Hamid dalam Parwanto & Wahyuddin, 2008). Tenaga perawat berkualitas dipengaruhi sistem pengelolaan sumber daya manusia keperawatan. Mekanisme pengelolaan tenaga perawat dalam organisasi pelayanan kesehatan akan berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat di mana kepuasan kerja tersebut dipengaruhi faktor balas jasa yang layak, perencanaan pengembangan karier yang jelas, penempatan yang tepat sesuai keahliannya, berat ringannya pekerjaan, suasana dan lingkungan pekerjaan, peralatan yang menunjang serta sikap pimpinan memberi bimbingan dan pembinaan (Chanafi, 2005).

Kepuasan kerja adalah sikap umum seseorang terhadap pekerjaannya seperti perbedaan antara penghargaan yang diterima dengan penghargaan yang seharusnya diterima menurut perhitungannya sendiri (Muchlas, 1999 & Robbins, 2000). Menurut Parasuraman, 1990, kepuasan kerja akan menurunkan kemangkiran, pengunduran diri atau pindah kerja. Karyawan yang mengalami kepuasan kerja akan lebih produktif dan

bersikap positif terhadap pekerjaannya, memiliki kesehatan fisik dan psikologik yang lebih baik serta usia lebih panjang hingga kualitas hidup menjadi lebih baik.

Tahun 2005, Chanafi telah melakukan penelitian tentang kepuasan kerja perawat di RSUD “Budhi Asih” Jakarta dan menemukan bahwa kepuasan kerja perawat bukan hanya dipengaruhi gaji/upah, tetapi terutama oleh adanya *system rewards* yang berbasis pada kinerja dan kompetensi perawat. Mc. Closky dalam Gillies, 1996 melakukan survei dan menemukan faktor pemberi kepuasan kerja perawat terutama karena penghargaan psikologik seperti memperoleh kesempatan mengikuti program pendidikan, kesempatan kenaikan karier, pengakuan dari rekan sekerja, supervisi yang baik, kesempatan turut dalam penelitian, peningkatan tanggung jawab dalam pekerjaan, penghargaan yang aman seperti peningkatan penghasilan, pengaturan jam kerja dan waktu libur yang lebih baik. Penghargaan berupa imbalan atau kompensasi terhadap prestasi kerja diterima sesuai fungsi, tugas, jabatan dan tanggung jawab yang dibebankan padanya. Penghargaan ini juga merupakan upaya organisasi mempertahankan sumber daya keperawatan agar tenaga tersebut beroleh kepuasan kerja sehingga termotivasi untuk mencapai tujuan organisasi.

Upaya pencapaian kepuasan kerja perlu diatur dalam suatu sistem yang baik. Sistem yang sedang berkembang saat ini di beberapa rumah sakit khususnya di Jakarta adalah sistem jenjang karier perawat. Sistem jenjang karier perawat merupakan perencanaan dan penerapan karier yang dapat digunakan untuk menempatkan tenaga perawat pada jenjang sesuai keahliannya. Tenaga perawat akan memilih serta mengontrol kariernya untuk meningkatkan kualitas kerja hingga beroleh kepuasan kerja (Maquis & Huston, 2000).

Indraswati (Komunikasi personal, 6 Desember 2007 Pk.11.00) mengemukakan pendapat serta hasil pengamatannya bahwa penerapan sistem jenjang karier perawat di RS. Atmajaya Jakarta umumnya telah menghasilkan kepuasan kerja perawat yang berpengaruh pada loyalitas terhadap organisasi serta berpengaruh pula pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Sistem jenjang karier perawat juga telah dilaksanakan di RS "Immanuel" Bandung. Direktur Keperawatan rumah sakit tersebut memberi pendapat dalam pertemuan studi banding yang penulis lakukan, bahwa penerapan sistem jenjang karier di RS "Immanuel" Bandung telah berpengaruh terhadap peningkatan kepuasan kerja perawat dan berpengaruh pula terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan (Wawancara, 1 November 2007 Pk. 09.00).

Dirjenyanmed Depkes RI, 2006 mengemukakan sistem pengembangan karier dan penghargaan bagi tenaga perawat belum sepenuhnya berbasis kompetensi dan belum merupakan kesatuan dengan sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sistem pengembangan karier perawat dalam konteks penghargaan yang berlaku sekarang khususnya untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) adalah peraturan jabatan fungsional perawat yang ditetapkan melalui SK MENPAN No: 94/KEP/MPAN/II/2001, SKB MENKES dengan KA.BAKN NO: 733/MENKES/SKB/VI/2002 dan KEPMENKES No: 1280/MENKES/SK/X/2002. Kenyataannya, walaupun telah ditetapkan beberapa peraturan tersebut namun kinerja perawat masih dirasakan rendah, penempatan perawat belum didasarkan pada kompetensi, pengembangannya belum didasarkan pada pola karier yang jelas dan kenaikan pangkat belum didasarkan pada prestasi kerja nyata.

RS PGI "Cikini" Jakarta memiliki visi pelayanan holistik dengan sentuhan kasih. Hal ini juga telah dipaparkan dalam misi rumah sakit yakni pelayanan terpadu

yang memandang manusia secara utuh baik fisik, mental, sosial dan spiritual meliputi pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan berkualitas yang ingin diberikan pada pelanggan berdasarkan perikemanusiaan sesuai azas ke-Tuhan-an Yang Maha Esa sebagai wujud kesaksian iman dalam upaya pembangunan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat (Renstra RS PGI "Cikini" Jakarta, 2007).

Hasil wawancara dengan Kabid. Keperawatan RS PGI "Cikini" Jakarta pada tanggal 9 Juni 2008 menuturkan bahwa RS PGI "Cikini" Jakarta tetap berupaya secara terus menerus untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan agar tetap baik. Pengembangan pelayanan secara kuantitas dan kualitas terus diupayakan. Selain pelayanan kesehatan umum dan pelayanan spesialisik ginjal yang sudah ada, maka pada akhir 2007 pimpinan rumah sakit memutuskan untuk mengembangkan pelayanan spesialisik neurologi khususnya pelayanan pasien stroke yang telah diresmikan Ibu Hj. Ani Bambang Yudhoyono bersama Menkes RI pada hari Jumat, 6 Juni 2008. Pengembangan pelayanan berkualitas membutuhkan penyediaan sumber daya termasuk sumber daya manusia keperawatan yang kompeten yang memiliki komitmen pelayanan tinggi.

Renstra rumah sakit tahun 2007 mengarahkan pelayanan bermutu dan berfokus pada pelanggan secara berkesinambungan dan menyeluruh untuk mewujudkan visi pelayanan. Implementasi yang dilakukan antara lain mengupayakan optimalisasi mutu pelayanan keperawatan. Salah satu strategi yang dipikirkan pimpinan bidang keperawatan untuk mencapai peningkatan mutu pelayanan tersebut adalah penerapan sistem jenjang karier yang diharapkan mampu mengungkit motivasi tenaga perawat

untuk meningkatkan mutu kinerja individu, pelayanan yang akan mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

Sejak tahun 2002 hingga akhir 2007, ada delapan orang dari empat belas mahasiswa residensi pasca sarjana keperawatan FIK-UI di RS PGI "Cikini" Jakarta telah mengidentifikasi dan membahas masalah belum adanya sistem jenjang karier perawat. Hasil pengkajian mahasiswa residensi 2002 mengutarakan bahwa 76% responden mengatakan belum ada sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta dan 54% mengatakan bahwa perawat belum puas bekerja di RS PGI "Cikini" Jakarta (Sitompul, 2002). Kepala Bidang Keperawatan menuturkan bahwa pimpinan bidang keperawatan telah mengajukan proposal persiapan pelaksanaan serta konsep sistem jenjang karier kepada pimpinan rumah sakit namun belum diterbitkan SK untuk pelaksanaan sistem tersebut karena masih bertanya tentang apakah penerapan sistem jenjang karier tersebut akan memberi kepuasan kerja pada perawat dan akan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan? Dalam presentasi akhir mahasiswa residensi di RS PGI "Cikini" Jakarta bulan Desember 2007, pimpinan rumah sakit mengharapkan dilakukan penelitian terhadap pengaruh penerapan sistem jenjang karier sehingga ada data objektif yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk menerapkan sistem jenjang karier tersebut.

Data, situasi dan harapan pimpinan rumah sakit di atas telah merupakan perhatian peneliti. Setelah peneliti mempelajari lebih dalam, maka fenomena dan masalah tersebut menjadi alasan peneliti melakukan penelitian ini agar dapat mengidentifikasi lebih lanjut tentang pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta.

B. Lingkup Penelitian

Pimpinan RS PGI “Cikini” Jakarta berharap dapat mengetahui pengaruh penerapan sistem jenjang karier perawat. Harapan tersebut akan terjawab dengan menggunakan metodologi penelitian quasi eksperimen terhadap penerapan sistem jenjang karier bagi kepuasan kerja perawat. Pada penelitian ini mekanisme sistem jenjang karier perawat diterapkan di ruang rawat inap bagian H sebagai kelompok intervensi dan RU (*Renal Unit*) sebagai kelompok kontrol dari tanggal 7 April s/d 26 Mei 2008. Kemudian dilakukan evaluasi terhadap pengaruh pelaksanaan sistem jenjang karier tersebut terhadap kepuasan kerja perawat dari tanggal 26 Mei s/d 2 Juni 2008.

Sistem jenjang karier perawat yang digunakan dalam penelitian ini dimodifikasi dari konsep sistem jenjang karier perawat yang dibuat PPNI, Depkes RI dan RS “Immanuel” Bandung dan disesuaikan dengan situasi RS PGI “Cikini” Jakarta. Pelaksanaan sistem jenjang karier ini diupayakan sedemikian rupa agar mampu menghindarkan atau meminimalkan ancaman terhadap penolakan atau reaksi negatif yang mungkin timbul dari setiap unsur tenaga dalam tatanan pelayanan di RS PGI “Cikini” Jakarta. Dalam masa transisi mekanisme penjenjangan karier ini diupayakan untuk mengakomodir setiap latar belakang pendidikan perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta.

C. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan informasi dalam latar belakang masalah yang telah dikemukakan di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah: **“Belum diterapkannya sistem jenjang karier perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta”.**

D. Pertanyaan Penelitian

Apakah ada pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta?

E. Tujuan Penelitian

Dalam tujuan penelitian ini dijelaskan tentang tujuan umum dan tujuan khusus.

1 Tujuan Umum

Diketuainya pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta.

2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah diketahuinya:

- a. Perubahan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan menantang, promosi dan mendapat pengakuan sebelum dan setelah penerapan sistem jenjang karier perawat pada kelompok intervensi.
- b. Perbedaan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan menantang, promosi dan mendapat pengakuan setelah penerapan sistem jenjang karier perawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.
- c. Hubungan karakteristik perawat dengan selisih tingkat kepuasan kerja perawat antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

F. Manfaat Penelitian

1 Aplikatif dalam pelayanan di Rumah Sakit PGI “Cikini” Jakarta

a. Direktur RS PGI “Cikini” Jakarta

Hasil penelitian ini diharapkan memberi informasi tentang pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta, agar perawat dapat melaksanakan pelayanan optimal terhadap klien. Informasi ini juga diharapkan menjadi bahan pertimbangan bagi pimpinan untuk melaksanakan sistem jenjang karier bagi semua tenaga perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta.

b. Bidang Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pembinaan keperawatan dalam pembinaan karier, kompensasi dan penghargaan untuk meningkatkan kepuasan kerja dan meretensi tenaga perawat yang berkualitas.

2 Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan memberi informasi dan menjadi literatur dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya yang terkait dengan pengelolaan karier perawat. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa program studi pasca sarjana keperawatan angkatan selanjutnya yang berminat melakukan penelitian lanjut terkait pembinaan karier perawat dan sistem penghargaan dengan kepuasan kerja.

3 Bagi Peneliti, Institusi tempat peneliti bekerja dan Penelitian itu sendiri

- a. Hasil penelitian ini dapat memberi gambaran nyata pada peneliti tentang pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat. Penelitian menggunakan metodologi quasi eksperimen untuk memberi penjelasan tentang pengaruh pelaksanaan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat meskipun responden terbatas dalam satu unit pelayanan di RS PGI “Cikini” Jakarta namun diharapkan mewakili semua populasi perawat karena memiliki tingkat pendidikan perawat yang cukup lengkap.
- b. Peneliti berharap bahwa hasil penelitian ini bermanfaat dalam manajemen keperawatan di institusi tempat peneliti bekerja pada masa mendatang.
- c. Hasil penelitian ini dapat memberi sumbangan pemikiran untuk melaksanakan penelitian lanjut tentang pengaruh penerapan sistem jenjang karier perawat terhadap mutu pelayanan keperawatan dengan pendekatan *action research* maupun *true experiment* untuk memperbaiki model dan mekanisme sistem jenjang karier perawat dalam satu rumah sakit secara berkesinambungan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini penulis menguraikan baik teori maupun konsep sebagai dasar penelitian dan menjadi bahan rujukan saat melakukan pembahasan terkait perawat, kepuasan kerja dan jenjang karier perawat. Dalam undang-undang kesehatan No: 23 tahun 1992 tentang tenaga kesehatan disebutkan bahwa tenaga perawat terdiri dari perawat dan bidan yang merupakan tenaga kesehatan. Di RS PGI "Cikini" Jakarta, tenaga yang melaksanakan asuhan keperawatan adalah tenaga perawat dan bidan, namun dalam penelitian ini penjenjangan akan difokuskan pada perawat sehingga dalam bab ini akan dibahas tentang perawat, kepuasan kerja perawat dan jenjang karier perawat.

A. Perawat

Perawat adalah seseorang yang mengasuh, melindungi, merawat orang sakit, merawat luka dan merawat klien usia lanjut (Harley dalam artikel Sipahutar, M.A., 2008), Florence Nightingale dalam bukunya "What It Is and What It Is Not" (Sipahutar, 2008) mengatakan bahwa peran perawat adalah untuk menjaga klien mempertahankan kondisi terbaiknya terhadap masalah kesehatan yang menimpa dirinya. Keperawatan merupakan fungsi unik perawat yang dapat dilakukan secara mandiri apabila cukup kekuatan dan pengetahuan untuk membantu individu yang sehat maupun sakit dalam melaksanakan semua aktifitas agar individu mencapai kemampuan untuk menjaga kesehatannya atau meninggal dunia dengan tenang (Henderson dalam Sipahutar, 2008).

Dalam pelaksanaan tugas, perawat menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan sesuai bidang keahlian dan atau kewenangannya (Depkes RI, 2006). Menurut Kepmenkes RI No: 1239 tahun 2001, perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan keperawatan baik dari dalam maupun dari luar negeri dan sedang melakukan tugas keperawatan. Dalam pedoman uraian tugas perawat di rumah sakit, seorang perawat dapat bekerja pada bidang administrasi (manajerial) dan pelaksana keperawatan (Depkes RI, 1999).

Perawat pelaksana di ruang rawat adalah tenaga perawat yang diberi wewenang untuk melaksanakan pelayanan atau memberi asuhan keperawatan di ruang rawat, sedangkan perawat manajerial melakukan fungsi manajemen keperawatan dengan persyaratan pendidikan formal keperawatan dari semua jenjang pendidikan yang telah disahkan pemerintah yang berwenang. Dalam profesi keperawatan, tugas utama perawat adalah melaksanakan asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan yang berpedoman pada standar praktik keperawatan. Standar praktik keperawatan ditetapkan organisasi profesi PPNI, kemudian diadopsi oleh rumah sakit disesuaikan dengan kondisi rumah sakit setempat (Depkes RI, 1999).

Kewenangan dan kewajiban perawat berdasarkan Kepmenkes RI No: 1239 tahun 2001 bahwa perawat pelaksana dalam praktik keperawatan memiliki kewenangan:

1. Melaksanakan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan evaluasi dan mendokumentasikan seluruh kegiatan keperawatan.

2. Melaksanakan tindakan keperawatan meliputi: Intervensi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.

Dalam pelaksanaan kewenangan, perawat wajib membantu klien yang sehat untuk memelihara dan mengoptimalkan kesehatannya, membantu klien memperoleh kembali kesehatannya, membantu klien yang tidak dapat sembuh untuk menyadari potensinya dan membantu klien yang akan menghadapi ajal agar diperlakukan secara manusiawi dan menghargai martabatnya. Selain itu perawat wajib menghormati klien, merujuk kasus yang tidak dapat ditangani, menyimpan rahasia sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, memberi informasi, meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan serta melaksanakan dokumentasi keperawatan dengan baik. Sebagai perawat dengan peran utama memberi asuhan keperawatan langsung kepada klien, perawat memiliki beberapa kemampuan dan otonomi yang jelas sebagai profesi. Komponen penting yang harus dimiliki perawat yakni berpikir kritis, memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat profesional untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan memiliki sikap asertif, dasar ilmu pengetahuan yang kuat, memiliki kemampuan membuat keputusan yang aman, mampu berkomunikasi dan semangat kolektif dalam tim (Depkes RI, 2001). Perawat yang mampu menerapkan komponen penting tersebut akan menghasilkan kepuasan kerja bagi dirinya. Schemerhorn dalam Wikipedia Indonesia (2008), mengidentifikasi lima aspek yang terdapat dalam kepuasan kerja yakni pekerjaan itu sendiri (*work it self*), supervisi, teman sekerja, promosi dan upah.

B. Kepuasan Kerja

Salah satu sasaran penting manajemen sumber daya manusia dalam organisasi yakni tercipta kepuasan kerja anggota organisasi sehingga tercapai tujuan organisasi yang lebih baik dan akurat (Parwanto & Wayudin, 2008). Pada dasarnya kepuasan kerja bersifat individual di mana setiap individu memiliki tingkat kepuasan berbeda-beda sesuai sistem nilai yang berlaku pada dirinya. Kepuasan kerja yang tinggi mencerminkan pengelolaan perusahaan yang baik dan merupakan hasil manajemen yang efektif (Griffin, 2004). Davis, 1996 juga mengemukakan bahwa pekerjaan adalah bagian penting dalam kehidupan seseorang di mana kepuasan kerja tersebut akan mempengaruhi kepuasan hidupnya. Seseorang peroleh kualitas hidup paling mendasar dalam dirinya melalui bekerja. Itulah sebabnya seseorang terdorong untuk bekerja dan berharap perubahan akan terjadi sesuai dengan yang diinginkan dan memberi kepuasan pada diri sendiri dan lingkungannya. Berikut ini penulis akan menguraikan pengertian kepuasan kerja, teori kepuasan kerja, faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dan pengukuran kepuasan kerja.

1. Pengertian kepuasan kerja

Wikipedia Indonesia (2008), mengemukakan bahwa kepuasan kerja berarti perasaan yang menyokong atau tidak menyokong dalam diri seseorang, yang berhubungan dengan pekerjaan maupun kondisi dirinya. Perasaan yang berhubungan dengan pekerjaan melibatkan aspek kesempatan pengembangan karier, hubungan dengan teman sekerja, penempatan dan budaya organisasi. Sedangkan aspek yang berhubungan dengan dirinya adalah kondisi kesehatan, pemenuhan kebutuhan, ketrampilan dan pendidikan. Pernyataan Hasibuan (2003),

bahwa kepuasan kerja merupakan sikap emosional yang menyenangkan dan sikap mencintai pekerjaannya yang dinyatakan oleh sikap emosional yang seimbang antara balas jasa yang adil dan layak dengan pelaksanaan pekerjaannya. Hal ini merupakan kunci pendorong moral, kedisiplinan dan prestasi kerja untuk mendukung terwujudnya tujuan organisasi. Davis (1985), mengemukakan bahwa kepuasan kerja merupakan seperangkat perasaan menyenangkan terhadap pekerjaan yang menunjukkan kesesuaian antara harapan dan imbalan yang disediakan pekerjaan tersebut. Dengan demikian kepuasan kerja terkait erat dengan teori keadilan, psikologi dan motivasi. Parasuraman (1990), mengungkapkan bahwa kepuasan kerja terjadi bila ada kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang dialaminya. Hal ini didukung pendapat Muchlas (1999), Robbins (2006) & Blum dalam Griffin (2004) yang mengungkapkan bahwa kepuasan kerja merupakan sikap umum karyawan terhadap pekerjaannya berupa kesesuaian penghargaan yang diterima dengan penghargaan yang seharusnya diterima menurut perhitungannya sendiri di mana kepuasan kerja dipengaruhi interaksi karyawan dengan lingkungan kerjanya.

Dari beberapa pengertian di atas, peneliti menyimpulkan bahwa kepuasan kerja perawat adalah sikap umum dan perasaan senang terhadap pekerjaannya di mana perasaan senang tersebut merupakan hasil interaksi dengan lingkungan kerjanya yang dicerminkan kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang diterima perawat tersebut dalam pekerjaannya. Kepuasan kerja merupakan kunci pendorong moral, kedisiplinan dan prestasi kerja dalam pelaksanaan tugasnya.

2. Teori kepuasan kerja

a. Teori Dua Faktor (*TwoFactor Theory*)

Prinsip teori ini bahwa kepuasan dan ketidakpuasan terhadap pekerjaan bukan merupakan variabel kontinu tetapi dapat berubah sesuai pencapaian harapannya (Herzberg dalam Griffin, 2004). Berdasarkan hasil penelitiannya, Herzberg membagi situasi yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap pekerjaannya menjadi dua kelompok yakni *satisfiers* atau *motivator* dan *dissatisfier* atau *hygiene factors*. *Satisfiers* disebut sebagai faktor motivator atau faktor intrinsik adalah faktor situasi yang dibuktikan sebagai sumber kepuasan kerja yang terdiri dari prestasi, pengakuan, pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab, kemajuan dan pertumbuhan. Kehadiran faktor-faktor tersebut menimbulkan kepuasan kerja tetapi ketidakhadiran tidak selalu mengakibatkan ketidakpuasan. *Dissatisfier* disebut faktor ekstrinsik yang menjadi sumber ketidakpuasan berupa kebijakan dan administrasi organisasi, teknik supervisi, gaji, hubungan interpersonal, kondisi pekerjaan dan status sosial. Perbaikan terhadap kondisi tersebut akan menurunkan atau menghilangkan ketidakpuasan tetapi tidak menimbulkan kepuasan karena faktor ekstrinsik bukan sumber kepuasan kerja.

Menurut teori dua faktor Herzberg maka perbaikan upah dan kondisi kerja tidak akan menimbulkan kepuasan kerja tetapi hanya mengurangi ketidakpuasan. Sedangkan yang dapat memacu karyawan untuk bekerja dengan baik dan bergairah hanyalah kelompok *satisfier*. Teori ini sangat tepat digunakan untuk mencari aspek-aspek pekerjaan yang merupakan sumber

kepuasan kerja di perusahaan. Berdasarkan uraian tersebut, penulis menyimpulkan bahwa faktor intrinsik dan ekstrinsik dapat mempengaruhi kepuasan kerja perawat. Hal ini merupakan kondisi kerja yang mampu direalisasi dan diciptakan pimpinan rumah sakit yang dapat dirasakan perawat.

b. Teori Keadilan (*Equity Theory*)

Prinsip teori keadilan dikembangkan Adams dalam Griffin (2004), mengemukakan tentang seseorang merasa puas sepanjang mereka merasakan keadilan (*equity*). Perasaan adil dan ketidakadilan yang diperolehnya dibandingkan dengan yang diperoleh orang lain yang setara dengan dirinya. Teori ini mengidentifikasi elemen-elemen *equity* meliputi tiga hal:

- *Input*, sesuatu yang berharga yang dirasakan pegawai sebagai masukan terhadap pekerjaannya.
- *Outcome*, segala sesuatu yang berharga yang dirasakan sebagai hasil pekerjaannya
- *Comparison personal*, merupakan perbandingan antara *input* dan *outcome* yang diperolehnya.

c. Teori Perbedaan (*discrepancy theory*)

Penelitian yang dilakukan Wanous dan Lawler dalam Griffin (2004), mengemukakan sikap seseorang terhadap pekerjaannya tergantung pada bagaimana ketidaksesuaian (*discrepancy*) yang dirasakan. Sedangkan Griffin (2004), mengatakan bahwa kepuasan kerja tergantung pada perbedaan antara yang diharapkan dengan yang menurut perasaan atau persepsinya telah diperoleh atau dicapai melalui pekerjaannya. Seseorang akan merasa puas

apabila tidak ada perbedaan antara yang diharapkan dengan kenyataan. Apabila yang didapatkan ternyata lebih besar dari yang diharapkan, maka karyawan akan menjadi lebih puas walaupun terdapat perbedaan tetapi merupakan perbedaan positif. Sebaliknya apabila kenyataan yang didapat karyawan di bawah dari yang diharapkan, maka akan semakin besar ketidakpuasan seseorang terhadap pekerjaannya.

d. Teori Hirarki Kebutuhan Abraham Maslow (*Maslow's Hierarchy of Needs*)

Maslow dalam Griffin (2004) mengatakan bahwa seseorang memiliki kebutuhan yang tersusun berdasarkan hirarki kepentingan meliputi kebutuhan fisiologik, rasa aman dan nyaman, hubungan sosial, penghargaan dan aktualisasi diri. Seseorang bekerja karena ada dorongan memenuhi bermacam-macam kebutuhan. Dasar teori kebutuhan manusia tersusun dalam satu hirarki, selalu menginginkan yang lebih baik. Apabila suatu kebutuhan telah terpenuhi maka kebutuhan tersebut tidak lagi sebagai motivator, karena individu hanya termotivasi oleh suatu kebutuhan yang sedang mereka cari.

Keempat teori kepuasan kerja di atas akan digunakan peneliti sebagai dasar pembahasan dalam penelitian ini. Dasar pemilihan teori tersebut adalah karena ingin melihat kepuasan kerja perawat sebagai pengaruh dari penerapan sistem jenjang karier perawat. Herbert dalam Griffin (2004), mengatakan bahwa teori dua faktor Herzberg sangat tepat untuk mencari aspek yang merupakan kepuasan atau ketidakpuasan kerja di suatu institusi. Sedangkan untuk mengetahui kepuasan kerja terhadap golongan gaji atau pangkat, maka teori keadilan lebih tepat. Apabila ingin

membuat prediksi efek dari kepuasan kerja maka teori perbedaan lebih cocok dan teori hirarki kebutuhan manusia menurut Maslow digunakan dalam penelitian ini karena setiap orang memiliki kebutuhan yang perlu dipenuhi untuk mengembangkan potensi diri, perkembangan diri, penghargaan dan pengakuan yang akan sangat mempengaruhi kepuasan kerja.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja

Parwanto & Wahyuddin (2008), mengatakan tentang beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja. Yang pertama adalah faktor psikologik berhubungan dengan kejiwaan meliputi minat, ketentraman dalam kerja, sikap terhadap pekerjaan, bakat dan ketrampilan. Yang kedua adalah faktor sosial, berhubungan dengan interaksi sosial baik dengan sesama karyawan, atasan maupun karyawan yang berbeda jenis pekerjaan. Yang ketiga adalah faktor fisik, berhubungan dengan kondisi fisik lingkungan kerja dan kondisi fisik karyawan meliputi jenis pekerjaan, pengaturan waktu kerja dan istirahat, perlengkapan kerja, keadaan ruangan, suhu penerangan, pertukaran udara, kondisi kesehatan karyawan, umur dan sebagainya. Yang keempat adalah faktor finansial, berhubungan dengan jaminan kesejahteraan karyawan meliputi sistem penggajian, jaminan sosial, macam-macam tunjangan, fasilitas yang diberikan, promosi dan sebagainya.

Robbins dalam Wikipedia (2008), mengatakan beberapa aspek dalam kepuasan kerja:

- a. **Pekerjaan yang secara mental menantang** di mana karyawan menyukai pekerjaan yang memberi mereka kesempatan menggunakan ketrampilan serta merangsang kemampuan yang lebih tinggi, kebebasan serta memperoleh umpan

balik tentang betapa baiknya mereka telah mengerjakan pekerjaannya. Karakteristik ini akan membuat mereka berusaha lebih keras menghadapi pekerjaan yang menantang tersebut. Sedangkan pekerjaan yang kurang menantang akan menimbulkan kebosanan, namun terlalu menantang juga dapat menimbulkan frustrasi atau perasaan gagal. Pada kondisi tantangan kerja dengan tingkat sedang, akan menimbulkan kepuasan dan kesenangan bagi karyawan.

- b. **Ganjaran yang pantas.** Karyawan menginginkan sistem upah dan kebijakan promosi yang mereka persepsikan sebagai sesuatu yang adil. Apabila pemberian upah didasarkan pada tuntutan pekerjaan, tingkat ketrampilan individu dan standar pengupahan, kemungkinan besar menghasilkan kepuasan kerja. Tidak semua orang mengejar uang, karena banyak orang yang bersedia menerima upah yang lebih kecil untuk bekerja di tempat yang diinginkan atau dalam pekerjaan yang memiliki keleluasaan penggunaan waktu. Kunci kepuasan bukanlah jumlah uang yang dibayarkan melainkan persepsi keadilan atau pantas. Individu yang mempersepsikan keputusan promosi maupun demosi dibuat dengan cara yang adil (*fair and just*), kemungkinan besar karyawan tersebut mengalami kepuasan dalam pekerjaan.
- c. **Kondisi kerja yang mendukung.** Karyawan sangat membutuhkan kenyamanan dalam bekerja. Kenyamanan tersebut dapat mendukung kesehatan fisik dan emosi saat bekerja yang akan memudahkan penyelesaian tugas-tugas dengan baik dan memberi kepuasan bekerja bagi karyawan.

- d. **Rekan kerja yang mendukung.** Umumnya karyawan merasa puas bekerja apabila didukung interaksi sosial yang baik. Kepuasan semakin meningkat ketika mendapat dukungan dari rekan sekerja. Banyak studi mengemukakan bahwa kepuasan kerja meningkat bila sikap dan dukungan atasan atau penyelia yang baik, ramah, memberi pujian atas prestasi karyawan serta mendengarkan pendapat karyawan.
- e. **Kesesuaian kepribadian dengan pekerjaan.** Pada hakikatnya seseorang yang merasa bakat dan keahliannya berguna dan tepat dengan pekerjaannya, maka besar kemungkinan berhasil dalam pekerjaan dan menimbulkan kepuasan kerja. Untuk mengetahui faktor atau aspek pekerjaan yang merupakan sumber kepuasan atau ketidakpuasan kerja serta penyebab ketidakpuasan kerja perawat di rumah sakit, maka Teori Dua-Faktor Herzberg lebih tepat. Menurut Chanafi (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat meliputi:

1). **Prestasi kerja**

Hasibuan (2003), mengungkapkan bahwa prestasi kerja adalah hasil kerja, baik kualitas maupun kuantitas yang dicapai seseorang ketika melaksanakan tugas sesuai pekerjaan dan tanggung jawabnya. Pendapat Ilyas (2001), bahwa prestasi kerja merupakan hasil pelaksanaan pekerjaan yang dicapai dalam melaksanakan tugas yang dibebankan padanya dipengaruhi kecakapan, ketrampilan, pengalaman, kesungguhan dan lingkungan kerja.

Siagian (2002), mengemukakan bahwa perawat merasa puas bekerja karena menyadari apa yang dicapainya merupakan sesuatu yang maksimal

dengan upaya yang optimal. Tujuan utama penilaian prestasi kerja perawat digunakan sebagai informasi mengambil keputusan pada pengembangan perawat seperti promosi, mutasi, rotasi, terminasi, penyesuaian gaji, pengembangan karier yang akan memberi perasaan puas bagi perawat. Metode yang sering digunakan dalam penilaian prestasi kerja dengan *essay technique*, skala peringkat, *checklist*, *field review method*, metode komparasi dan wawancara.

Hasil survey terhadap perawat dalam Swansburg (2000), mengenai kepuasan dan ketidakpuasan terhadap kerja dan karier perawat didapatkan lebih dari 50% responden mengatakan sangat puas dengan prestasi kerja dan karier perawat. Hasil penelitian Arikhman (2001), menunjukkan karakteristik individu, pendidikan tambahan, status pernikahan dan status kepegawaian berhubungan secara bermakna dengan tingkat prestasi kerja perawat.

2). Penghargaan

Maslow dalam Robbins (2001), mengatakan bahwa penghargaan mencakup rasa hormat internal dan eksternal. Rasa hormat internal meliputi harga diri, otonomi dan prestasi. Sedangkan faktor hormat eksternal meliputi status, pengakuan dan perhatian. Penghargaan adalah segala sesuatu yang diterima perawat sebagai balas jasa berupa materi maupun non materi yang merupakan imbalan atau kompensasi dari pekerjaan yang dilakukan. Pemberian kompensasi harus memiliki dasar yang tepat dan logis.

Kompensasi sangat penting bagi individu karena besarnya kompensasi merupakan pencerminan atau ukuran nilai pekerjaan yang telah dilakukan.

3). Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan yang dilakukan untuk melaksanakan suatu tugas, diakhiri buah karya atau hasil pekerjaan yang dapat dinikmati. Griffin (2004), mengungkapkan bahwa seseorang terdorong bekerja karena berharap membawanya pada keadaan yang lebih memuaskan dari keadaan sekarang. Bekerja bertujuan mendapatkan kepuasan baik fisik maupun mental.

4). Tanggung jawab

Hasibuan (2003), mengatakan bahwa tanggung jawab merupakan kesediaan menyelesaikan pekerjaan dan mempertanggungjawabkan kebijaksanaan, pekerjaan, hasil pekerjaan, sarana dan prasarana yang digunakan menyelesaikan pekerjaan dan perilaku kerjanya. Litwin & Meyer (1971), mengungkapkan pengertian tanggung jawab sebagai kesanggupan menyelesaikan pekerjaan yang diserahkan padanya dengan akurat dan berani mengambil resiko atas keputusan yang dibuat atau tindakan yang dilakukan serta mempertanggungjawabkan pada pemberi wewenang. Pendapat ini didukung Tappen (1995), bahwa tanggung jawab dalam pelayanan berkaitan dengan uraian tugas yang telah ditetapkan sehingga pekerjaan yang dibebankan berdasarkan uraian tugas yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan pada atasan.

5). Gaji/upah

As'ad (2003), mengutarakan bahwa gaji/upah merupakan penghargaan dari energi karyawan yang dimanifestasikan dalam bentuk uang sebagai hasil produksi. Sedangkan Hasibuan (2003), mengatakan bahwa gaji sebagai balas jasa yang dibayar secara periodik kepada karyawan tetap, mempunyai jaminan yang pasti di mana gaji akan tetap dibayarkan walaupun karyawan tidak masuk kerja dalam batas waktu tertentu. Pihak manajemen selalu berusaha meningkatkan produktifitas kerja karyawan dengan cara menaikkan gaji/upah. Menurut pendapat mereka, gaji/upah merupakan faktor utama untuk memenuhi harapan karyawan mencapai kepuasan kerja, namun pada kenyataannya gaji/upah yang tinggi tidak selalu menjadi faktor utama mencapai kepuasan kerja. Gaji/upah hanya memberi kepuasan sementara karena kepuasan terhadap gaji/upah sangat dipengaruhi kebutuhan dan *value* seseorang (Hulin, 1996).

6). Kesempatan berkembang

Kesempatan berkembang adalah kesempatan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan keahlian melalui pendidikan dan pelatihan. Pengembangan karier merupakan aktifitas kepegawaian yang membantu karyawan merencanakan karier di masa depan sehingga karyawan dapat mengembangkan diri secara optimal. Menurut teori kebutuhan dari Maslow dalam Koziar (1999), mengemukakan kebutuhan dasar manusia yang paling tinggi adalah kesempatan seseorang mengembangkan potensi yang dimiliki.

Kesempatan pengembangan diri perawat melalui potensinya dapat diakomodir secara sistematis dalam sistem jenjang karier perawat.

7). Interaksi/hubungan interpersonal

Interaksi adalah hubungan kerja sama yang saling mendukung antar rekan kerja dalam suatu tim, baik sesama perawat maupun anggota tim lainnya. Harold dalam As'ad (2003) & Robbins (2006), mengatakan bahwa faktor hubungan antara manajer dan karyawan, sikap manajer dan hubungan sosial antara karyawan yang ramah didukung kondisi dan situasi kerja yang aman dan nyaman merupakan faktor kepuasan kerja.

8). Kebijakan organisasi

Kebijakan organisasi adalah tatanan atau peraturan tertulis yang ditetapkan berdasarkan surat pemberitahuan atau surat keputusan dari pihak manajemen rumah sakit untuk diketahui dan dipahami serta dilaksanakan karyawan. Hal ini meliputi sistem asuhan keperawatan, jadwal dinas, kesempatan ikut mengambil keputusan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan, keterlibatan merencanakan kebijakan/prosedur untuk lingkup rumah sakit maupun untuk meningkatkan kualitas perawat.

9). Supervisi

Supervisi adalah suatu kegiatan pembinaan dengan menerapkan prinsip merencanakan, mengajar, mengarahkan, membimbing, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, memerintah dan mengevaluasi secara terus menerus pada setiap tenaga perawat dengan sabar, adil, bijaksana sehingga setiap tenaga perawat dapat memberi asuhan

keperawatan dengan baik, trampil, aman, cepat dan tepat secara komprehensif sesuai kemampuan dan keterbatasan mereka (Kron, 1997).

10). Kondisi kerja

Kondisi kerja yang aman merupakan faktor penunjang kepuasan kerja (As'ad, 2003) sehingga diperlukan kondisi kerja yang mendukung kenyamanan individu dan memudahkan mengerjakan tugas dengan baik. Kondisi fisik yang nyaman seperti temperatur, cahaya, kebisingan dan faktor sarana lainnya yang memadai akan meningkatkan kepuasan kerja.

4. Karakteristik Individu yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja

Karakteristik seseorang dapat mempengaruhi kepuasan kerjanya. Sehubungan dengan faktor personal menurut Robbins (2006), ada beberapa karakteristik individu yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja antara lain:

a. Usia

Beberapa hasil penelitian menyimpulkan tentang hubungan positif antara usia dengan tinggi rendahnya kepuasan kerja. Kepuasan kerja rendah terjadi ketika seseorang berusia antara duapuluh hingga tigapuluh tahun. Berbeda dengan pendapat Atliselli & Brown dalam As'ad (2003) yang mengatakan bahwa umur duapuluh lima sampai tigapuluh tahun dan empatpuluh lima sampai limapuluh empat tahun merupakan masa kurang puas terhadap pekerjaan. Dengan demikian hubungan usia dengan kepuasan kerja bervariasi.

b. Lama Bekerja

Robbins (2006) mengemukakan bahwa masa kerja memiliki hubungan yang negatif terhadap kemangkiran dan pergantian karyawan akibat ketidakpuasan

kerja. Tidak ada alasan yang meyakinkan bahwa karyawan yang sudah lama bekerja akan lebih produktif dan memiliki motivasi tinggi. Siagian (1995) mengatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja pada suatu organisasi, maka akan semakin tinggi kepuasan kerja apabila imbalan jasa yang diperoleh memadai dan jenjang karier secara profesional dicapai.

Wahab (2001) & Syafdewiyani (2002) mengatakan bahwa lama bekerja tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kepuasan kerja. Beberapa penelitian menunjukkan kepuasan kerja relatif tinggi pada waktu mulai bekerja dan menurun secara berangsur-angsur selama lima sampai delapan tahun. Kemudian kepuasan kerja meningkat dan mencapai puncak setelah duapuluh tahun bekerja. Dengan demikian disimpulkan bahwa hubungan lama bekerja seseorang dengan kepuasan kerja adalah bervariasi

c. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik yang penting dipertimbangkan karena dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap kejadian di sekitarnya. Penelitian Adib Farchan dalam As'ad (2003) mengatakan bahwa karyawan yang berpendidikan lanjutan atas merasa sangat puas dengan pekerjaan yang mereka lakukan. Hal serupa diungkapkan Mc. Closkey & Mc. Cain dalam Gillies (1994), mengatakan bahwa perawat yang memiliki pendidikan lebih tinggi juga memiliki kemampuan kerja yang tinggi sehingga memiliki tuntutan yang tinggi terhadap organisasi di mana hal ini juga berpengaruh terhadap kepuasan kerja. Dengan demikian disimpulkan bahwa hubungan pendidikan dengan kepuasan kerja adalah bervariasi.

5. Pengukuran kepuasan kerja

Dalam dunia bisnis saat ini kepuasan kerja pegawai dikenal sebagai kunci penting bagi organisasi untuk mencapai keberhasilan melaksanakan visi, misi dan tujuan organisasi. Penelitian tentang kepuasan kerja menunjukkan bahwa lingkungan kerja organisasi yang baik dan memiliki nilai positif terhadap faktor penghambat akan sangat mempengaruhi tercapainya tujuan dan sasaran organisasi (Kuswadi, 2004).

Upaya meningkatkan kepuasan kerja akan meningkatkan kualitas hidup serta meningkatkan produktifitas kerja. Pengertian lain bahwa optimalisasi kepuasan kerja merupakan kunci pencapaian keberhasilan organisasi. Ukuran kepuasan kerja merupakan titik temu antara manajemen organisasi dengan pelanggan. Pegawai yang tidak puas mengakibatkan pelanggan tidak puas sehingga manajemen juga tidak puas. Kuswadi (2004) mengungkapkan tentang kepuasan kerja dapat membantu optimalisasi kinerja organisasi untuk jangka panjang melalui 4 cara:

- a. Pegawai yang puas cenderung bekerja dengan kualitas lebih tinggi
- b. Pegawai yang puas bekerja lebih produktif
- c. Pegawai yang puas cenderung bertahan lebih lama dalam perusahaan
- d. Pegawai yang puas cenderung menciptakan pelanggan yang puas.

William dalam Kuswadi (2004) mengemukakan hasil survei yang dilakukan di perusahaan menengah sampai besar dengan tingkat keluar masuk karyawan yang tinggi ditemukan gaji/upah yang memadai/tinggi. Sebaliknya dalam perusahaan

dengan tingkat keluar masuk karyawan sangat rendah 40% karyawan bertahan disebabkan faktor yang bersifat emosional/psikologi.

Pengukuran kepuasan kerja sangat bervariasi baik dari segi analisis statistik maupun pengumpulan data (Wesley & Jackcls dalam As'ad, 2003). Pengukuran kepuasan kerja tersebut dapat menggunakan Skala Rating (*Rating Scales*) sebagai berikut:

- a. Skala Likert (*Likert Scale*), *typically degrees of agreemet with a statement.*
- b. Skala diferensial semantik (*Semantic Differential Scale*), *attitude between two opposing words.*
- c. Skala rating numerik (*Numerical Rating Scale*), *marks out ... 5... 10... 100*
- d. *Verbal Scale, verbal satisfaction and importance ratings*

C. Sistem Jenjang Karier Perawat

Menurut Depkes RI (2006), tenaga perawat di sarana kesehatan merupakan proporsi terbesar (40%) dibanding tenaga kesehatan lainnya. Tenaga tersebut 65% tersebar melakukan tugas keperawatan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pengelolaan tenaga perawat yang baik berpengaruh besar terhadap peningkatan mutu pelayanan. Dari aspek kualifikasi pendidikan, lulusan SPK masih terdapat 74%, lulusan DIII Keperawatan 23%, lulusan S1/Ners 2,75% serta lulusan S2 dan S3/Doktor Keperawatan 0,25% (PPNI, 2005), Kepmenkes RI No: 1239/Menkes/XI/2001 menjelaskan tenaga perawat profesional minimal lulusan DIII Keperawatan sehingga perawat lulusan SPK diberi kesempatan meningkatkan kualifikasi pendidikan ke jenjang DIII Keperawatan melalui program khusus DIII Keperawatan. Data tersebut

penulis gunakan sebagai bahan pertimbangan melakukan modifikasi konsep sistem jenjang karier yang akan diterapkan dalam penelitian ini.

Profesionalisme dan kemampuan perawat dapat ditingkatkan melalui program pengembangan sumber daya manusia yang direncanakan dengan baik (Gillies, 1994) yakni dengan pengembangan karier perawat. Hal ini diharapkan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan secara kontiniu di rumah sakit maupun bagi individu perawat selaku pelaku layanan. Sistem jenjang karier ini akan mendorong penambahan pengetahuan dan ketrampilan serta meningkatkan harga diri dan aktualisasi diri perawat tersebut. Berikut diuraikan pengertian karier perawat, pengembangan karier perawat, model jenjang karier perawat dan manfaat penerapan jenjang karier perawat.

1. Pengertian karier perawat

Sistem jenjang karier perawat merupakan sistem meningkatkan kinerja dan profesionalisme perawat melalui peningkatan kompetensi (Depkes RI, 2006). Karier perawat merupakan jenjang yang dipilih seseorang untuk memenuhi kepuasan kerjanya (Direktorat Keperawatan Depkes RI, 2004). Menurut Robbins (2006), karier adalah deretan posisi yang diduduki seseorang selama perjalanan usianya. Handoko (1999), Siagian (2003) & Wijaya (2003) berpendapat bahwa karier adalah jalur yang dipilih atau kontrak yang dibuat untuk berkontribusi dalam profesi secara memuaskan. Karier seseorang harus dibangun diri sendiri di mana lingkungan akan menilai hasil pekerjaannya. Dengan demikian perawat perlu terus menerus menjaga dan meningkatkan pengetahuan serta ketrampilan didasari etika yang berlaku. Pemilihan karier secara bertahap akan menjamin individu

mempraktikkan profesinya karena karier merupakan investasi dan bukan hanya untuk mendapatkan penghargaan dan imbal jasa (Depkes RI, 2006).

Marquis (2000) & Robbins (2006) mengatakan bahwa perawat memiliki tanggung jawab utama terhadap kariernya sendiri. Perawat perlu mengenali kekuatan, kelemahan dan bakatnya, merencanakan karier pribadi dengan jujur pada diri sendiri, mengelola reputasi diri sendiri dan melakukan pekerjaan dengan prestasi yang baik. Di samping itu perlu membiarkan lingkungan menilai prestasi kerjanya, terus mengembangkan kontak jaringan kerja agar tetap menerima informasi tentang perkembangan ilmu dan teknologi terbaru, mengikuti perkembangan terbaru tentang pengetahuan dan ketrampilan, menjaga keseimbangan kompetensi spesialis dan generalis agar mampu memberi reaksi terhadap lingkungan kerja yang terus berubah, mendokumentasikan prestasi diri, mencari pekerjaan/penugasan yang akan memberi tantangan yang terus menerus meningkat serta menjaga tetap terbuka terhadap perubahan.

Tiga komponen utama karier perawat yakni jalur karier, perencanaan karier dan pola pengembangan karier. **Jalur karier**, merupakan lintasan yang dapat ditempuh seseorang, mulai dari jenjang paling rendah sampai jenjang tertinggi yang mungkin dicapai apabila mampu bekerja produktif, loyal terhadap organisasi, menunjukkan perilaku profesional dan mampu bertumbuh dan berkembang sehingga memberi kesempatan pada diri sendiri memiliki prestasi yang baik dan meniti karier ke jenjang yang lebih tinggi serta lebih berfungsi dan layak mendapat imbalan sesuai jalur karier profesionalnya. **Perencanaan karier**, merupakan tanggung jawab perawat itu sendiri untuk melakukan evaluasi diri, melakukan seleksi jalur karier

untuk pencapaian pengetahuan, pengalaman, kemampuan dan ketrampilan yang berhubungan dengan penyusunan tujuan karier dan bagaimana cara mencapainya dalam pengembangan profesionalisme pada karier selanjutnya (Cummings & Leveridge, 1996). Dalam perencanaan karier dibutuhkan konselor/supervisor pengembangan yang akan menolong perawat mengkaji minat, ketrampilan serta evaluasi dengan menganalisis semua pilihan yang akan membantu membuat rencana karier lebih mudah dicapai. Pola pengembangan karier, merupakan metode atau sistem di mana manajer keperawatan memilih tujuan karier, mengarahkan rencana karier untuk mencapai kepuasan kerja serta mencapai tujuan karier yang ditetapkan sesuai pengalaman dan keahliannya. Pinfield dalam Ilyas (2001) mengatakan pengembangan karier memiliki relevansi langsung bagi efektifitas organisasi dan bagi kepuasan anggota organisasi.

Enam prinsip pengembangan karier perawat menurut Direktorat Keperawatan Depkes RI (2006): Pertama, kualifikasi perawat dimulai dari lulusan DIII Keperawatan, sedangkan perawat yang bekerja masih banyak lulusan SPK, sehingga perlu penanganan khusus terhadap pengalaman kerja, lama pengabdian, uji kompetensi dan sertifikasi. Kedua, penjenjangan memiliki makna tingkatan kompetensi untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akontabel dan etis sesuai batas kewenangan praktik dan kompleksitas masalah klien. Ketiga, penerapan asuhan keperawatan sebagai fungsi utama perawat yang dilaksanakan secara langsung sesuai standar praktik dan kode etik. Keempat, kesempatan yang sama bagi setiap perawat meningkatkan karier sampai ke jenjang paling tinggi sesuai ketentuan yang berlaku. Kelima, standar profesi dalam pemberian asuhan

keperawatan mengacu pada standar praktik dan kode etik keperawatan. Keenam, komitmen yang tinggi dari pimpinan untuk pengembangan karier perawat sehingga menjamin kepuasan klien dan perawat dalam pelayanan keperawatan.

Kesimpulan peneliti bahwa pengelolaan karier perawat ditentukan perawat itu sendiri dibantu konselor/supervisor dan difasilitasi atau didukung pimpinan rumah sakit. Rumah sakit bertanggung jawab terhadap pengembangan karier perawat dengan menerapkan sistem jenjang karier untuk mencapai kepuasan kerja perawat dan pelanggan. Marquis (2000), Robbins (2006) & Depkes RI (2006) mengutarakan bahwa:

- a. Manajer institusi harus menciptakan jalur karier dan kenaikan pangkat bagi perawat, berupaya mencocokkan lowongan kerja dengan orang yang tepat meliputi mengkaji kinerja dan potensi perawat baru dan lama untuk memberi bimbingan karier, pendidikan dan pelatihan yang tepat.
- b. Pembentukan sistem jenjang karier perlu dikomunikasikan kepada seluruh staf yang diterapkan secara konsisten.
- c. Penyebaran informasi karier direncanakan secara jelas baik tentang tujuan dan strategi masa depan rumah sakit sehingga staf mampu mengembangkan diri secara optimal.
- d. Penempatan posisi kerja yang tepat, di mana manajer mengetahui siapa yang dibutuhkan dan siapa yang kompeten menerima tugas, tanggung jawab dengan tantangan besar.

- e. Penilaian kinerja staf merupakan salah satu keuntungan sistem evaluasi yang baik melalui pengadaan informasi tentang gambaran kinerja, kemampuan perawat yang potensial dan memudahkan mobilisasi karier.
- f. Perlu menciptakan peluang pertumbuhan dan perkembangan perawat dengan memberi pengalaman kerja yang direncanakan, pengalaman baru, menarik dan secara profesional menantang serta memacu perawat menggunakan keahlian secara optimal.
- g. Pimpinan perlu memberi dukungan dan dorongan dengan menyediakan pelatihan dan pendidikan agar perawat mendapat kesempatan pengembangan ketrampilan dan kemampuan serta pengetahuan terbaru.
- h. Pengembangan kebijakan personel dengan menerapkan program pengembangan karier secara aktif yang akan menghasilkan beberapa kebijakan untuk mendukung pelaksanaan program tersebut.

2. Pengembangan Karier

Pengembangan karier perawat bermanfaat mengembangkan prestasi diri perawat tersebut, meminimalkan *turn over*, memotivasi pengembangan bakat, mengurangi subjektifitas dalam promosi, memberi kepastian karier di masa depan dan mendukung organisasi memperoleh perawat yang cakap dan trampil (Sulistiyani & Rosidah, 2003). Program pengembangan karier perawat didapat melalui diri perawat itu sendiri dan penilaian dari lingkungan kerjanya dengan analisis pekerjaan. Menurut Van Maanem & Scheim dalam Marquis (2000), ada empat tingkatan program pengembangan karier yang berhasil melalui tahapan berikut:

- a. Tahap eksplorasi (pengenalan), dimulai pada awal tahun mengikuti pendidikan, merupakan keputusan yang diambil individu untuk mengembangkan pemahaman yang realistis tentang kemampuan dan bakatnya.
- b. Tahap pengembangan awal terdiri dari tiga fase.

Fase pertama ketika seorang perawat mulai mencari pekerjaan. Pada tahun pertama merupakan masa percobaan dengan kemungkinan sukses atau gagal. Perawat dapat memperbaiki penampilannya dengan belajar dari kesalahan. Pendapat ini didukung Robbins (2006) yakni sebagai tahap percobaan (usia 25-30 tahun), di mana seseorang menentukan apakah pilihan pekerjaan tersebut cocok. Apabila pekerjaan tidak cocok maka akan berusaha mengubahnya.

Fase kedua, tahap pengembangan awal terjadi ketika perawat merasa berhasil dalam perusahaan. Apabila tidak berhasil maka perawat dapat dikeluarkan/keluar atau diberi pelatihan ulang. Pada fase ini perawat semakin ahli dan kompeten dalam pelayanan keperawatan serta merasa telah memilih karier yang tepat. Menurut Robbins (2006), fase kedua ini disebut tahap pematangan pada usia 30-40 tahun. Perawat melakukan evaluasi kemampuan diri dan menentukan promosi dan kegiatan pendidikan yang diperlukan untuk mencapai tujuan karier.

Fase terakhir, perawat berhasil dalam karier dan merasa dihargai profesi lain. Tahap ini menurut Robbins (2006) disebut tahap krisis sampai usia 44 tahun. Perawat membuat penilaian baru atas kemajuan kariernya, apa yang diinginkan dan apa yang sesungguhnya ingin dicapai.

c. Tahap mempertahankan karier terdiri dari dua fase.

Fase pertama terjadi saat pertengahan karier, perawat menjadi ahli di bidangnya, banyak menerima tugas penting dan berada pada produktifitas yang optimal. Fase kedua terjadi pada akhir jabatan. Tugas dilaksanakan dengan mengambil keputusan berdasarkan penilaian dan kebijaksanaan dari sudut pandang yang luas. Perawat sangat menikmati kariernya. Pada fase ini kendala yang sering dihadapi apabila merasa kontribusi tidak dihargai, merasa disaingi staf yang lebih muda dan lebih profesional.

d. Tahap penurunan karier terjadi ketika usia pensiun di mana perawat belajar menerima aturan yang berpengaruh terhadap semakin mengurangi pekerjaannya.

Kesimpulan peneliti pada uraian ini bahwa program pengembangan karier berawal dari diri perawat, diarahkan konselor/supervisor dan difasilitasi pimpinan. Pimpinan diharapkan membuat program terpadu antara PPSDM, Personalia, Komite Keperawatan (Sub Komite Kredensial) dan Diklat Bidang Keperawatan untuk pengembangan sumber daya tenaga perawat mulai dari pengenalan karier, perencanaan dan pengembangan karier.

3. Model Jenjang Karier Perawat

Setiap perawat ingin mencapai kemajuan optimal termasuk meniti karier yang memungkinkan dirinya produktif, merancang pembelajaran mandiri serta mengatur diri mencapai jenjang karier tertinggi. Jenjang karier perawat merupakan sistem peningkatan kinerja dan profesionalisme sesuai bidang pekerjaan melalui

peningkatan kompetensi (Direktorat Keperawatan Depkes RI, 2006). Jenjang karier perawat merupakan alat yang efektif untuk memperbaiki moral perawat karena kepuasan kerja para profesional berasal dari karakteristik pekerjaan seperti kesempatan meningkatkan tanggung jawab dan prestasi pribadi. Penerapan sistem jenjang karier akan meningkatkan status sosial perawat, terpenuhi kebutuhan harga diri sehingga memenuhi kepuasan kerja (Chanafi, 2005).

Swansburg (2000) mengatakan bahwa jenjang karier perawat merupakan sistem pengembangan horizontal, didasarkan pada kriteria khusus pengembangan, evaluasi dan promosi perawat yang ingin tetap berada di tatanan klinik. Jenjang karier perawat bagi yang tidak ingin tetap dalam tatanan klinik akan diarahkan pada bidang administrasi, pendidikan maupun riset. Jenjang karier perawat harus memperbaiki kualitas keperawatan klien, memotivasi staf perawat mencapai tingkat kompetensi profesional tertinggi, mengejar pendidikan dan pengembangan tujuan karier, mengukur evaluasi kinerja dengan penghargaan terhadap kompetensi klinis untuk jenjang yang lebih tinggi.

Swansburg (2000) juga memperkenalkan jenjang karier yang dimulai dari Perawat Klinis I (pemula) sampai dengan Perawat Klinis V (ahli) di mana setiap jenjang memiliki persyaratan pendidikan, pengalaman kerja dan kompetensi. Sedangkan Benner dalam Huber (2000) telah mengembangkan model jenjang karier dalam praktik keperawatan yang berasal dari model kemahiran. Model tersebut dikembangkan untuk mengidentifikasi tingkat praktik profesional dan merencanakan program pendidikan yang sesuai.

Pedoman yang dapat digunakan sebagai acuan nasional dalam upaya mengembangkan jenjang karier dalam konteks sistem penghargaan bagi perawat adalah Pedoman Pengembangan Jenjang Karier Profesional Perawat yang ditetapkan Depkes RI (2006) melalui Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, mengacu pada dua model berikut:

a. Model jenjang karier menurut Benner (1994) terdiri dari lima tingkat kemahiran ketrampilan, dikenal dengan program *Novice to Expert*.

- 1) Pemula (*novice*), perawat pada tingkat ini belum memiliki pengalaman di tatanan klinik keperawatan. Peran mereka terbatas, masih membutuhkan bantuan menetapkan prioritas masalah klien, masih memerlukan supervisi yang ketat dan pendampingan pada berbagai situasi tidak rutin, membutuhkan pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal.
- 2) Pemula lanjutan (*advanced beginner*), pada tingkat ini perawat memiliki pengalaman kurang lebih satu tahun, telah mempunyai pengalaman berhadapan dengan klien dalam berbagai situasi klinik dan masih memerlukan sedikit bantuan dan pendampingan dari senioritas yang lebih ahli dalam penetapan berbagai prioritas dan intervensi yang lebih kompleks serta masih memerlukan pendidikan lanjut formal maupun informal.
- 3) Mampu (*competent*), perawat memiliki pengalaman kurang lebih 2-3 tahun, cara berpikir dilandasi pemikiran sadar, abstrak dan analisis sehingga mampu memberi asuhan keperawatan yang kompleks tentang berbagai masalah klien. Perawat bekerja secara efisien, memerlukan supervisi atau

bantuan untuk hal-hal istimewa, Pendidikan formal dan informal tetap dibutuhkan agar pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki tetap mutakhir.

4) *Mahir (proficient)*, pada tingkatan ini perawat berpengalaman 3-5 tahun, praktik keperawatan menjadi lebih efisien karena mampu mengidentifikasi dan menunjukkan masalah keperawatan dengan cepat dan fleksibel serta mudah mengambil keputusan, mampu mengantisipasi situasi yang terjadi pada klien dan mampu merencanakan kembali asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi klien.

5) *Ahli (expert)*, perawat memiliki pengalaman lebih dari lima tahun, memiliki intuisi untuk membaca situasi dan ahli untuk menyelesaikan masalah, mampu berperan sebagai mentor, memantau kejadian di ruangan dan mampu mengelola semua keadaan secara efektif serta mengantisipasi komplikasi yang timbul. Pendidikan formal dan informal dibutuhkan untuk menjaga kemampuan terkini.

b. Model jenjang klinik menurut Swansburg (2000)

1) Perawat klinis I (pemula), dengan status belum memiliki pengalaman, pemula dalam karier, pengalaman kurang dari satu tahun, memiliki ketrampilan keperawatan dasar dan keperawatan kepada klien masih bersifat rutin. Mulai mengembangkan ketrampilan melakukan pengkajian dan ketrampilan berkomunikasi kepada klien.

2) Perawat klinis II (pemula tahap lanjut), memiliki lisensi dan pengalaman lebih dari satu tahun atau *Bachelor of nursing science (BSN)* dengan pengalaman kerja lebih dari enam bulan atau *master of nursing science*

(MSN) tanpa pengalaman, menunjukkan kinerja yang adekuat, mampu membedakan situasi penting dan membuat prioritas permasalahan klien, memerlukan sedikit supervisi dan menunjukkan minat mengikuti pendidikan lanjut.

- 3) Perawat klinis III (kompeten), memiliki lisensi dengan pengalaman kerja lebih dari dua tahun atau BSN dengan pengalaman kerja lebih dari satu tahun atau MSN dengan pengalaman kerja lebih dari enam bulan, mampu menggunakan proses keperawatan tanpa supervisi, merencanakan dan mengatur tujuan jangka pendek dan panjang. Mampu mendemonstrasikan pengarahan dalam tindakan dan berkomunikasi secara efektif, siap menerima tanggung jawab kepemimpinan, mampu membagikan ide dan pengetahuan kepada sejawatnya.
- 4) Perawat klinis IV (trampil), memiliki lisensi dengan pengalaman kerja 3 tahun, sedang mengambil BSN atau BSN dengan pengalaman lebih dari dua tahun atau MSN dengan pengalaman kerja lebih dari satu tahun, mampu mendemonstrasikan kompetensi dan ketrampilan klinis khusus serta menggunakan berbagai alternatif untuk memecahkan masalah, mampu menerima tanggung jawab kepemimpinan/pengawasan dan mampu mendelegasikan tugas dengan tepat, tetap membutuhkan pendidikan lanjut untuk menjaga profesionalisme.
- 5) Perawat klinis V (ahli), berpengalaman dan berpendidikan BSN lebih dari 3 tahun dan sedang mengambil MSN atau MSN dengan pengalaman klinis

lebih dari dua tahun, mampu mendemonstrasikan pengalaman praktik klinik dengan mendelegasikan tanggungjawab dan manajemen.

c. Model jenjang karier perawat Direktorat Keperawatan (Depkes RI, 2006) berdasarkan rangkuman dari Benner (1994) & Swansburg (2000):

- 1) Perawat klinik I (PK I) atau *novice*, pendidikan DIII Keperawatan dengan pengalaman kerja dua tahun atau S1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja nol tahun dan memiliki sertifikat PK-I.
- 2) Perawat klinik II (PK II) atau *advance beginner*, pendidikan DIII Keperawatan dengan pengalaman kerja klinik 5 tahun atau S1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja klinik 3 tahun dan memiliki sertifikat PK-II.
- 3) Perawat klinik III (PK III) *competent*, pendidikan DIII Keperawatan dengan pengalaman kerja 9 tahun atau S1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja klinik 6 tahun atau S2 Keperawatan (spesialis 1) dengan pengalaman klinik nol tahun dan memiliki sertifikat PK-III, Bagi perawat lulusan DIII Keperawatan yang tidak melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 Keperawatan/Ners tidak dapat melanjutkan ke jenjang PK IV dan seterusnya.
- 4) Perawat klinik IV (PK IV) atau *proficient*, pendidikan S1 Keperawatan/Ners dengan pengalaman kerja klinik 9 tahun atau S2 Keperawatan (spesialis 1) dengan pengalaman kerja klinik 2 tahun dan S3 Keperawatan (spesialis 2) dengan pengalaman kerja nol tahun dan memiliki sertifikat PK-IV,

- 5) Perawat klinik V (PK V) atau *expert*, pendidikan S2 Keperawatan (spesialis 1) dengan pengalaman kerja 4 tahun atau S3 Keperawatan (spesialis 2) dengan pengalaman kerja 1 tahun dan memiliki sertifikat PK-V.

4. Manfaat Penerapan Sistem Jenjang Karier Perawat

Gillies (1994), Mc. Gregor (1990), Tomey (1996), Swansburg (2000), Marquis (2001), Ilyas (2001) & Robbins (2006) memaparkan beberapa manfaat penerapan sistem jenjang karier perawat:

a. Pengembangan karier

Pengembangan karier merupakan aktifitas personalia untuk membantu pegawai merencanakan karier di masa depan, di mana mereka mengembangkan diri secara optimal. Mc. Gregor (1990) mengatakan bahwa jenjang karier merupakan salah satu cara pengembangan kompetensi perawat yang dapat menjamin kualitas dan kontinuitas kemajuan profesionalnya. Benner (1984) mengatakan jenjang karier merupakan kerangka kerja untuk mengembangkan pengetahuan klinik melalui praktik keperawatan di rumah sakit. Di samping itu Tomey (1996) mengatakan sistem jenjang karier sebagai alat peningkatan kemampuan ketrampilan perawat. Sistem jenjang karier perawat merupakan alat yang efektif untuk memperbaiki moral perawat karena ada kepuasan kerja para profesional yang berasal dari karakteristik pekerjaan tersebut (Gillies, 1994). Dari berbagai pandangan tersebut peneliti menyimpulkan bahwa jenjang karier bermanfaat bagi pengembangan profesionalisme perawat baik pengetahuan, ketrampilan maupun sikap.

b. Pengakuan

Tomey (1996) mengatakan bahwa sistem jenjang karier menciptakan pengakuan tentang keunggulan klinik seseorang. Hal ini didukung Benner (1984) & Kron (1987) bahwa sistem jenjang karier perawat meningkatkan pengakuan dari profesi lain terhadap peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada klien. Perawat memperoleh kepuasan kerja dalam pembelajaran ketrampilan baru dan menerima pengakuan yang didasarkan pada kinerja dan kemampuan kariernya. Robbins (2006) mengatakan bentuk pengakuan yang efektif adalah memberi kesempatan berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan, peningkatan kewenangan dan otonomi terhadap kehidupan kerja mereka. Dengan demikian perawat yang memiliki kinerja baik, perlu mendapat pengakuan dari pihak manajemen untuk mempertahankan bahkan meningkatkan kinerjanya.

c. Penghargaan

Sistem jenjang karier memungkinkan ada penghargaan melalui pencapaian kompetensi yang diharapkan, sehingga berpengaruh pada kenaikan jenjang dan peningkatan penghasilan (Swansburg, 2000). Sistem jenjang karier memberi makna pengakuan dan penghargaan melalui peningkatan tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pemberian asuhan keperawatan. Selain itu seseorang pada jenjang tertentu dapat bertindak sebagai pelatih atau sebagai model peran bagi perawat yang belum berpengalaman (Cumming & Loveridge, 1996). Kesimpulan peneliti bahwa sistem jenjang karier perawat akan memberi

pengaruh perubahan peran, tanggung jawab dan tanggung gugat disertai peningkatan penghasilan.

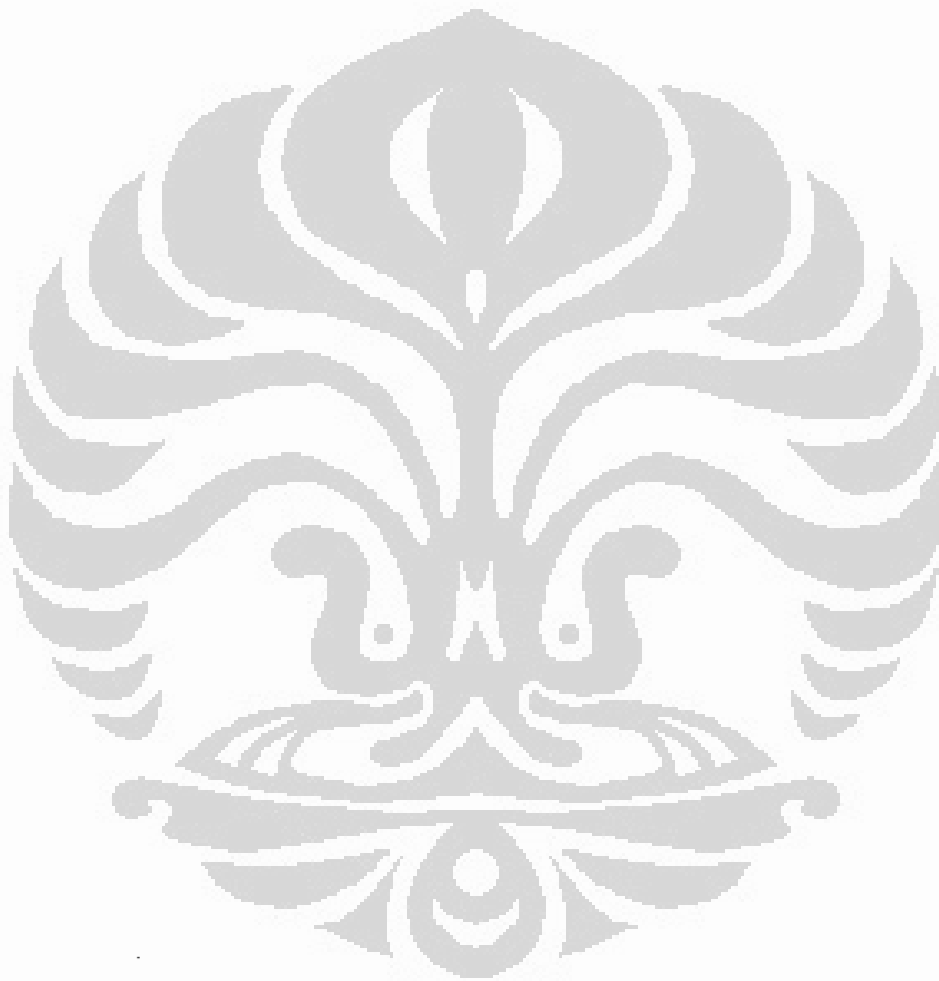
d. Pekerjaan menantang

Pada setiap jenjang karier perawat telah ditetapkan kompetensi yang diharapkan dan secara bertahap semakin kompleks, artinya semakin tinggi jenjang karier seseorang maka semakin besar tanggung jawabnya. Marquis (2000) mengemukakan pengalaman kerja terencana adalah suatu sarana pengembangan karier yang paling kuat melalui penugasan ke unit yang berbeda, rotasi atau mendapat kesempatan menjadi penanggung jawab. Situasi ini dapat menjadi tantangan bagi perawat untuk terus berkembang. Robbins (2006) berkata bahwa pekerjaan dengan sedikit tantangan akan menciptakan kebosanan, sebaliknya bila terlalu banyak tantangan dapat membuat frustrasi dan perasaan gagal. Umumnya pegawai akan mengalami rasa senang dan puas bekerja pada tantangan dengan tingkat sedang.

e. Promosi

Hasibuan (2001) mengatakan pengertian promosi sebagai pemberian pengakuan dan kepercayaan terhadap kemampuan serta kecakapan karyawan menduduki jabatan yang lebih tinggi. Deckert et al (1984) & Ilyas (2001) berkata bahwa jenjang karier didasarkan pada daya saing klinik yang berarti seseorang memperoleh promosi ke jenjang yang lebih tinggi setelah memenuhi kriteria pelaksanaan yang ditentukan. Pemberian tanggung jawab yang lebih besar dalam tugas merupakan bentuk promosi horizontal (Hageman dalam Ilyas, 2001). Hasil penelitian Dweyer et al dalam Leo Bunga (2001), perawat

dengan pilihan otonomi tinggi dan peningkatan jenjang karier akan menunjukkan peningkatan kepuasan kerja. Pernyataan ini diperkuat Benner (1984) bahwa promosi jenjang karier klinik adalah promosi yang tepat dan benar bukan sekedar kenaikan gaji namun dapat memberi tantangan baru dan variasi peran perawat sehingga mereka yang dipromosikan adalah seseorang yang telah menunjukkan kinerja baik.



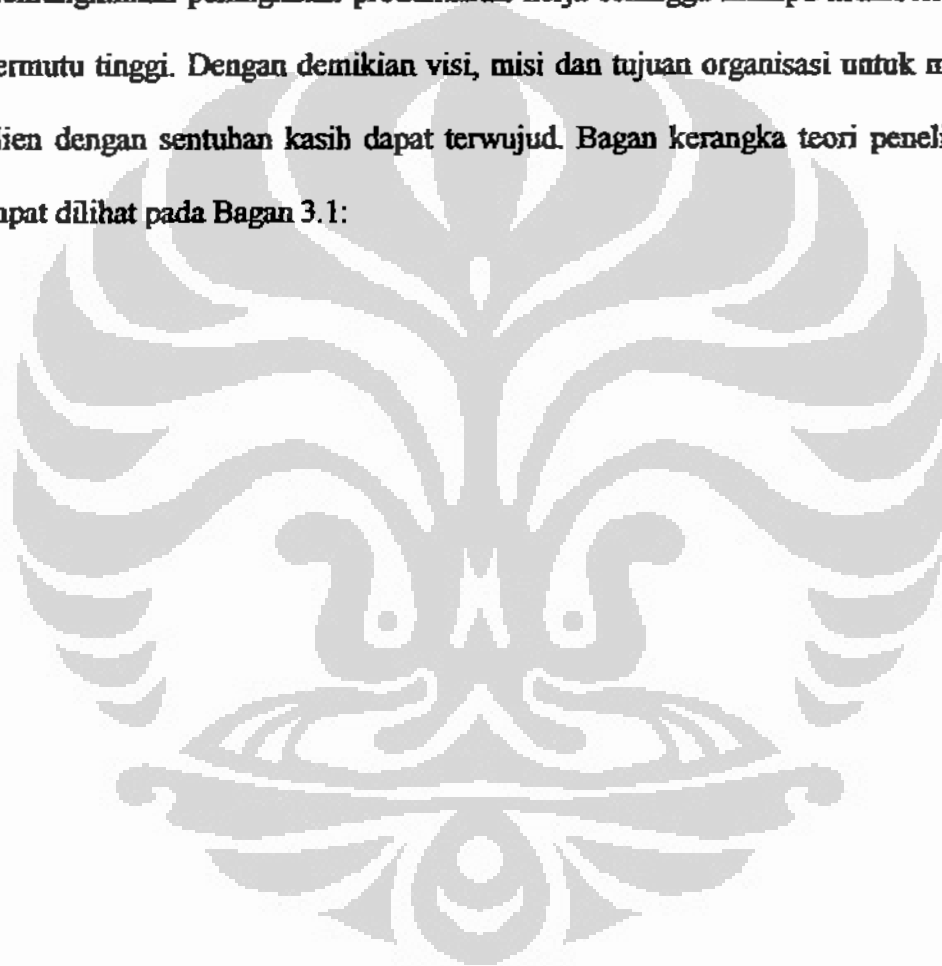
BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

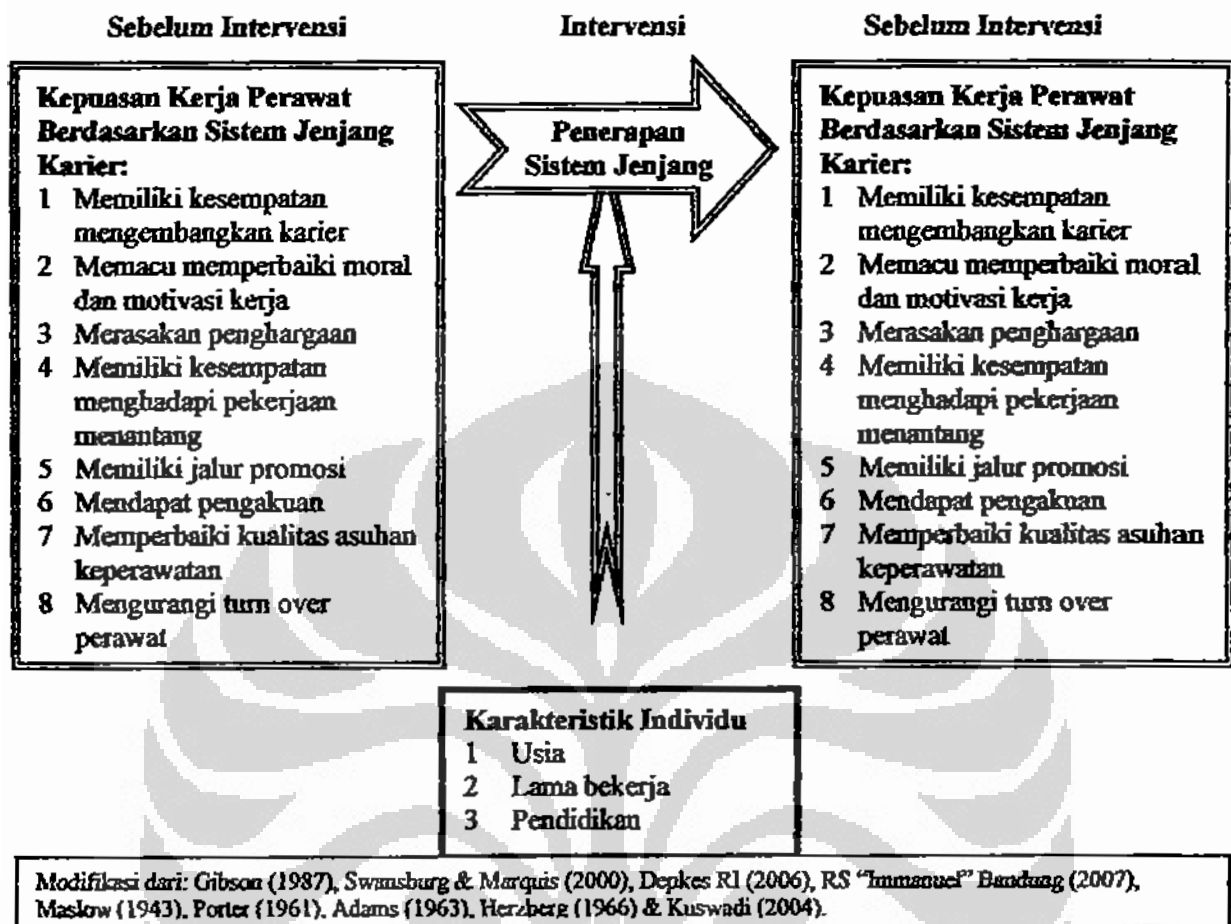
A. Kerangka Teori didasarkan kepada:

- 1 Teori jenjang karier perawat yang dikemukakan Van Maanem & Scheim dalam Marquis (2000), Pinfield dalam Ilyas (2001), Benner dalam Huber (2000), Leveridge & Cummings (1996), Handoko (1999), Marquis (2000), Swansburg (2000), Robbins (2006), Siagian (2003), Sulistiyani & Rosidah (2003), Wijaya (2003), Depkes RI (2004) & Depkes RI (2006) menyimpulkan lima pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat yakni pengembangan karier, penghargaan, tantangan kerja, promosi dan pengakuan. Sistem jenjang karier memungkinkan perawat lebih produktif merancang pembelajaran mandiri atau mengatur diri mencapai jenjang tertinggi. Sistem jenjang karier yang didasarkan pada kompetensi klinik akan meningkatkan kinerja dan kepuasan kerja perawat yang menjamin bahkan meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan bagi klien. Peningkatan jenjang karier yang diupayakan diri sendiri akan meningkatkan aktualisasi diri yang menjadi sumber kepuasan kerja bagi dirinya.
- 2 Teori kepuasan kerja didasari *Two Factor Theory* yang dikemukakan Herzberg dalam Griffin (2004), *Equity Theory* yang dikembangkan Adams dalam Griffin (2004), *Discrepancy Theory* yang dikemukakan Porter dalam As'ad (2003) dan *Maslow's Hierarchy of Needs Theory* yang dikemukakan Maslow dalam Griffin (2004) serta faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja yang dikemukakan

Blum dalam As'ad (2003), Locke dalam As'ad (2003), Parasuraman (1990), Davis (1996), Wesley & Jackels dalam As'ad (2003), William dalam Kuswadi (2004), Muchlas (1999), Swansburg (2000), Arikhman (2001), Robbins (2006), Siagian (2002), As'ad (2003), Hasibuan (2003), Kuswadi (2004), Parwanto & Wahyudin (2008), Wikipedia Indonesia (2008) & Robbins dalam Wikipedia (2008). Kepuasan kerja individu merupakan investasi individu dan organisasi. Kepuasan kerja memungkinkan peningkatan produktifitas kerja sehingga mampu memberi asuhan bermutu tinggi. Dengan demikian visi, misi dan tujuan organisasi untuk melayani klien dengan sentuhan kasih dapat terwujud. Bagan kerangka teori penelitian ini dapat dilihat pada Bagan 3.1:



Bagan 3.1
Bagan Kerangka Teori Penelitian

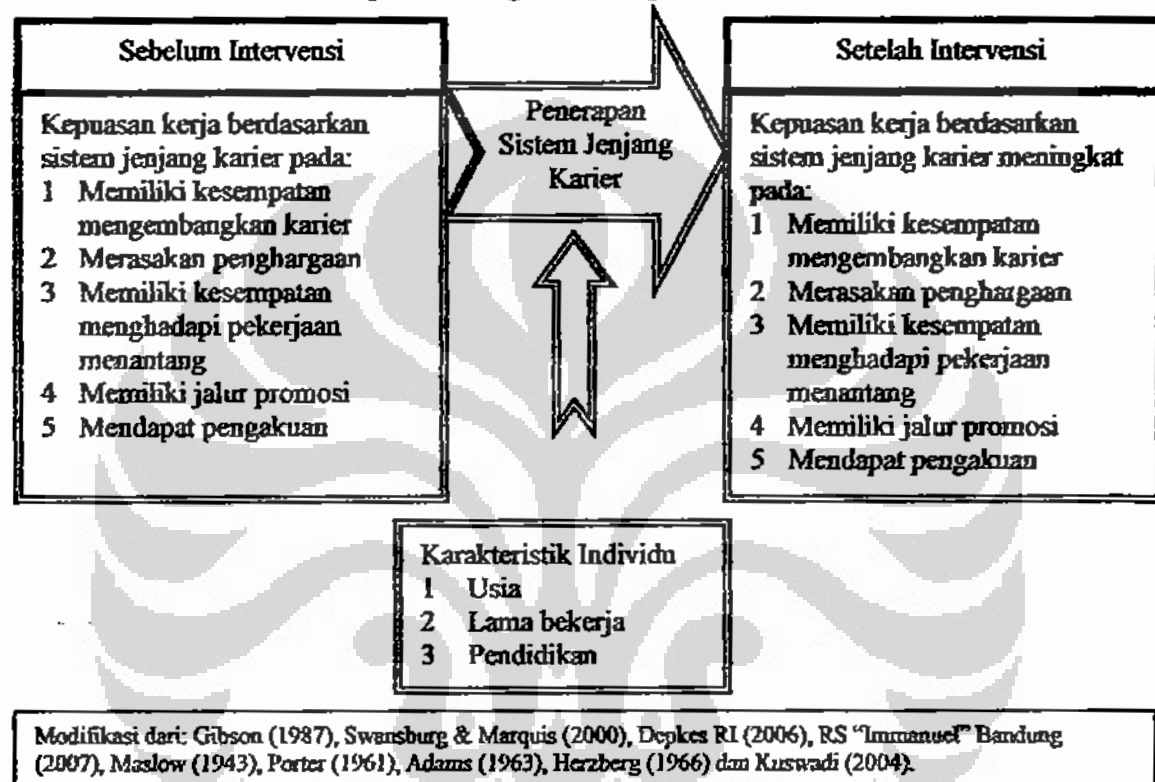


B. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori dan konsep tentang perawat, kepuasan kerja dan sistem jenjang karier maka kerangka konsep difokuskan pada kepuasan kerja perawat terhadap penerapan sistem jenjang karier sebagai variabel dependen dan independen. Subvariabel sistem jenjang karier sebagai sumber kepuasan kerja perawat yakni memiliki kesempatan mengembangkan karier, mendapat penghargaan, memiliki peluang menghadapi pekerjaan menantang, ada jalur promosi dan mendapat pengakuan. Untuk melihat perbedaan variabel dependen dan independen tersebut

dilakukan pelatihan dan penerapan sistem jenjang karier pada kelompok intervensi. Karakteristik individu meliputi usia, lama bekerja dan pendidikan merupakan variabel perancu. Berdasarkan kerangka teori maka kerangka konsep penelitian disusun sebagai berikut:

Bagan 3.2
Bagan Kerangka Konsep Penelitian



C. Hipotesis penelitian

Dari kerangka konsep penelitian di atas dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- Ada perbedaan kepuasan kerja perawat antara sebelum dan setelah implementasi di kelompok intervensi.

- b. Ada perbedaan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan menantang, promosi dan mendapat pengakuan setelah penerapan sistem jenjang karier perawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.
- c. Ada hubungan karakteristik perawat (usia, lama kerja dan pendidikan) dengan selisih kepuasan kerja antara sebelum dan setelah implementasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

D. Definisi operasional

Pemberian pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diukur dan untuk menentukan metode yang digunakan dalam analisis data, perlu diuraikan definisi operasional dari masing-masing variabel yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel Karakteristik Individu

No	Variabel dan Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Usia adalah usia responden sampai ulang tahun terakhir pada saat penelitian dilakukan.	Kuesioner A	Kuesioner A diberikan pada responden untuk diisi jawaban pertanyaan/ pernyataan yang diminta dalam kuesioner dengan mengisi setiap item	Dalam tahun	Interval
2.	Lama bekerja adalah lama responden bekerja sebagai perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta.			Dalam tahun	Interval
3.	Pendidikan adalah tingkat pendidikan formal perawat berdasarkan ijazah terakhir.			1= SPK 2= DIII Kep 3= S1 Kep	Ordinal

Tabel 3.2
Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel dan Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Pengembangan Karier adalah informasi tentang jalur karier, perencanaan karier dan pelaksanaan jenjang karier.	Kuesioner B, nilai 1, bila sangat tidak setuju/sangat tidak penting/sangat tidak puas, nilai 2 bila tidak setuju/tidak penting/tidak puas, nilai 3 bila agak setuju/agak penting/agak puas, nilai 4 bila setuju/pendukung/puas dan nilai 5 bila sangat setuju/sangat penting/sangat puas.	Menggunakan kuesioner B No. 1, 2, 6, 7, 8, 26 dan 31	Diukur dengan skor 1-5, sehingga skor total: 7-35	Interval
2.	Penghargaan adalah peningkatan pemberian tanggung jawab, peningkatan peran sesuai jenjang kariernya.		Menggunakan kuesioner B No. 9, 10, 11, 12, 13, 27 dan 32	Diukur dengan skor 1-5, sehingga skor total: 7-35	Interval
3.	Pekerjaan yang menantang adalah kompleksitas pekerjaan yang dihadapi sesuai jenjang kliniknya.		Menggunakan kuesioner B No. 5, 14, 15, 16, 28 dan 33.	Diukur dengan skor 1-5, sehingga skor total: 6-30	Interval
4.	Promosi adalah pemberian pengakuan dan kepercayaan terhadap kemampuannya untuk menduduki jenjang yang lebih tinggi sesuai sistem jenjang karier perawat yang berlaku di RS PGI "Cikini" Jakarta.		Menggunakan kuesioner B No. 3, 4, 17, 18, 19, 20, 29 dan 34.	Diukur dengan skor 1-5, sehingga skor total: 8-40	Interval
5.	Pengakuan adalah kesempatan berpartisipasi mengambil keputusan dalam pemberian asuhan keperawatan klien secara mandiri sesuai wewenang pada jenjang kliniknya.		Menggunakan kuesioner B No. 21, 22, 23, 24, 25, 30 dan 35	Diukur dengan skor 1-5, sehingga skor total: 7-45	Interval

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data, pengolahan data serta analisis data.

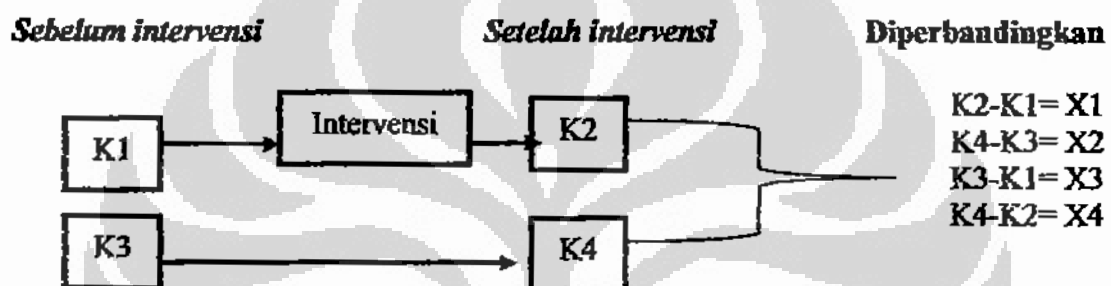
A. Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *quasy experiment pre and post intervention design*. Disain penelitian merupakan seluruh perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Burn & Grove, 1991 & Notoatmodjo, 2002). Penelitian ini membandingkan kepuasan kerja perawat sebagai pengaruh penerapan sistem jenjang karier perawat RS PGI "Cikini" Jakarta sebelum dan setelah intervensi.

Peneliti melakukan intervensi pelatihan dan penerapan sistem jenjang karier pada sampel yakni perawat di bagian H RS PGI "Cikini" Jakarta sebagai kelompok intervensi. Setelah melakukan pelatihan dan penerapan sistem jenjang karier tersebut maka diharapkan terjadi peningkatan kepuasan kerja perawat. Perawat yang bekerja di bagian *Renal Unit (RU)* tidak dilakukan pelatihan dan penerapan sistem jenjang karier perawat, sehingga disebut sebagai kelompok kontrol. Sebelum intervensi, dilakukan pengukuran kepuasan kerja perawat secara bersama-sama baik untuk kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Dalam penelitian ini diharapkan kepuasan kerja perawat meningkat pada kelompok intervensi dibandingkan kepuasan kerja perawat pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan intervensi. Kepuasan kerja perawat yang diukur adalah kepuasan kerja terhadap adanya jalur pengembangan karier perawat, penghargaan, pekerjaan yang menantang, promosi dan pengakuan. Disain penelitian quasi eksperimen sebelum dan setelah intervensi, dapat dilihat pada bagan 4.1.

Bagan 4.1
Disain penelitian



Keterangan:

- K1: Adalah kepuasan kerja perawat kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi sistem jenjang karier (sebelum intervensi).
- K2: Adalah kepuasan kerja perawat kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi sistem jenjang karier (setelah intervensi).
- K3: Adalah kepuasan kerja awal perawat kelompok kontrol (sebelum intervensi).
- K4: Adalah kepuasan kerja akhir perawat (setelah intervensi).
- X1: Adalah deviasi/perubahan kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah intervensi di kelompok intervensi.

- X2: Adalah deviasi/perubahan kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah test di kelompok kontrol.
- X3: Adalah kesetaraan kepuasan kerja perawat sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kontrol.
- X4: Adalah perbedaan kepuasan kerja perawat setelah intervensi antara kelompok intervensi dan kontrol.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja dalam pelayanan keperawatan di RS PGI "Cikini" Jakarta yakni di ruang rawat inap, ruang rawat jalan, IGD, HCU, RU, Kamar Operasi, ICU/CCU dan kantor bidang keperawatan. Seluruh perawat berjumlah 421 orang dengan latar belakang pendidikan SPK, D1 Bidan, DIII Bidan, DIII Keperawatan, S1 Kesehatan Masyarakat dan S1 Keperawatan.

2. Sampel

Sehubungan keterbatasan biaya dan waktu peneliti sehingga tidak memungkinkan untuk mengambil semua populasi, maka penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling*. Sampel yang memenuhi kriteria inklusi dengan *purposive sampling* tersebut adalah seluruh perawat yang sedang aktif bertugas dengan latar belakang pendidikan keperawatan: S1, DIII dan SPK di bagian H sebagai kelompok intervensi dan di RU sebagai kelompok kontrol.

Dengan demikian diharapkan mewakili setiap tingkat kualifikasi pendidikan tenaga perawat.

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 42 orang terdiri dari 21 orang untuk kelompok intervensi dan 21 orang untuk kelompok kontrol. Latar belakang pendidikan perawat di bagian H dan RU mendekati sama yakni di bagian H: S1 Keperawatan: 2 orang (10%), DIII Keperawatan 16 orang (76%) dan SPK: 3 orang (14%) serta di RU: S1 Keperawatan: 2 orang (10%), DIII Keperawatan 14 orang (66%) dan SPK: 5 orang (24%).

C. Etika Penelitian

Setelah mendapat ijin dari direktur rumah sakit, peneliti menemui kepala bidang keperawatan untuk mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian. Selanjutnya peneliti mengadakan pertemuan dengan kepala bidang keperawatan bersama seluruh perawat di ruang rawat inap bagian H dan RU. Dalam pertemuan tersebut peneliti menjelaskan tujuan, harapan, manfaat dan kerahasiaan penelitian serta memberi penjelasan tentang instrumen penelitian baik pernyataan-pernyataan dalam instrumen tersebut maupun cara pengisiannya. Peneliti memberi kesempatan kepada responden untuk menanyakan hal-hal yang belum dipahami. Setelah semua responden memahami tujuan, manfaat, harapan terhadap penelitian dan tentang hal-hal yang berhubungan dengan instrumen penelitian hingga menyatakan kesediaan untuk menjadi responden, maka peneliti meminta responden menandatangani lembar persetujuan sebagai subjek penelitian. Dalam penelitian ini persetujuan penelitian diberikan secara kolektif oleh pimpinan masing-masing unit.

D. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan di RS PGI "Cikini" Jakarta pada dua unit pelayanan yakni ruang rawat inap bagian H sebagai kelompok intervensi dan RU sebagai kelompok kontrol.

2. Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan dari tanggal 7 April s/d 2 Juni 2008.

E. Alat Pengumpul Data

1. Jenis data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini menggambarkan tentang:

- a. Karakteristik perawat
- b. Aspek-aspek kepuasan kerja perawat terhadap penerapan sistem jenjang karier perawat.

2. Instrumen pengumpul data

Pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan kuesioner dengan daftar pertanyaan yang terstruktur. Kuesioner terdiri dari dua kelompok, dirancang berdasarkan tinjauan pustaka sesuai variabel yang akan diteliti yakni:

- a. Kuesioner A, digunakan untuk memperoleh data tentang usia, lama bekerja dan pendidikan.. Pertanyaan untuk usia dan lama bekerja menggunakan pertanyaan terbuka sedangkan pertanyaan untuk pendidikan menggunakan pertanyaan tertutup.

- b. Kuesioner B, berupa pernyataan tentang variabel kepuasan kerja perawat sebagai pengaruh penerapan sistem jenjang karier perawat disusun peneliti berdasarkan tinjauan pustaka dan teori hirarkhi kebutuhan Maslow dalam Griffin (2004) serta faktor-faktor kepuasan kerja yang diungkapkan Blum (1956), Gilmer (1966), Stamps (1997), Robbins (2001), Sulistiyani & Rosidah (2003), Kuswadi (2005) & Moekijat (2007). Peneliti juga menggunakan tinjauan pustaka Ilyas (2001), Siagian (2003), Sulistiyani & Rosidah (2003), Direktorat Keperawatan Depkes RI (2004), Direktorat Keperawatan Depkes RI (2006), Griffin (2004) & Moekijat (2007) tentang penerapan sistem jenjang karier perawat. Kuesioner B terdiri dari: Kuesioner B1 yang peneliti batasi dengan 25 pernyataan/pertanyaan tentang setuju dan tidak setuju dilaksanakan sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta dengan menggunakan Skala Likert yakni Sangat Setuju, Setuju, Agak Setuju, Tidak Setuju dan Sangat Tidak Setuju. Kuesioner B2 terdiri dari 5 pernyataan/pertanyaan tentang penting atau tidak pentingnya komponen-komponen dalam sistem jenjang karier perawat diterapkan di RS PGI "Cikini" Jakarta dengan menggunakan Skala Verbal yakni Sangat Penting, Penting, Agak Penting dan Sangat Tidak Penting. Kuesioner B3 terdiri dari 5 pernyataan/pertanyaan tentang puas atau tidak puas perawat terhadapnya penerapan sistem jenjang karier di RS PGI "Cikini" Jakarta dengan menggunakan Skala Verbal: Sangat Puas, Puas, Agak Puas, Tidak Puas dan Sangat Tidak Puas.

3. Uji Coba Instrumen

Uji coba dilaksanakan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen. Uji coba dilakukan terhadap 30 orang perawat di RS "Atmajaya" Pluit Jakarta dengan pertimbangan bahwa terdapat kemiripan visi, misi keperawatan dengan RS PGI "Cikini" Jakarta dan dari segi kualifikasi tenaga perawat, sistem pembagian tugas perawat dan pola umum organisasi keperawatan serta sedang menerapkan sistem jenjang karier bagi perawat.

Pengujian validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Nilai r tabel dilihat pada tabel r dengan menggunakan $df = n-2$ pada tingkat kemaknaan 5%, kemudian nilai r hitung dilihat pada kolom *corrected item-total correlation*. Apabila r hitung $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut dinyatakan valid. Setelah semua pernyataan valid, maka dilakukan uji reliabilitas dengan membandingkan nilai r tabel dengan r Alpha, Apabila nilai r Alpha $>$ r tabel maka pernyataan tersebut reliabel.

Hasil uji coba menunjukkan bahwa semua pertanyaan/pernyataan B1, B2 dan B3 sebanyak 35 pertanyaan/pernyataan dinyatakan valid karena nilai r tabel dilihat dengan tabel r dengan menggunakan $df = n-2 \rightarrow 30-2 = 28$. Pada tingkat kemaknaan 5% nilai r tabel = 0,361. Nilai r hasil perhitungan dilihat pada kolom "Corrected item-total correlation". Masing-masing pernyataan/pertanyaan dibandingkan antara nilai r hasil dengan nilai r tabel dan ditemukan r hasil untuk 35 item pertanyaan/pernyataan adalah lebih besar dari r tabel. Nilai r hasil antara 0,398–0,836. Kesimpulan nilai r hasil untuk semua item pertanyaan/pernyataan

lebih besar dari r tabel. Dengan demikian semua pertanyaan/pernyataan adalah valid.

3. Uji reliabilitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai r Alpha dengan r tabel. Nilai r Alpha = 0,948 lebih besar dari r tabel: 0,361. Dengan demikian semua pertanyaan dalam kuesioner adalah reliable

F. Posedur Pengumpulan Data

1 Prosedur administratif

Penelitian diawali pendekatan terhadap pihak RS PGI "Cikini" Jakarta dengan mengajukan surat permohonan ijin penelitian. Pendekatan pada seluruh staf keperawatan di ruang rawat inap bagian H dan RU dilakukan melalui kepala bidang keperawatan RS PGI "Cikini" Jakarta serta PKR masing-masing unit.

2 Prosedur teknis

Penelitian dilaksanakan setelah mendapat ijin dari pimpinan RS PGI "Cikini" Jakarta. Selanjutnya peneliti melakukan pertemuan dengan pimpinan keperawatan bersama staf dan seluruh responden untuk menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan responden serta cara pengisian kuesioner. Setelah responden memahami semua hal tersebut, maka responden diminta menandatangani lembar persetujuan sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini. Dalam hal ini persetujuan ditandatangani oleh pimpinan masing-masing unit. Kemudian diberikan kuesioner untuk diisi responden.

Kuesioner diisi responden tanpa dipengaruhi pendapat orang lain. Untuk memperlancar pendistribusian, kelengkapan kuesioner, kesalahan/kekeliruan pengisian kuesioner dan pengembalian kuesioner yang telah diisi oleh responden, maka peneliti dibantu oleh staf bidang keperawatan dan pimpinan unit. Setelah kuesioner terkumpul, peneliti memeriksa kembali kelengkapan dan kebenaran pengisiannya kemudian dilakukan pengolahan dan analisis data.

G. Pelaksanaan Penelitian

Pelatihan pada kelompok intervensi dilakukan bertahap agar kegiatan pelayanan keperawatan tidak terganggu. Tahap pertama dan kedua masing-masing dilaksanakan dua hari. Pelaksanaan penelitian dijelaskan sebagai berikut:

1. Pengambilan data awal (sebelum intervensi) sebelum mengikuti kegiatan pelatihan dilaksanakan pada tanggal 7 April 2008 untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
2. Tanggal 10 April 2008 dilakukan *mapping* jenjang karier perawat yang telah disepakati bagi perawat di bagian H yakni Nurse 1 (N1): 10 orang, Nurse 2 (N2): 9 orang dan Nurse 3 (N3): 2 orang. *Mapping* jenjang karier dilakukan bersama PKK, Ketua Komite Keperawatan dan Wakil Bidang Keperawatan.
3. Pelatihan dilaksanakan selama 4 (empat) hari bagi kelompok intervensi. Kelompok intervensi dibagi dua kelompok untuk dua tahap pelaksanaan pelatihan yakni kelompok satu tanggal 7 & 8 April 2008 Pk. 07.45-13.45 dan kelompok dua tanggal 9 & 10 April 2008 Pk. 07.45-13.45. Materi pelatihan tentang konsep sistem jenjang karier, strategi penerapan sistem jenjang karier, *preceptorship* dan

pembelajaran topik perjenjang: “Ketrampilan berkomunikasi dalam keperawatan” sebagai materi pembelajaran untuk uji kompetensi N1. “Asuhan Keperawatan Klien dengan Asma Bronkhiale dengan SOP Pemberian Oksigen” sebagai contoh materi pembelajaran N2 dan “Pengorganisasian keperawatan” sebagai materi pembelajaran N3.

4. Setelah pelatihan, dilaksanakan bimbingan dan supervisi dengan mekanisme *preceptorship* selama dua minggu yakni dari tanggal 11 s/d 24 April 2008. Telah ditetapkan masing-masing N2 menjadi preceptor bagi masing-masing N1. Delapan orang N2 masing-masing membimbing satu orang Ners I dan satu orang lagi dari Ners II membimbing dua orang N1 sehingga 9 orang N2 membimbing 10 orang N1.
5. Tanggal 25 April s/d 24 Mei 2008 dilaksanakan uji kompetensi N1 dan N2. Materi uji kompetensi N1 adalah ketrampilan berkomunikasi terapeutik dengan penguji utama adalah N2 sebagai preceptor yang telah ditetapkan bagi masing-masing N1. Penguji lain adalah dari bidang dan komite keperawatan. Uji kompetensi dilaksanakan dengan praktik dan *pre-conference*. Materi uji kompetensi N2, masing-masing Ners merawat satu orang klien (berbeda kasus untuk setiap Ners) untuk dipresentasikan secara komprehensif bagi semua perawat di bagian H yang dihadiri undangan Kepala Bidang Keperawatan bagi yang dianggap perlu menghadiri uji kompetensi tersebut. Preceptor sebagai penguji utama masing-masing N2 telah ditentukan dari dua orang N3. Penilaian terhadap presentasi diberikan Ketua Komite Keperawatan, Kepala Bidang Keperawatan dan preceptor N2 tersebut, N3 tidak ujian kompetensi berhubung keterbatasan waktu.

6. *Post intervensi* dilaksanakan tanggal 24 Mei s/d 2 Juni 2008 pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
7. Tanggal 26 Mei 2008 dilaksanakan diseminasi hasil penelitian kepada seluruh PKR khususnya tentang mekanisme pelaksanaan sistem jenjang karier serta *sharing* tentang tantangan, hambatan pelaksanaan dan pengaruh terhadap kepuasan kerja perawat. Ada empat orang perawat dari bagian H yang melakukan *sharing* pengalaman mereka dalam pertemuan diseminasi tersebut.

H. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data dilakukan untuk menghasilkan informasi yang benar sesuai tujuan penelitian. Tahapan kegiatan yang dilakukan adalah:

1. Pengolahan data

- a. *Editing data*, pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pemeriksaan ulang kelengkapan, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden.
- b. *Coding & Scoring data*, tahap di mana peneliti memberi kode pada kuesioner untuk memudahkan memasukkan data ke dalam komputer. Setiap jawaban akan dikonversi ke dalam angka maupun kode untuk memudahkan pengolahan data tersebut.
- c. *Entry data*, memasukkan data. Tahap di mana peneliti memasukkan data ke dalam komputer untuk dianalisis.
- d. *Cleaning data*, pembersihan data. Tahap di mana peneliti melakukan cek ulang data yang telah dimasukkan ke dalam program komputer apakah tidak ada lagi kesalahan sehingga data siap dianalisis.

2. Analisis data

Pengolahan data yang sudah dimasukkan ke dalam komputer akan menghasilkan informasi yang dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan menguji hipotesis. Analisis data terdiri dari:

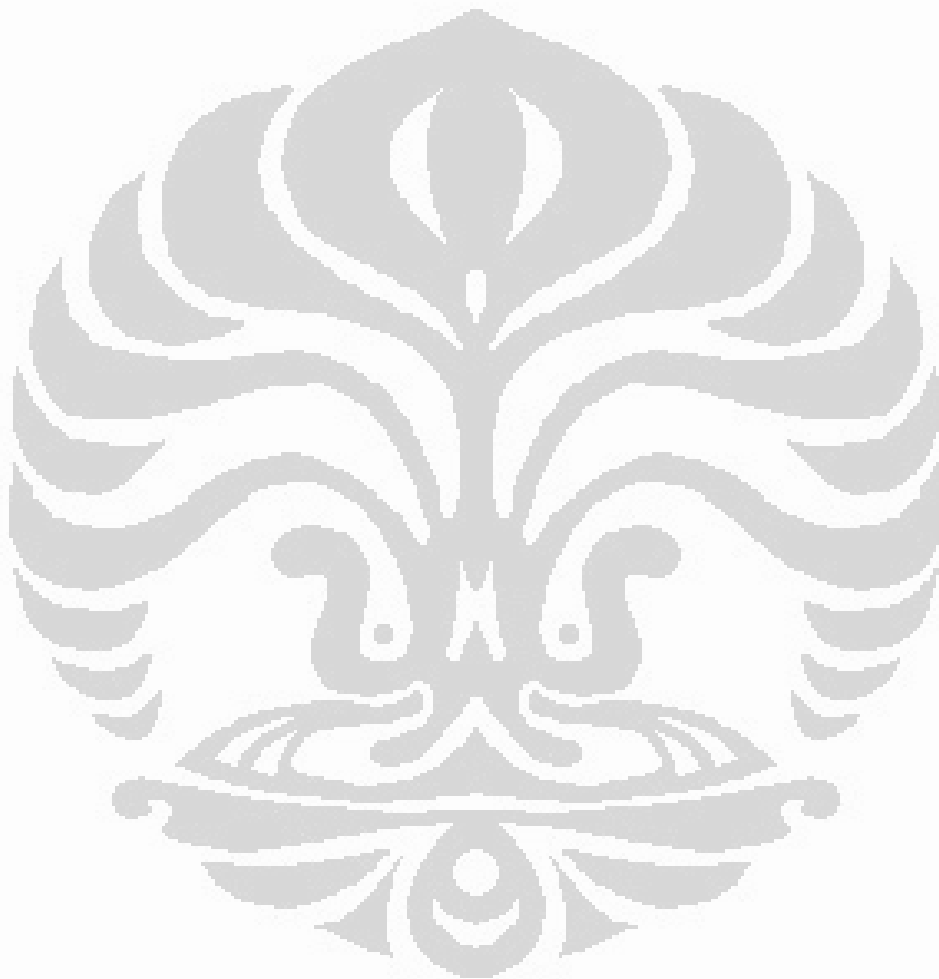
a. Analisis Univariat

Analisis univariat berupa analisis persentase yang dilakukan pada tiap-tiap variabel penelitian terutama untuk melihat distribusi frekuensi dan hasil statistik deskriptif meliputi rata-rata hitung (\bar{X}), median, standar deviasi (SD) dan proporsi dari variabel penelitian untuk karakteristik perawat meliputi usia, lama bekerja dan pendidikan. Demikian juga dengan gambaran kepuasan kerja perawat terhadap penerapan sistem jenjang karier meliputi pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, promosi dan pengakuan.

b. Analisis Bivariat

Uji kesetaraan kelompok penelitian yang bertujuan menguji kesetaraan semua variabel penelitian di antara kelompok menurut umur dan lama bekerja menggunakan *t-test* dengan *independent sampels test*. Sedangkan untuk pendidikan menggunakan uji *Chi sqaer*. Untuk mengetahui perbedaan tingkat kepuasan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol menggunakan uji beda dua mean yaitu *t-test (independent samples test* untuk sampel berbeda dan *dependent samples test* atau *paired t-test* untuk sampel sama. Untuk mengetahui hubungan karakteristik perawat meliputi usia dan lama bekerja dengan kepuasan kerja perawat dilakukan dengan uji *Pearson Correlation*, sedangkan untuk mengetahui hubungan pendidikan dengan kepuasan kerja

perawat dilakukan dengan uji Anova. Uji statistik untuk seluruh analisis bivariat tersebut dianalisis dengan tingkat kemaknaan 95% (Alpha 0,05%).



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini peneliti menguraikan hasil pengumpulan data yang dilakukan dari tanggal 7 April 2008 s/d 2 Juni 2008. Pengolahan data dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat.

A. Hasil Pengolahan Data

Analisis hasil penelitian meliputi analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat meliputi analisis deskriptif untuk variable karakteristik perawat dan komponen sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, promosi dan pengakuan). Analisis bivariat meliputi perbedaan dan perubahan hasil terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, promosi dan pengakuan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

1. Analisis univariat

Analisis univariat pada penelitian ini memberi deskripsi tentang variable karakteristik perawat meliputi usia, lama bekerja, pendidikan serta tingkat kepuasan kerja perawat terhadap komponen sistem jenjang karier yakni pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, promosi dan pengakuan.

a. Karakteristik perawat

Karakteristik perawat pada penelitian ini meliputi usia, lama bekerja dan pendidikan. Karakteristik usia dan lama bekerja diukur dalam skala interval, dilakukan analisis deskriptif dan disajikan pada tabel 5.1

Tabel 5.1
Deskripsi Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Bekerja
Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Tahun 2008

n1=n2=21

No	Karakteristik Responden	Kelompok	Mean	Med	SD	Min	Mak
1.	Usia	Intervensi	30,4	29,0	7,9	21	52
		Kontrol	38,0	36,0	8,3	26	52
2.	Lama Bekerja	Intervensi	8,1	6,0	7,4	1	27
		Kontrol	16,5	12	8,6	5	32

Tabel 5.1 menggambarkan karakteristik perawat pada kelompok intervensi rata-rata berusia 30,4 tahun dengan usia termuda 21 tahun dan tertua 52 tahun dengan standar deviasi 7,9. Karakteristik perawat pada kelompok kontrol rata-rata berusia 38 tahun dengan usia termuda 26 tahun dan tertua 52 tahun dengan standar deviasi: 8,3.

Tabel 5.1 juga menggambarkan karakteristik perawat menurut lama bekerja. Perawat pada kelompok intervensi memiliki rata-rata lama bekerja: 8,1 tahun, lama bekerja termuda: 1 tahun dan terlama 27 tahun dengan standar deviasi 7,4. Perawat pada kelompok kontrol memiliki rata-rata lama bekerja: 16,5 tahun, lama bekerja termuda: 5 tahun dan terlama 32 tahun dengan standar deviasi 8,6.

Karakteristik pendidikan diukur dalam skala ordinal dengan analisis deskriptif, disajikan dalam distribusi frekuensi pada tabel 5,2.

Tabel 5.2
Deskripsi Karakteristik Perawat Menurut Pendidikan
Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Tahun 2008

n1=n2=21

Bagian/ Unit	Pendidikan							
	SPK		DIII		S1		Total	
	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%
Intervensi	3	14	16	76	2	10	21	100
Kontrol	5	23	14	67	2	10	21	100

Tabel 5.2 menunjukkan pendidikan perawat terbanyak DIII Keperawatan pada kelompok intervensi 16 orang (76%) dan kelompok kontrol 14 orang (67%).

- b. Deskripsi tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan.

Tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan, diukur dalam skala interval. Hasil pengukuran berupa data numerik. Analisis statistik deskriptif dilakukan sebelum dan setelah intervensi. Hasil analisis yang disajikan meliputi kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan sebelum dan setelah intervensi.

- 1). Kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum intervensi.

Deskripsi pada tabel 5.3 memberi gambaran nilai rata-rata kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan

menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum intervensi.

Tabel 5.3
Deskripsi Kepuasan Kerja Perawat Terhadap Sistem Jenjang Karier
Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Tabun 2008

n1=n2=21

Variabel	Kelompok	Mean	Med	SD	Min	Mak
Pengembangan Karier	Intervensi	20,7	20,0	3,1	15	26
	Kontrol	21,4	21,0	2,3	16	25
Penghargaan	Intervensi	20,5	20,0	2,9	15	26
	Kontrol	21,7	22,0	1,8	19	25
Pekerjaan Menantang	Intervensi	17,8	17,0	1,8	15	21
	Kontrol	18,2	18,0	1,5	16	22
Kesempatan Promosi	Intervensi	24,2	24,0	3,4	17	31
	Kontrol	24,2	24,0	1,4	22	28
Pengakuan	Intervensi	22,4	21,0	2,6	15	25
	Kontrol	22,4	23,0	2,0	19	25

Tabel 5.3 menunjukkan tingkat kepuasan kerja perawat sebelum intervensi pada kelompok intervensi adalah dengan uraian berikut:

- Pada komponen pengembangan karier, nilai rata-rata 20,7, nilai paling rendah 15 dan paling tinggi 26 dengan standar deviasi 3,1.
- Pada komponen penghargaan, nilai rata-rata 20,5, nilai paling rendah 15 dan paling tinggi 26 dengan standar deviasi 2,9.
- Pada komponen pekerjaan menantang, nilai rata-rata 17,8, nilai paling rendah 15 dan paling tinggi 21 dengan standar deviasi 1,8.
- Pada komponen promosi, nilai rata-rata 24,2, nilai paling rendah 17 dan paling tinggi 31 dengan standar deviasi 3,4.
- Pada komponen pengakuan, nilai rata-rata 22,4, nilai paling rendah 15 dan paling tinggi 25 dengan standar deviasi 2,6.

Tabel 5.3 juga menunjukkan tingkat kepuasan kerja perawat sebelum *test* pada kelompok kontrol adalah dengan uraian berikut:

- Pada komponen pengembangan karier, nilai rata-rata 21,4, nilai paling rendah 16 dan paling tinggi 25 dengan standar deviasi 2,3.
 - Pada komponen penghargaan, nilai rata-rata 21,7, nilai paling rendah 19 dan paling tinggi 25 dengan standar deviasi 1,8.
 - Pada komponen pekerjaan yang menantang, nilai rata-rata 18,2, nilai paling rendah 16 dan paling tinggi 22 dengan standar deviasi 1,5.
 - Pada komponen promosi, nilai rata-rata 24,2, nilai paling rendah 22 dan paling tinggi 28 dengan standar deviasi 1,4.
 - Pada komponen pengakuan, nilai rata-rata 22,4, nilai paling rendah 19 dan paling tinggi 25 dengan standar deviasi 2,0.
- 2). Kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan perawat setelah intervensi.

Deskripsi pada tabel 5.4 memberi gambaran nilai rata-rata kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan perawat setelah intervensi.

Tabel 5.4
Deskripsi Kepuasan Kerja Perawat Terhadap Sistem Jenjang Karier
pada Setelah Intervensi di kelompok intervensi dan kontrol
Tahun 2008

n1=n2=21

Variabel	Kelompok	Mean	Med	SD	Min	Mak
Pengembangan Karier	Intervensi	32,9	33,0	2,0	28	35
	Kontrol	19,2	19,0	2,6	14	23
Penghargaan	Intervensi	32,5	33,0	2,5	27	35
	Kontrol	19,9	20,0	2,8	14	25
Pekerjaan Menantang	Intervensi	27,7	28,0	2,6	19	30
	Kontrol	16,7	17,0	2,2	12	21
Kesempatan Promosi	Intervensi	36,9	38,0	2,9	29	40
	Kontrol	21,8	23,0	2,3	16	24
Pengakuan	Intervensi	32,2	34,0	3,3	23	35
	Kontrol	19,7	20,0	3,1	13	24

Tabel 5.4 menunjukkan tingkat kepuasan kerja perawat setelah intervensi di kelompok intervensi dengan uraian sebagai berikut:

- Pada komponen pengembangan karier, nilai rata-rata 32,9, nilai paling rendah 28 dan paling tinggi 35 dengan standar deviasi 2,0.
- Pada komponen penghargaan, nilai rata-rata 32,5, nilai paling rendah 27 dan paling tinggi 35 dengan standar deviasi 2,5.
- Pada komponen pekerjaan yang menantang, nilai rata-rata 27,7, nilai paling rendah 19 dan paling tinggi 30 dengan standar deviasi 2,6.
- Pada komponen promosi, nilai rata-rata 36,9, nilai paling rendah 29 dan paling tinggi 40 dengan standar deviasi 2,9.
- Pada komponen pengakuan, nilai rata-rata 32,2, nilai paling rendah 23 dan paling tinggi 35 dengan standar deviasi 3,3.

Tabel 5.4 juga menunjukkan tingkat kepuasan kerja perawat setelah *test* pada kelompok kontrol dengan uraian sebagai berikut:

- Pada komponen pengembangan karier, nilai rata-rata 19,2, nilai paling rendah 14 dan paling tinggi 23 dengan standar deviasi 2,6.
- Pada komponen penghargaan, nilai rata-rata 19,9, nilai paling rendah 14 dan paling tinggi 25 dengan standar deviasi 2,8.
- Pada komponen pekerjaan menantang, nilai rata-rata 16,7, nilai paling rendah 12 dan paling tinggi 21 dengan standar deviasi 2,2.
- Pada komponen promosi, nilai rata-rata 21,8, nilai paling rendah 16 dan paling tinggi 24 dengan standar deviasi 2,3.
- Pada komponen pengakuan, nilai rata-rata 19,7, nilai paling rendah 13 dan paling tinggi 24 dengan standar deviasi 3,1.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk menguji kesetaraan karakteristik perawat antara responden kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dilakukan dengan tingkat kemaknaan 95% ($\text{Apha} = 0,05\%$).

a. Uji kesetaraan karakteristik perawat di kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

1). Kesetaraan karakteristik perawat menurut usia dan lama bekerja di RS PGI “Cikini” Jakarta.

Kesetaraan karakteristik perawat menurut usia dan lama bekerja di RS PGI “Cikini” Jakarta digambarkan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama Kerja Perawat
Antara Kelompok Intervensi Dengan Kelompok Kontrol
Tahun 2008

n1=n2=21

No	Karakteristik Responden	Kelompok	Mean	SD	t	p-value
1.	Usia	Intervensi	30,4	7,9	3,363	0,558
		Kontrol	38,0	8,3		
2.	Lama Bekerja	Intervensi	8,1	7,4	3,366	0,229
		Kontrol	16,5	8,6		

Hasil analisis komparatif antara usia perawat di kelompok intervensi dengan kelompok kontrol digambarkan pada tabel 5.5, di mana diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,558$ (> dari Alpha 0,05), berarti tidak ada perbedaan secara bermakna antara rata-rata usia perawat di kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Demikian juga dengan hasil analisis komparatif lama bekerja perawat dengan $p\text{-value} = 0,229$ (> dari Alpha 0,05), berarti tidak ada perbedaan secara bermakna antara rata-rata lama bekerja perawat di kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- 2). Kesetaraan karakteristik perawat menurut pendidikan antara perawat di kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Kesetaraan karakteristik perawat menurut pendidikan antara perawat di kelompok intervensi dengan kelompok kontrol digambarkan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Kesetaraan Karakteristik Pendidikan Perawat
Antara Kelompok Intervensi Dengan Kelompok Kontrol
Tahun 2008

Bagian/ Unit	Pendidikan								<i>p-value</i>
	SPK		DIII		S1		Total		
	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	
Intervensi	3	14	16	76	2	10	21	100	0,729
Kontrol	5	23	14	67	2	10	21	100	

Hasil analisis komparatif antara pendidikan perawat di kelompok intervensi dengan kelompok kontrol digambarkan pada tabel 5.6 dan diperoleh nilai *p-value*= 0,729 (>dari Alpha 0,05), berarti tidak ada perbedaan secara bermakna antara pendidikan perawat di kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- b. Pengaruh penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) terhadap kepuasan kerja perawat

Pengaruh penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) terhadap kepuasan kerja perawat antara kelompok intervensi dan kontrol, perubahan tingkat kepuasan sebelum dan setelah intervensi pada kedua kelompok dianalisis dengan uji t (*t-test*).

- 1) Perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan terhadap perawat sebelum intervensi antara kelompok intervensi dengan kontrol.

Analisis perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan terhadap perawat sebelum intervensi antara kelompok intervensi dengan kontrol disajikan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat
Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Tahun 2008

Variabel	Kelompok	Mean	SD	t	p-value
Pengembangan Karier	Intervensi	20,7	3,1	0,787	0,436
	Kontrol	21,4	2,3		
Penghargaan	Intervensi	20,5	2,9	1,576	0,123
	Kontrol	21,7	1,8		
Pekerjaan Menantang	Intervensi	17,8	1,8	0,908	0,370
	Kontrol	18,2	1,5		
Kesempatan Promosi	Intervensi	24,2	3,4	0,060	0,953
	Kontrol	24,2	1,4		
Pengakuan	Intervensi	22,4	2,6	1,591	0,120
	Kontrol	22,4	2,0		

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa *p-value* pengembangan karier, penghargaan dan pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan $> 0,05$ berarti tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol.

- 2) Perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan terhadap perawat antara sebelum dan setelah intervensi di kelompok intervensi.

Analisis perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi

dan pengakuan terhadap perawat antara sebelum dan setelah intervensi di kelompok intervensi disajikan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat
Sebelum dan Setelah Intervensi di Kelompok Intervensi
Tahun 2008

n=21

Variabel	Intervensi	Mean	Selisih	SD	t	p-value
Pengembangan Karier	Sebelum	20,7	12,1	3,5	16,112	0,000
	Setelah	32,9				
Penghargaan	Sebelum	20,5	12,0	3,1	17,566	0,000
	Setelah	32,5				
Pekerjaan Menantang	Sebelum	17,8	10,0	2,9	15,881	0,000
	Setelah	27,7				
Kesempatan Promosi	Sebelum	24,2	12,7	3,7	15,551	0,000
	Setelah	36,9				
Pengakuan	Sebelum	21,2	10,6	3,4	14,965	0,000
	Setelah	32,2				

Tabel 5.8 menunjukkan *p-value* untuk semua komponen jenjang karier yakni pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat adalah 0,000. Hasil ini menunjukkan perubahan yang sangat bermakna dari sebelum kepada setelah intervensi sistem jenjang karier di kelompok intervensi.

- 3) Perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan terhadap perawat pada sebelum dan setelah *test* pada kelompok kontrol.

Analisis perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan terhadap perawat sebelum dan setelah *test* pada kelompok kontrol disajikan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat
Sebelum dan Setelah *Test* di Kelompok Kontrol
Tahun 2008

n=21

Variabel	Sebelum & Setelah <i>Test</i>	Mean	Selisih	SD	t	<i>p-value</i>
Pengembangan Karier	Sebelum	21,4	-2,2	2,9	3,411	0,003
	Setelah	19,2				
Penghargaan	Sebelum	21,7	-1,9	2,7	3,188	0,005
	Setelah	19,9				
Pekerjaan Menantang	Sebelum	18,2	-2,6	2,0	3,620	0,002
	Setelah	16,7				
Kesempatan Promosi	Sebelum	24,2	-2,4	3,0	3,648	0,002
	Setelah	21,8				
Pengakuan	Sebelum	22,4	-2,7	3,8	3,251	0,004
	Setelah	19,7				

Tabel 5,7 menunjukkan hasil analisis bahwa *p-value* untuk pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat adalah $<0,05$. Berarti ada perubahan bermakna terhadap penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan antara sebelum dan setelah *test* di RU di mana kepuasan kerja perawat justru menurun setelah *test* dibandingkan sebelum *test*.

- 3) Perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan setelah intervensi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Analisis perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi

dan pengakuan setelah intervensi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol disajikan pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
Perbedaan Nilai Rata-Rata Tingkat Kepuasan Kerja Perawat
Setelah Intervensi Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Tahun 2008

n1=n2=21

Variabel	Kelompok	Mean	SD	t	p-value
Pengembangan Karier	Intervensi	32,9	2,0	19,155	0,000
	Kontrol	19,2	2,6		
Penghargaan	Intervensi	32,5	2,5	15,409	0,000
	Kontrol	19,6	2,8		
Pekerjaan Menantang	Intervensi	27,7	2,6	14,708	0,000
	Kontrol	16,7	2,2		
Kesempatan Promosi	Intervensi	36,9	3,0	18,323	0,000
	Kontrol	21,8	2,3		
Pengakuan	Intervensi	32,2	3,3	12,574	0,000
	Kontrol	19,7	3,1		

Tabel 5.10 menunjukkan hasil analisis bahwa *p-value* untuk pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan adalah $<0,05$, berarti terjadi perubahan bermakna terhadap penghargaan, pekerjaan menantang, kesempatan promosi dan pengakuan setelah intervensi antara kelompok intervensi dan kontrol. Dalam perubahan ini terjadi peningkatan kepuasan kerja perawat yang sangat tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

- c. Hubungan karakteristik perawat dengan kepuasan kerja dalam menerapkan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan).

Analisis hubungan karakteristik perawat dengan kepuasan kerja dalam menerapkan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan,

pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) untuk karakteristik usia dan lama bekerja pada kedua kelompok menggunakan uji korelasi Pearson dan untuk karakteristik pendidikan menggunakan uji Anova.

- 1). Hubungan karakteristik usia dan lama bekerja dengan kepuasan kerja perawat dalam menerapkan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) pada kelompok intervensi.

Analisis hubungan karakteristik usia dan lama bekerja dengan kepuasan kerja perawat menerapkan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) pada kelompok intervensi disajikan pada tabel 5.11

Tabel 5.11
Hubungan Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Bekerja dengan Selisih Kepuasan Kerja Perawat dalam Penerapan Sistem Jenjang Karier Sebelum dan Setelah Intervensi di Kelompok Intervensi Tahun 2008

Variabel		Pengemb Karier	Penghargaan	Tantangan	Promosi	Pengakuan
Usia	r	0,128	0,111	0,104	0,171	0,051
	p	0,581	0,630	0,654	0,459	0,825
Lama Kerja	r	0,042	0,061	-0,078	-0,231	-0,016
	p	0,856	0,794	0,738	0,314	0,945

r: correlation, p: p-value

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa analisis hubungan umur dan lama bekerja perawat dengan kepuasan terhadap penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) diperoleh nilai $r < 0,26$ yang menunjukkan hubungan sangat lemah dan $p\text{-value} > 0,05$ yang berarti perbedaan tidak bermakna. Dengan

demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan dan perbedaan secara bermakna antara usia dan lama bekerja dengan kepuasan terhadap penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) pada kelompok intervensi.

- 2). Perbedaan karakteristik pendidikan dengan kepuasan kerja perawat dalam menerapkan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) pada kelompok intervensi.

Analisis perbedaan karakteristik pendidikan dengan kepuasan kerja perawat menerapkan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) pada kelompok intervensi disajikan pada tabel 5.12

Tabel 5.12
Perbedaan Karakteristik Perawat Menurut Pendidikan dengan Selisih
Kepuasan Kerja Perawat dalam Penerapan Sistem Jenjang Karier
Sebelum dan Setelah Intervensi di Kelompok Intervensi
Tahun 2008

Variabel		Pengemb. Karier	Penghargaan	Tantangan	Promosi	Pengakuan
Pendidikan	<i>p</i>	0,783	0,962	0,718	0,885	0,493

p: *p-value*

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa analisis perbedaan karakteristik pendidikan perawat dengan tingkat kepuasan terhadap sebelum dan setelah penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) diperoleh *p-value* >0,05 yang berarti perbedaan tidak bermakna. Dengan demikian dapat

disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan secara bermakna antara pendidikan dengan kepuasan kerja perawat terhadap sebelum dan setelah penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan) pada kelompok intervensi.

3). Hubungan karakteristik usia dan lama bekerja dengan kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah *test* pada kelompok kontrol

Analisis hubungan karakteristik usia dan lama bekerja dengan kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah *test* pada kelompok kontrol disajikan pada tabel 5.13

Tabel 5.13
Hubungan Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Bekerja Perawat dengan Selisih Kepuasan Kerja Perawat Sebelum dan Setelah *test* pada Kelompok Kontrol Tahun 2008

n=21

Variabel		Pengemb Karier	Penghargaan	Tantangan	Promosi	Pengakuan
Usia	r	0,113	0,205	0,040	-0,189	0,023
	p	0,627	0,372	0,862	0,412	0,920
Lama Kerja	r	0,035	0,027	0,037	0,157	0,086
	p	0,879	0,906	0,873	0,498	0,711

r: correlation; p: p-value

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa analisis hubungan umur dan lama bekerja perawat dengan kepuasan kerja perawat terhadap sebelum dan setelah *test* diperoleh nilai $r < 0,26$ yang menunjukkan hubungan sangat lemah dan $p\text{-value} > 0,05$ yang berarti perbedaan tidak bermakna. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan secara bermakna antara usia dan lama bekerja dengan kepuasan kerja perawat Sebelum dan Setelah *test* pada kelompok kontrol.

- 4). Perbedaan karakteristik pendidikan dengan kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah *test* dalam kelompok kontrol.

Analisis hubungan karakteristik pendidikan dengan kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah *test* dalam kelompok kontrol disajikan pada tabel 5.14

Tabel 5.14
Perbedaan Karakteristik Perawat Menurut Pendidikan dengan Selisih
Kepuasan Kerja Perawat Sebelum dan Setelah *test*
di Kelompok Kontrol
Tahun 2008

Variabel		Pengemb. Karier	Penghargaan	Tantangan	Promosi	Pengakuan
Pendidikan	<i>p</i>	0,460	0,655	0,584	0,980	0,713

n=21

p: *p-value*

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa analisis perbedaan pendidikan perawat dengan kepuasan sebelum dan setelah *test* diperoleh *p-value* >0,05 yang berarti perbedaan tidak bermakna. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan secara bermakna pada pendidikan dengan kepuasan kerja perawat antara sebelum dan setelah *test* di kelompok kontrol.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini dijelaskan makna dari hasil penelitian dikaitkan dengan tujuan penelitian, perbandingan teori dengan hasil penelitian serta mengutarakan keterbatasan yang dialami peneliti selama melakukan penelitian.

A. Pembahasan Hasil Penelitian

Pembahasan hasil penelitian ini sesuai dengan tujuan dan kerangka konsep penelitian. Penelitian berfokus pada kepuasan kerja perawat sebagai pengaruh penerapan sistem jenjang karier dengan komponen pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat. Tingkat kepuasan kerja perawat sebelum intervensi dibandingkan dengan setelah penerapan sistem jenjang karier pada kelompok intervensi dan kepuasan kerja perawat awal (*pre test*) dan akhir (*post test*) pada kelompok kontrol di RS PGI "Cikini" Jakarta.

1. Perbedaan penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan) terhadap kepuasan kerja perawat.

Pengaruh penerapan sistem jenjang karier (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan) diidentifikasi dengan analisis perbedaan antara kepuasan kerja perawat sebelum penerapan sistem jenjang karier pada kelompok intervensi

dengan kepuasan kerja perawat awal di kelompok kontrol, perubahan kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah penerapan sistem jenjang karier di kelompok intervensi, perubahan kepuasan kerja perawat pada awal (*pre test*) dan akhir (*post test*) di kelompok kontrol serta perbedaan kepuasan kerja perawat setelah penerapan sistem jenjang karier di kelompok intervensi dengan kepuasan kerja perawat pada akhir (*post test*) di kelompok kontrol.

- a. Kesetaraan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan menantang, promosi dan mendapat pengakuan pada *pre test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tingkat kepuasan kerja perawat sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa *p-value* pengembangan karier, penghargaan dan pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan $> 0,05$ berarti tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Meskipun tidak ada perbedaan bermakna pada *pre test* ditinjau dari *p-value* tersebut, namun jika dilihat dalam tabel maka didapati perbedaan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat terhadap komponen pengembangan karier, penghargaan dan pekerjaan menantang, lebih tinggi tingkat kepuasan kerja perawat di RU (kelompok kontrol) dibandingkan dengan tingkat kepuasan kerja perawat di bagian H (kelompok intervensi). Sedangkan pada komponen kesempatan promosi dan pengakuan, nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat pada kedua kelompok adalah sama.

Nilai rata-rata lebih tinggi pada kelompok kontrol dibanding kelompok intervensi terhadap pengembangan karier: 21,4 : 20,7, penghargaan: 21,7 : 20,5 dan pekerjaan menantang: 18,2 : 17,8. Hal ini terjadi kemungkinan karena saat ini yang terjadi adalah bahwa:

1). Pengembangan karier.

Dari hasil wawancara dengan wakil bidang keperawatan tanggal 19 Juni 2008 Pk. 20.00 dikatakan bahwa pada kelompok kontrol memiliki peluang yang lebih tinggi untuk mengikuti pelatihan baik internal maupun eksternal dibanding kelompok intervensi.

2). Penghargaan

Selain yang berkaitan dengan kesempatan mengikuti pelatihan seperti diungkapkan di atas, maka perawat pada kelompok kontrol juga memperoleh insentif untuk pelayanan khusus.

3). Pekerjaan menantang

Pada kelompok kontrol kemungkinan untuk merasakan adanya pekerjaan menantang lebih dirasakan perawat karena sifat pelayanan khusus yang menangani tindakan dialisa dan menuntut ketrampilan serta ketelitian tinggi sehingga lebih memotivasi perawat untuk berusaha dan setelah berhasil maka tingkat kepuasan menjadi lebih tinggi.

Hal tersebut sesuai dengan teori jenjang karier perawat dan teori kepuasan kerja yang dikemukakan Van Maanem & Scheim dalam Marquis (2000), Pinfield dalam Ilyas (2001), Benner dalam Huber (2000), Robbins (2006), Siagian (2003), Sulistiyani & Rosidah (2003), Wijaya

(2003), Depkes RI (2004) & Depkes RI (2006), menyimpulkan lima pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat yakni pengembangan karier, penghargaan, tantangan kerja, promosi dan pengakuan. Dengan sistem jenjang karier karena adanya perencanaan karier, jalur karier yang telah disosialisasikan memungkinkan pemerataan kepuasan kerja perawat baik perawat di pelayanan khusus maupun bukan pelayanan khusus karena perawat telah merancang pembelajaran mandiri atau mengatur diri mencapai jenjang karier yang diinginkan.

- b. Perubahan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan menantang, promosi dan mendapat pengakuan antara sebelum dan setelah penerapan sistem jenjang karier perawat di kelompok intervensi.

Pada komponen pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat ditemukan hasil analisa yang menunjukkan bahwa *p-value* untuk semua komponen adalah $<0,05$ berarti ada perbedaan bermakna terhadap pengembangan karier, penghargaan dan pekerjaan menantang, jalur promosi dan pengakuan terhadap perawat antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi.

Terjadi peningkatan kepuasan kerja perawat yang sangat signifikan setelah pelatihan dan penerapan langsung sistem jenjang karier perawat pada kelompok intervensi. Hal ini sejalan dengan pendapat Craven dan Himle (2000) yang mengatakan bahwa penguasaan suatu pengetahuan dan

keterampilan, diperoleh melalui proses belajar atau suatu pengajaran teori maupun praktik. Mangkunegara (2001) & Mangkuprawira (2002) menyatakan bahwa aktivitas pengembangan staf meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan khusus sangat diperlukan untuk kelancaran pelaksanaan tugas secara berkesinambungan. Selanjutnya juga dikatakan bahwa pelatihan merupakan proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur sistematis dan terorganisir di mana staf mempelajari pengetahuan dan keterampilan teknis untuk tujuan yang telah ditentukan.

Berbagai jenis pelatihan dapat digunakan para profesional kesehatan, antara lain pelatihan profesional keperawatan yakni pelatihan terstruktur dalam pelatihan klinik pada mekanisme sistem jenjang karier. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam pelatihan menurut Mangkunegara (2001) & Mangkuprawira (2002) antara lain bahwa peserta memiliki motivasi yang tinggi untuk belajar, berpartisipasi aktif selama pelatihan, tujuan pelatihan yang jelas dan dapat diukur serta materi pelatihan pun sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.

Pada pelatihan dan penerapan sistem jenjang karier yang peneliti lakukan pada kelompok intervensi memberi kesan bahwa:

- 1). Menurut pengamatan pimpinan bidang keperawatan, peserta pelatihan memiliki motivasi yang tinggi untuk belajar. Hasil wawancara peneliti dengan peserta pelatihan menyatakan sangat senang mempelajari konsep serta mekanisme pelaksanaan sistem jenjang karier perawat dan

diharapkan sistem jenjang karier tersebut segera diterapkan di RS PGI “Cikini” Jakarta. Hampir semua peserta datang tepat waktu meskipun baru menyelesaikan tugas malam ataupun akan bertugas sore harinya, namun tetap aktif dan tertib mengikuti seluruh jadwal pelatihan dari awal hingga akhir

- 2). Partisipasi aktif dari peserta terlihat ketika tanya jawab, diskusi dan terutama pada saat penerapan langsung proses pembelajaran di ruangan sampai pelaksanaan uji kompetensi untuk kenaikan jenjang karier.
- 3). Tujuan pelatihan pada penelitian ini adalah agar peserta pelatihan lebih memahami lagi konsep dan mekanisme penerapan sistem jenjang karier perawat.
- 4). Materi pelatihan disesuaikan dengan tujuan yang hendak dicapai yaitu konsep sistem jenjang karier serta strategi pelaksanaan dan penerapan langsung sistem jenjang karier perawat pada kelompok intervensi.

Dari hasil analisa dan beberapa penjelasan di atas maka peneliti menyimpulkan bahwa penerapan sistem jenjang karier perawat pada penelitian ini sangat berpengaruh dalam peningkatan kepuasan kerja perawat pada kelompok intervensi. Peningkatan kepuasan kerja perawat sangat signifikan yakni meningkat 100-150% pada setiap komponen (pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat) dari sebelum kepada setelah penerapan sistem jenjang karier perawat. Peningkatan ini juga terjadi sesuai dengan teori kepuasan kerja yang didasari *Two Factor Theory*

yang dikemukakan Herzberg dalam Griffin (2004), *Equity Theory* yang dikembangkan Adams dalam Griffin (2004), *Discrepancy Theory* yang dikemukakan Porter dalam As'ad (2003) dan *Maslow's Hierarchy of Needs* yang dikemukakan Maslow dalam Griffin (2004) serta faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja yang dikemukakan Blum dalam As'ad (2003), Locke dalam As'ad (2003), Parasuraman (1990), Davis (1996), Wesley & Jackels dalam As'ad (2003), William dalam Kuswadi (2004), Muchlas (1999), Swansburg (2000), Arikhman (2001), Robbins (2006), Siagian (2002), As'ad (2003), Hasibuan (2003), Kuswadi (2004), Parwanto & Wahyudin (2008), Wikipedia Indonesia (2008) & Robbins dalam Wikipedia (2008). Kepuasan kerja memungkinkan timbulnya peningkatan produktifitas kerja sehingga mampu melakukan pekerjaan yang bermutu tinggi.

- c. Perubahan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan menantang, promosi dan mendapat pengakuan antara sebelum dan setelah *test* pada kelompok kontrol.

Perubahan tingkat kepuasan kerja perawat antara sebelum dan setelah *test* pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa pada komponen pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat terjadi perubahan yang bermakna dengan nilai *p-value* <0, 05. Perubahan tingkat kepuasan tersebut justru menurun setelah *test* sehingga lebih tinggi tingkat kepuasan kerja perawat pada sebelum *test* dibandingkan dengan setelah *test*. Pengaruh

perubahan tingkat kepuasan kerja perawat tersebut kemungkinan terjadi karena tidak dilakukan pelatihan dan penerapan sistem jenjang karier pada responden kelompok kontrol. Penurunan tingkat kepuasan terjadi pada semua komponen jenjang karier yakni pengembangan karier dengan nilai rata-rata 21,4 sebelum intervensi menjadi 19,2 setelah intervensi, penghargaan dengan nilai rata-rata 21,7 sebelum intervensi menjadi 19,9 setelah intervensi, pekerjaan yang bersifat menantang dengan nilai rata-rata 18,2 sebelum intervensi menjadi 16,7 setelah intervensi, kesempatan promosi dengan nilai rata-rata 24,2 sebelum intervensi menjadi 21,8 setelah intervensi dan pengakuan terhadap perawat dengan nilai rata-rata 22,4 sebelum intervensi menjadi 19,7 setelah intervensi.

Hasil ini sesuai dengan teori dua faktor yang dikemukakan Herzberg dalam Griffin (2004) bahwa situasi yang mengakibatkan ketidakpuasan atau *dissatisfier* berupa kebijakan dan administrasi organisasi, tehnik supervisi, gaji, hubungan interpersonal, kondisi pekerjaan dan status social. Hal ini juga sesuai dengan teori keadilan (*equity theory*) yang dikembangkan Adams dalam Griffin (2004) yang mengemukakan tentang seseorang merasa puas sepanjang mereka merasakan keadilan (*equity*). Perasaan adil dan ketidakadilan yang diperolehnya dibandingkan dengan yang diperoleh orang lain yang setara dengan dirinya. Demikian juga dengan teori perbedaan (*discrepancy theory*) dari Wanous dan Lawler dalam Griffin (2004) yang mengemukakan bahwa sikap seseorang terhadap pekerjaannya tergantung pada bagaimana ketidaksesuaian (*discrepancy*) yang dirasakan. Sedangkan

Griffin (2004) mengatakan bahwa kepuasan kerja tergantung pada perbedaan antara yang diharapkan dengan yang menurut perasaan atau persepsinya telah diperoleh atau dicapai melalui pekerjaannya. Seseorang akan merasa puas apabila tidak ada perbedaan negatif antara yang diharapkan dengan kenyataan.

2. Perbedaan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan menantang, promosi dan mendapat pengakuan terhadap perawat setelah penerapan sistem jenjang karier perawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Perbedaan tingkat kepuasan kerja perawat terhadap pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat setelah penerapan sistem jenjang karier perawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ditemukan bahwa *p-value* untuk semua komponen jenjang karier yakni pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat adalah $<0,05$. Dengan demikian dikatakan ada peningkatan yang bermakna antara tingkat kepuasan kerja perawat setelah intervensi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan tingkat kepuasan kerja perawat kelompok kontrol. Gibson (1996) menyatakan metode pengembangan produktivitas staf yang paling banyak digunakan adalah program yang dirancang untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan. Ia juga berpendapat bahwa pelatihan yang menggunakan metode demonstrasi atau penerapan langsung akan meningkatkan prestasi kerja seseorang.

Untuk lebih jelasnya maka peneliti menguraikan setiap komponen sistem jenjang karier yang diteliti yakni pengembangan karier, penghargaan, pekerjaan yang bersifat menantang, kesempatan promosi dan pengakuan terhadap perawat sebagai berikut:

- a. Pengembangan karier, nilai rata-rata pada kelompok intervensi 32,9 dan pada kelompok kontrol 19,2 dengan selisih kepuasan kerja 13,7 (meningkat 42%) pada kelompok intervensi.

Pengembangan karier perawat bermanfaat mengembangkan prestasi diri perawat tersebut, meminimalkan *turn over*, memotivasi pengembangan bakat, mengurangi subjektifitas dalam promosi, memberi kepastian karier di masa depan dan mendukung organisasi memperoleh perawat yang cakap dan trampil (Sulistiyani & Rosidah, 2003). Program pengembangan karier perawat didapat melalui diri perawat itu sendiri dan penilaian dari lingkungan kerjanya dengan analisis pekerjaan. Pimpinan yang merencanakan pengembangan karier perawatnya akan menghasilkan perawat yang termotivasi tinggi untuk berprestasi sesuai dengan jenjang yang diharapkannya

Menurut Van Maanem & Scheim dalam Marquis (2000) ada empat tingkatan program pengembangan karier yang berhasil yakni dengan memberikan kesempatan kepada perawat melalui tahap eksplorasi (pengenalan), tahap pengembangan awal (masa percobaan, memperbaiki penampilan), pengembangan awal (menambah pelatihan), evaluasi kemampuan diri, mempertahankan karier dan persiapan mengakhiri jabatan

Program pengembangan karier berawal dari diri perawat, diarahkan konselor/supervisor dan difasilitasi pimpinan rumah sakit.

- b. Pada komponen penghargaan, nilai rata-rata pada kelompok intervensi 32,5, sedangkan pada kelompok kontrol 19,6 dengan selisih kepuasan kerja 12,9 (meningkat 40%) pada kelompok intervensi.

Swansburg (2000) mengatakan bahwa sistem jenjang karier memungkinkan adanya penghargaan melalui pencapaian kompetensi yang diharapkan, sehingga berpengaruh pada kenaikan jenjang dan peningkatan penghasilan. Sistem jenjang karier memberi makna pengakuan dan penghargaan melalui peningkatan tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pemberian asuhan keperawatan. Selain itu seseorang pada jenjang tertentu dapat bertindak sebagai pelatih atau sebagai model peran bagi perawat yang belum berpengalaman (Cumming & Loveridge, 1996).

Memberikan kesempatan pada perawat melakukan tugas yang dimotivasi oleh peningkatan kariernya secara berkelanjutan adalah merupakan penghargaan yang akan mendorong dirinya untuk tetap lebih berprestasi dari waktu ke waktu. Kesadaran terhadap adanya harapan yang mungkin dicapainya dipadu dengan jalur yang tersedia bagi dirinya dari organisasi akan menuntun pada pencapaian harapan tersebut.

- c. Pada komponen pekerjaan yang menantang, nilai rata-rata pada kelompok intervensi 27,7 dan pada kelompok kontrol 16,7 dengan selisih kepuasan kerja 11 (meningkat 40%) kepuasan kerja pada kelompok intervensi.

Pada setiap jenjang karier perawat telah ditetapkan kompetensi yang diharapkan dan secara bertahap semakin kompleks, artinya semakin tinggi jenjang karier seseorang maka semakin besar tanggung jawabnya. Marquis (2000) mengemukakan bahwa pengalaman kerja terencana adalah suatu sarana pengembangan karier yang paling kuat melalui penugasan ke unit atau jenjang yang berbeda, rotasi atau mendapat kesempatan menjadi penanggung jawab. Situasi ini dapat menjadi tantangan bagi perawat untuk terus berkembang. Robbins (2006) berkata bahwa pekerjaan dengan sedikit tantangan akan menciptakan kebosanan, sebaliknya bila terlalu banyak tantangan dapat membuat frustrasi dan perasaan gagal. Umumnya pegawai akan mengalami rasa senang dan puas bekerja pada tantangan dengan tingkat sedang yakni tantangan kerja yang direncanakan dalam sistem jenjang karier.

- d. Pada komponen promosi, nilai rata-rata pada kelompok intervensi 36,9 dan pada kelompok kontrol 21,8 dengan selisih kepuasan kerja 15,1 (meningkat 41%) kepuasan kerja pada kelompok intervensi.

Hasibuan (2001) mengatakan bahwa promosi merupakan pemberian pengakuan dan kepercayaan terhadap kemampuan serta kecakapan karyawan menduduki jabatan yang lebih tinggi. Deckert et al (1984) & Ilyas (2001) juga berkata bahwa jenjang karier didasarkan pada daya saing klinik di mana seseorang memperoleh promosi ke jenjang yang lebih tinggi setelah

memenuhi kriteria yang ditentukan. Pemberian tanggung jawab yang lebih besar dalam tugas merupakan bentuk promosi horizontal (Hageman dalam Ilyas, 2001). Hasil penelitian Dweyer et al dalam Leo Bunga (2001), perawat dengan pilihan otonomi tinggi dan peningkatan jenjang karier akan menunjukkan peningkatan kepuasan kerja. Pernyataan ini diperkuat Benner (1984) bahwa promosi jenjang karier klinik adalah promosi yang tepat dan benar bukan sekedar kenaikan gaji namun dapat memberi tantangan baru dan variasi peran perawat sehingga mereka yang dipromosikan adalah seseorang yang telah menunjukkan kinerja baik.

- e. Pada komponen pengakuan, nilai rata-rata pada kelompok intervensi 32,2, sedangkan pada kelompok kontrol 19,7 dengan selisih kepuasan kerja 12,5 (meningkat 39%) kepuasan kerja kelompok intervensi.

Tomey (1996) mengatakan bahwa sistem jenjang karier menciptakan pengakuan tentang keunggulan klinik. Hal ini didukung Bener (1984) & Kron (1987) bahwa sistem jenjang karier perawat meningkatkan pengakuan profesi lain terhadap peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada klien. Perawat memperoleh kepuasan kerja dalam pembelajaran ketrampilan baru dan menerima pengakuan yang didasarkan pada kinerja dan kemampuan kariernya. Robbins (2006) mengatakan bentuk pengakuan yang efektif adalah memberi kesempatan berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan, peningkatan kewenangan dan otonomi terhadap kehidupan kerja mereka. Dengan demikian perawat yang memiliki

kinerja baik perlu mendapat pengakuan dari pihak manajemen untuk mempertahankan bahkan meningkatkan kinerjanya.

3. Hubungan karakteristik perawat dengan selisih kepuasan kerja perawat antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Hasil analisis uji korelasi Pearson untuk variabel usia dan lama bekerja pada kedua kelompok diperoleh nilai r adalah $<0,26$ dengan $p\text{-value} > 0,05$. Demikian juga dengan karakteristik pendidikan yang dianalisis dengan uji *one way Anova* diperoleh hasil $p\text{-value} > 0,05$. Dengan demikian dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dan lama bekerja dan tidak ada perbedaan yang bermakna pada tingkat pendidikan dengan perubahan tingkat kepuasan kerja perawat sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

B. Kesimpulan Hasil Penelitian

1. Kepuasan kerja perawat meningkat secara signifikan terhadap penerapan sistem jenjang karier di bagian H. Selama peneliti melaksanakan penelitian, peneliti memperhatikan motivasi dan semangat kerja perawat (responden) yang begitu tinggi pada kelompok intervensi. Di samping responden melakukan tugas asuhan klien secara rutin maka responden juga mengikuti pelatihan dan program pembelajaran serta mempersiapkan diri untuk uji kompetensi dengan baik. Pernyataan-pernyataan lisan dari responden mengatakan bahwa sangat menyenangkan bekerja dengan proses pembelajaran dan peningkatan

pengetahuan yang dipacu untuk kenaikan jenjang karier. “Dengan menyegarkan ilmu pengetahuan yang *up to date* maka kami merasa lebih percaya diri merawat klien yang saat ini semakin bersifat kritis”.

2. Pelaksanaan jenjang karier tetap dibantu dan dipantau pimpinan dan komite keperawatan. Dalam presentasi-presentasi yang dilakukan N2 serta uji praktik kompetensi N1 selalu diikuti pimpinan bidang dan komite keperawatan. Pimpinan unit/ruangan lainnya yang diundang pada saat presentasi dalam rangka uji kompetensi N2 memberikan respons lisan bahwa mekanisme tersebut sangat membantu untuk memotivasi perawat belajar secara terus menerus dan yakin akan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan terhadap klien.
3. Dengan melihat hasil penelitian tersebut maka pimpinan bidang keperawatan mengajukan kembali permohonan kepada pimpinan rumah sakit untuk mengeluarkan SK pelaksanaan sistem jenjang karier perawat, namun pimpinan rumah sakit memberi saran kepada pimpinan bidang keperawatan untuk mengeluarkan SK pelaksanaan uji coba sistem jenjang karier tersebut dari Kepala Bidang Keperawatan. Uji coba ini akan dilaksanakan terhadap semua tenaga perawat yang bertugas di bidang keperawatan RS PGI “Cikini” Jakarta. Setelah satu tahun akan dilakukan evaluasi terhadap pengaruh penerapan sistem jenjang karier tersebut terhadap kepuasan kerja perawat dan mutu pelayanan keperawatan.
4. Surat Keputusan tentang pelaksanaan sistem jenjang karier perawat RS PGI “Cikini” telah diterbitkan yakni nomor. 40/SK/Kabid.Kep/VI/2008. Saat ini

masih berlangsung proses pembentukan tim kurikulum dan jadwal pembelajaran menurut spesifikasi unit pelayanan keperawatan di RS PGI "Cikini" Jakarta.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini terlaksana dengan keterbatasan sebagai berikut:

1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian dibuat dan dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan memperhatikan berbagai konsep dan teori dari variable yang diteliti. Ketepatan menyusun pernyataan/pertanyaan sangat dipengaruhi oleh kemampuan peneliti mempersepsikan pernyataan/pertanyaan tersebut. Peneliti menyadari keterbatasan membuat instrumen yang mampu mengkaji secara sempurna tentang pengaruh kepuasan kerja perawat terhadap penerapan sistem jenjang karier. Untuk ini maka peneliti telah melakukan uji coba kuesioner di RS Atmajaya Pluit Jakarta.

2. Variabel Yang Diteliti

Pengaruh kepuasan kerja perawat terhadap penerapan sistem jenjang karier dapat dipengaruhi banyak faktor. Namun karena keterbatasan penelitian ini sehingga tidak menganalisa variabel-variabel lain yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja perawat terhadap penerapan sistem jenjang karier seperti tingkat pemahaman responden terhadap teori dan mekanisme penerapan sistem jenjang karier serta variabel psikologis seperti motivasi dan alasan mengapa ingin menggunakan sistem jenjang karier.

3. Lokasi tempat kedua kelompok responden yang berdekatan

Penurunan kepuasan kerja perawat kelompok kontrol setelah intervensi pada kelompok intervensi kemungkinan terjadi karena lokasi kedua kelompok berdekatan. Pada penelitian ini situasi tersebut menjadi keterbatasan penelitian karena responden terkontaminasi dengan informasi dari kelompok intervensi yang mempengaruhi emosional/psikologis kelompok kontrol.

4. Situasi dan Kondisi Pelatihan serta Penerapan Sistem Jenjang Karier

Informasi tentang situasi dan kondisi pelatihan yang peneliti dapatkan melalui wawancara dengan responden, umumnya responden merasa senang mengikuti pelatihan dan penelitian, namun terlihat lelah akibat tugas malam atau sore. Pimpinan ruangan telah berusaha mengatur jadwal, namun karena keterbatasan tenaga maka pada saat pelatihan responden tetap ada yang jaga malam atau sore.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan hasil penelitian maka peneliti membuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Terjadi peningkatan kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan yang menantang, promosi dan mendapat pengakuan antara *pre* dan *post test* pada kelompok intervensi.
2. Terjadi peningkatan kepuasan kerja perawat terhadap kesempatan mengembangkan karier, merasakan penghargaan, kesempatan menghadapi pekerjaan yang menantang, promosi dan mendapat pengakuan setelah penerapan sistem jenjang karier perawat pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tanpa intervensi.
3. Tidak ada hubungan atau perbedaan yang bermakna antara karakteristik perawat meliputi usia, lama bekerja dan pendidikan dengan selisih kepuasan kerja perawat baik sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
4. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa perawat di RS PGI "Cikini" membutuhkan sistem jenjang karier perawat untuk segera dilaksanakan dengan harapan meningkatkan kepuasan kerja perawat yang akan berpengaruh pada profesionalisme praktik keperawatan perawat serta berpengaruh pada mutu pelayanan keperawatan klien.

B Saran

1. Untuk Pimpinan Rumah Sakit

- a. Pimpinan rumah sakit diharapkan membuat program terpadu antara PPSDM, Personalia, Komite Keperawatan (Sub Komite Kredensial) dan Diklat Bidang Keperawatan untuk pengembangan sumber daya tenaga perawat mulai dari pengenalan karier, perencanaan dan pengembangan karier perawat.
- b. Perlu aktif mengevaluasi pelaksanaan sistem jenjang karier perawat berdasarkan SK Kepala Bidang Keperawatan yang direncanakan akan dievaluasi setelah satu tahun pelaksanaan sistem jenjang karier tersebut.

2. Pimpinan Pelayanan Keperawatan

- a. Perlu terus termotivasi untuk semangat dan berupaya serta bekerja sama dengan semua anggota tim pelaksana sistem jenjang karier yang telah dibentuk baik dari komite maupun bidang keperawatan.
- b. Perlu mengevaluasi dan mengembangkan kurikulum pembelajaran serta alur dan mekanisme secara komprehensif dan spesifik bagi masing-masing unit pelayanan keperawatan di RS PGI "Cikini" Jakarta.
- c. Meyakinkan pimpinan melalui peningkatan kinerja perawat melalui jenjang karier karena dalam sistem jenjang karier perawat pengembangan karier dapat direncanakan, merasakan adanya penghargaan bagi perawat, mendapat kesempatan mengalami pekerjaan yang menantang, ada jalur promosi dan ada pengakuan terhadap perawat.

3. Kepentingan Ilmu Keperawatan

- a. Hasil penelitian ini diharapkan memberi informasi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya terkait pengelolaan sistem jenjang karier perawat.
- b. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa program studi pasca sarjana keperawatan angkatan selanjutnya yang berminat melakukan penelitian lanjut terkait pembinaan karier perawat dan sistem penghargaan dengan kepuasan kerja perawat.

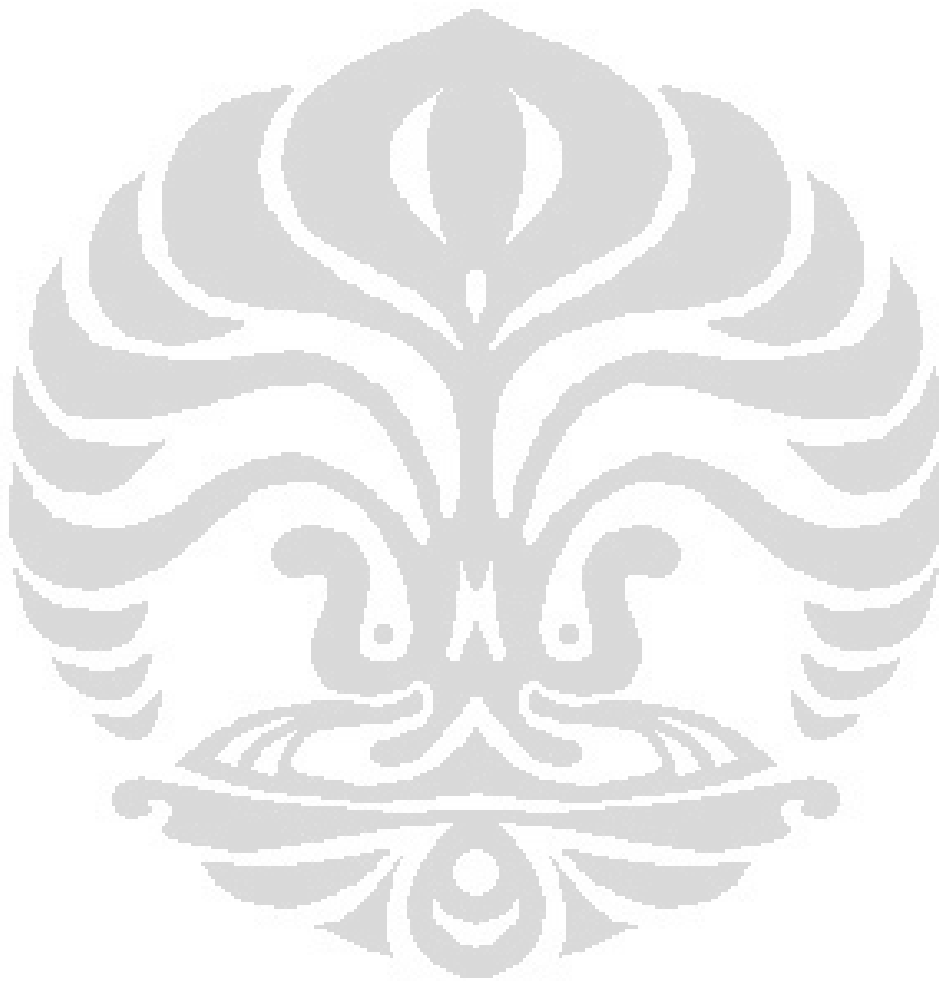
4. Kepentingan Penelitian

- a. Hasil penelitian ini dapat memberi gambaran nyata kepada peneliti tentang pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat.
- b. Penelitian ini bermanfaat dalam manajemen keperawatan yang mau melakukan penelitian lanjut tentang jenjang karier perawat dan kepuasan kerja perawat
- c. Hasil penelitian ini diharap memberi sumbangan pemikiran untuk melaksanakan penelitian lanjut tentang pengaruh penerapan sistem jenjang karier perawat terhadap mutu pelayanan keperawatan dengan pendekatan *action research* sebagai tindak lanjut dari pelaksanaan sistem jenjang karier perawat saat ini agar dapat mengevaluasi serta memperbaiki model dan mekanisme sistem jenjang karier perawat untuk masa yang akan datang.

5. Organisasi PPNI

Sistem jenjang karier perawat di Indonesia telah dimulai oleh PPNI dan menjadi panduan bagi beberapa rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan sistem jenjang karier perawat di rumah sakit tersebut. PPNI perlu terus mengevaluasi dan mengembangkan mekanisme sistem jenjang karier tersebut agar semakin

terorganisir dan bermanfaat untuk menjaga dan mengembangkan profesionalisme perawat di Indonesia.



DAFTAR PUSTAKA

- As'ad (2003). *Seri ilmu sumber daya manusia: Psikologi industri*. Cetakan kesembilan. Yogyakarta: Liberty.
- Blum, M.L. & Naylor, J.C. (1986). *Industrial psychology: Its theoretical and social foundation*. New York: Harper & Row.
- Chanafie D. (2005). *Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang jenjang karier dengan kepuasan kerja di RSUD "Budhi Asih" Jakarta*. Tesis. Jakarta: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design: Pendekatan kualitatif & kuantitatif*. (KIK UI angkatan III, IV & Khabibah N., penerjemah). Edisi kedua/edisi revisi. Jakarta: KIK UI Press. (Sumber asli diterbitkan 1994).
- Cumming & Loveridge (1996). *Nursing management in the new paradigm*. Maryland: Aspen Publication Inc.
- Davis, K. & Newstrom (1985). *Human behaviour at work: Organizational behaviour*, 7th ed. Jakarta: Erlangga.
- Departemen Kesehatan RI (1999). *Pedoman uraian tugas tenaga perawat di rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI (2000). *Kebijakan pengembangan tenaga kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI (2003). *Indikator indosehat Pedoman uraian tugas tenaga perawat di rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karier profesional perawat*. Jakarta: Depkes RI.
- Gibson, et al dalam Dharma A. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktur, proses*. Cetakan kesembilan. Jakarta: Erlangga.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: A system approach*. Third edition. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Girsang, O. (2006). *Analisis kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit PGI "Cikini" Jakarta*. Tesis. Jakarta: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Griffin, R.W. (2004). *Manajemen*, judul asli: Management, alih bahasa: Gina Gania, edisi ketujuh, jilid 2, Jakarta: Erlangga.

- Handiyani, H. (2006). *Panduan penulisan ilmiah. Program pasca sarjana*. Jakarta: FIK UI, Jakarta, Indonesia.
- Handoko, T.H. (1999). *Manajemen personalia dan sumber daya manusia*. Edisi kedua. Yogyakarta: BPEE.
- Hariningsih, W. (2008). *Implementasi kinerja perawat di rumah sakit, pendidikan dan komunitas*. Diambil tanggal 31 Januari 2008 di <http://www.pelkesi.or.id>
- Harley, (1980 dalam Sipahutar, M.A. (2008). *Keperawatan profesional*. Diambil pada tanggal 22 November 2007 dari <http://www.google.wikipedia>
- Hasibuan, H.H.S.P. (2003). *Manajemen sumber daya manusia*. Edisi revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hastono, S.P. (2001). *Analisis data*. Modul. Depok: FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Hidayat, A.A.A (2007). *Riset keperawatan dan tehnik penulisan ilmiah*. Edisi kedua. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A.A.A (2007). *Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisis data*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Huber, d. (2000). *Leadership and nursing care management*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hutabarat, L. & Kusnanto, H. (2007). *Persepsi pengembangan karier perawat: Studi kasus di RSUD Abepura*. Diambil tanggal 31 Januari 2008 di <http://www.lrc.kmpk.ugm.ac.id>
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: Teori, penilaian dan penelitian*. Cetakan ketiga. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit: Teori, metoda dan formula*. Cetakan kedua. Depok: FKM UI.
- Indraswati, T.R. (2007). *Pendapat tentang dampak aplikasi sistem jenjang karier perawat di RS Atmajaya Jakarta*. Komunikasi personal, 6 Desember 2007 di Jakarta: RS PGI "Cikini" Jakarta.
- Kron, T. (1987). *The management of patient care: Putting leadership skills to work*. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Kuswadi (2005). *Cara mengukur kepuasan karyawan*. Cetakan kedua. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

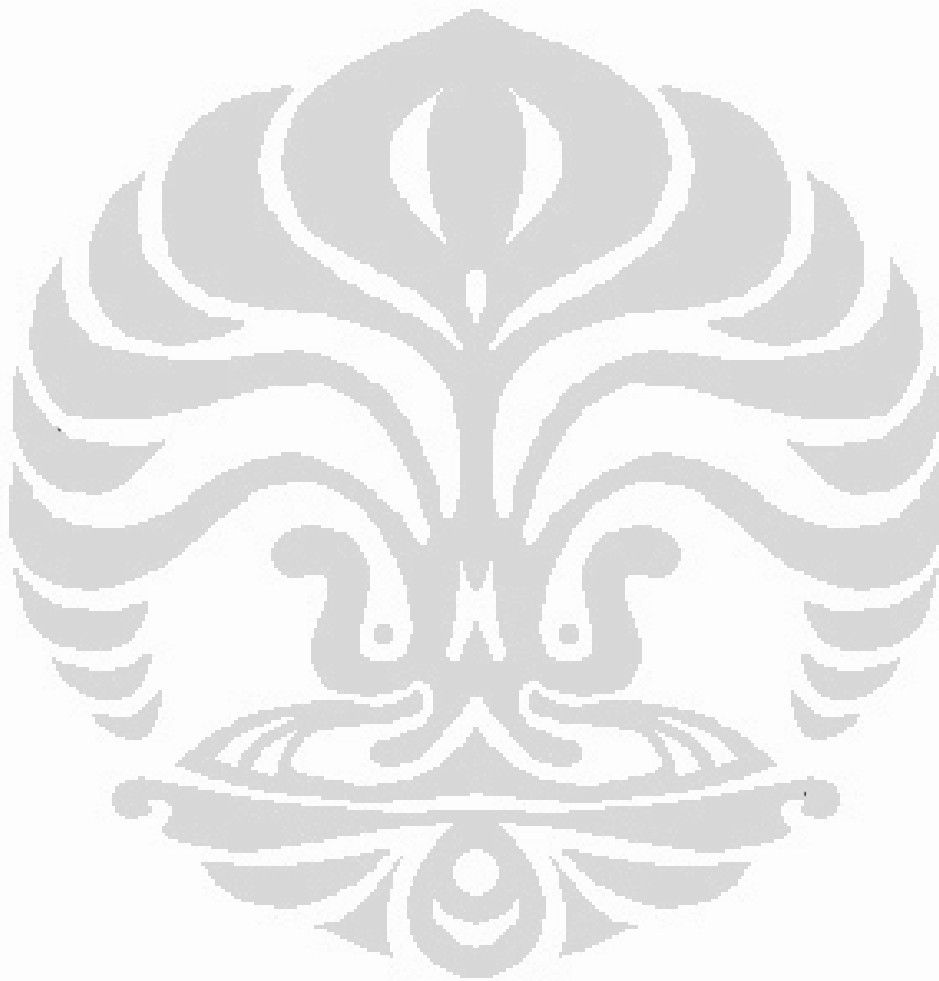
- Mangkunegara, A.P. (2000). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: PT. Remaja Kosdokarya
- Mangkuprawira, ST. (2002). *Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Marquis, B.L & Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management function in nursing: Theory application*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Mariner, T. (1996). *Guide to nursing management*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Marrelli, T.M. (1993). *The nurse manager's survival guide: Practical answers to everyday problems*. USA: Mosby.
- Mockijat (2007). *Pengembangan dan penilaian hasil kerja*. Cetakan kesatu. Bandung: Sumber Indah.
- Muchlas, M. (1999). *Perilaku organisasi*. Yogyakarta: Aditya Media.
- Mulyadi (2007), *Sistem Terpadu Pengelolaan Kinerja Personel Berbasis Balanced Scorecard*. Cetakan pertama. Yogyakarta: UPP STIM YKPN
- Munandar, A.S.. (2004). *Psikologi industri dan organisasi*. Jakarta: UI-Press.
- Pabundu T. (2006). *Budaya organisasi dan peningkatan kinerja perusahaan*. Cetakan pertama. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Parasuraman, et al. (1990). *Delivery quality service: Balancing costumer perception and expectations*. New York: The Fee Pers.
- Parwanto & Wahyuddin, (2008). *Pengaruh faktor-faktor kepuasan kerja terhadap kinerja karyawan pusat pendidikan komputer akutansi IMKA di Surabaya*. Diambil tanggal 31 Januari 2008 di <http://www.lrc.kmpk.ugm.ac.id>
- Porter, O.G., Timothy, Finnigon & Sharon (1984). *Shared government for nursing: A creative approach to professional accountability*. Maryland: Aspen Publication.
- Praptianingsih, S. (2006). *Kedudukan hukum perawat dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit*. Edisi 1. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Prayetni & Tetuko, B. (2008). *Sering pindah tugas menghambat perawat berspesialisasi*. Diambil tanggal 31 Januari 2008 di <http://www.jawapos.co.id>.
- Rachmat, R.H.H. (2006). *Perencanaan SDM kesehatan secara nasional dalam kaitannya dengan pengembangan tenaga perawat*. Bahan kuliah. Jakarta: FIK UL Tidak dipublikasikan.

- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*. (Molan B., penerjemah). Edisi kesepuluh/edisi bahasa Indonesia. PT Indeks kelompok Gramedia. (Sumber asli diterbitkan 2003).
- Sabri, L. & Hastono, S.P. (1999). (Eds). *Modul (MA 2600) biostatistik & statistik kesehatan*. Depok: Program pasca sarjana program studi IKM UI jurusan kependudukan & biostatistik FKM UI
- Siagian, S. (2002). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan kesembilan. Jakarta: P.T. Bumi Aksara.
- Siagian, S.P. (2004). *Teori motivasi dan aplikasinya*. Cetakan ketiga. Jakarta: PT Andi Mahasatya.
- Sitinjak, L. (2007). *Laporan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di RS PGI "Cikini" Jakarta*. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sitompul, R. (2002). *Laporan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di RS PGI "Cikini" Jakarta*. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Soepto, B.W dkk. (2002). *Paradigma baru manajemen sumber daya manusia*. Yogyakarta: Amara Books.
- .Stamps, P.L. (1997). *Nurses and work satisfaction: An index for measurement*. Chicago: Health administration Press Chicago Millionis.
- Sugiyono (2005). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: C.V. Alfabeta
- Sulistiyani, A.T. & Rosidah (2003). *Manajemen sumber daya manusia: Konsep, teori dan pengembangan dalam konteks organisasi publik*. Cetakan pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sumarsono, S. (2004). *Metode riset sumber daya manusia*. Edisi pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Susana A. (2007). *Pengalaman tentang aplikasi sistem jenjang karier perawat di RS "Immanuel" Bandung*. Komunikasi personal dalam studi banding, 1 November 2007 di Bandung: RS "Immanuel" Bandung.
- Swansburg, A.C. (1996). *Management and leadership for nurse managers*. London England: Jones and Bartlett Publishers International.
- Tappen, R.M. (1993). *Nursing leadership and management: Concept and practice*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tjiptono, F. (1997). *Prinsip total quality service*. Yogyakarta: Penerbit Andi Yogyakarta.

Umar, H. (1997). *Riset sumber daya manusia dalam organisasi*. Jakarta: PT. Gramedia.

Vecchio, R.P. (1995). *Organizational behaviour*. 3rd ed.. Orlando: Harcourt Brace College publishers.

Wijaya (2000). *Statistika non parametrik (aplikasi program SPSS)*. Cetakan pertama. Bandung: Alfabeta.





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 390 /PT02.H4.FIK/I/2008
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

14 Februari 2008

Yth. Direktur
RS. PGI Cikini
Jl. Raden Saleh
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Thesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Labora Sitinjak
0606027064

akan mengadakan penelitian dengan judul : "Dampak Aplikasi Sistem Jenjang Karier Terhadap Kepuasan Kerja Perawat di RS. PGI Cikini Jakarta".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. PGI. Cikini Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Prof. Dra. Elly Nurachmah, D.N.Sc
NIP. 140 053 336

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan Akademik FIK-UI
2. Direktur PPSDM RS. PGI. Cikini
3. Direktur Medis RS. PGI Cikini
4. Kepala Bidang Keperawatan RS. PGI Cikini
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Thesis"
8. Pertinggal



**DIREKTORAT
PEMBINAAN & PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA
RUMAH SAKIT PGI CIKINI**

Jalan Raden Saleh No. 40 Jakarta 10330 - INDONESIA
Telp / Fax : 021 - 3927540 (Direct); 021 - 23550182 (Hunting); Ext. 249; 334
e-mail : ppsdm@rscikini.com

No : 42/Ext/PPSDM/IV/08
Hal : Izin Penelitian

Jakarta, 2 April 2008

Kepada Yth
Prof.Dra.Elly Nurachmah,D.N.Sc
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Jakarta

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 390/PTO2.H4.FIK/II/2008 tertanggal 14 Pebruari 2008 tentang : Permohonan ijin penelitian di RS PGI Cikini bagi mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan UI yang bernama : Labora Sitinjak (0606027064), maka bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya permohonan saudara dapat kami terima.

Perlu kami sampaikan bahwa sesuai dengan ketentuan yang berlaku bahwa biaya administrasi penelitian sebanyak Rp.1.000.000,- (satu juta rupiah) dan kami mohon agar biaya tersebut dapat dibayar pada awal kegiatan penelitian.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,



dr. Poltak Hutagalung, MBA
Direktur

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian: “Dampak Aplikasi Sistem Jenjang Karier Terhadap Kepuasan Kerja Perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta”.

Teman sejawat yang saya hormati.

Dalam rangka kegiatan penelitian, bersama ini saya: **Labora Sitinjak**, NPM: 0606027064, mahasiswa Magister Keperawatan FIK-UI, memohon kesediaan rekan-rekan untuk mengisi kuesioner penelitian ini dengan jujur dan apa adanya. Kuesioner ini tidak bertujuan menilai kinerja dan pengetahuan rekan-rekan, tetapi untuk memperoleh gambaran yang tepat tentang dampak aplikasi jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh.

Atas kesediaan dan partisipasi rekan sejawat, saya sampaikan banyak terimakasih.

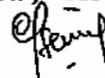
Jakarta, Februari 2008
Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan di atas, saya sebagai perawat kepala ruangan di bagian “H” RS PGI “Cikini” Jakarta yang akan mewakili seluruh perawat di ruang rawat inap bagian “H” telah memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak kami sebagai responden dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif terhadap diri kami. Saya mengetahui bahwa keikutsertaan kami dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RS PGI “Cikini” Jakarta.

Dengan saya menandatangani surat persetujuan ini, maka kami menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, Februari 2008



(Sr. Kristine Sinuraya, S. Kep., Ns)

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian: "Dampak Aplikasi Sistem Jenjang Karier Terhadap Kepuasan Kerja Perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta".

Teman sejawat yang saya hormati.

Dalam rangka kegiatan penelitian, bersama ini saya: **Labora Sitinjak**, NPM: 0606027064, mahasiswa Magister Keperawatan FIK-UI, memohon kesediaan rekan-rekan untuk mengisi kuesioner penelitian ini dengan jujur dan apa adanya. Kuesioner ini tidak bertujuan menilai kinerja dan pengetahuan rekan-rekan, tetapi untuk memperoleh gambaran yang tepat tentang dampak aplikasi jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh.

Atas kesediaan dan partisipasi rekan sejawat, saya sampaikan banyak terimakasih.

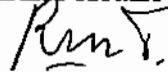
Jakarta, Februari 2008
Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan di atas, saya sebagai perawat kepala ruangan di bagian "RU" RS PGI "Cikini" Jakarta yang akan mewakili seluruh perawat di bagian "RU" telah memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak kami sebagai responden dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif terhadap diri kami. Saya mengetahui bahwa keikutsertaan kami dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RS PGI "Cikini" Jakarta.

Dengan saya menandatangani surat persetujuan ini, maka kami menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, Februari 2008



(Sr. Riana Tambunan, SMIP)

INSTRUMEN PENELITIAN

“Pengaruh Penerapan Sistem Jenjang Karier Terhadap Kepuasan Kerja Perawat di RS PGI “Cikini” Jakarta”

Kuesioner A

Data Karakteristik Individu Perawat

Petunjuk:

Isilah pertanyaan di bawah dan beri tanda cek (√) pada kolom jawaban yang tersedia

1. Nomor Kode : (Diisi peneliti)
2. Usia : tahun
3. Pendidikan terakhir : SPK
 DIII Keperawatan
 SI Keperawatan/SI Kesehatan Masyarakat
4. Lama Bekerja : tahun
5. Tempat Kerja : "H" "RU"

Kuesioner B1

Petunjuk:

1. Pernyataan di bawah menggambarkan persetujuan atau ketidaksetujuan saudara terhadap penerapan sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta. Silahkan membaca pernyataan dengan baik sebelum memberi jawaban yang paling sesuai bagi saudara.
2. Bubuhkan tanda ✓ pada kolom yang saudara anggap paling benar.
3. Semua pernyataan mohon diisi tanpa meminta pendapat orang lain.

- Bubuhi ✓:
- 1: Jika saudara menganggap sangat tidak setuju (STS)
 - 2: Jika saudara menganggap tidak setuju (TS)
 - 3: Jika saudara menganggap agak setuju (AS)
 - 4: Jika saudara menganggap setuju (S)
 - 5: Jika saudara menganggap sangat setuju (SS)

No.	Pernyataan	STS (1)	TS (2)	AS (3)	S (4)	SS (5)
1.	Bagi saya perlu pelaksanaan sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta.					
2.	Bagi seluruh perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta perlu dilaksanakan sistem jenjang karier perawat.					
3.	Penerapan sistem jenjang karier bermanfaat memberi kesadaran bagi perawat untuk belajar secara berkesinambungan.					
4.	Penerapan sistem jenjang karier bermanfaat untuk memberikan kredibilitas perawat dalam praktik keperawatannya.					
5.	Penerapan sistem jenjang karier perawat untuk menjaga kualitas kompetensi keperawatan dalam pelayanan.					
6.	Saya kecewa apabila tidak dibuat rencana pengembangan karier perawat memungkinkan perawat termotivasi untuk mengembangkan kariernya					
7.	Perlu diadakan informasi tentang jalur pengembangan karier perawat demi pengembangan karier secara berkesinambungan.					
8.	Informasi tentang perencanaan karier perawat perlu diadakan.					
9.	Mekanisme pemberian penghargaan perlu ditata berdasarkan persyaratan/kriteria yang ditetapkan sehingga mobilitas karir berfungsi dengan baik dan benar					

No.	Pernyataan	STS (1)	TS (2)	AS (3)	S (4)	SS (5)
10.	Pemberian penghargaan bagi perawat berarti ada pemberian tanggung jawab yang jelas dalam tugas serta peningkatan penghasilan.					
11.	Sistem penghargaan yang tidak adil akan menurunkan motivasi kerja.					
12.	Melalui sistem jenjang karier perawat mendapatkan penghargaan yang objektif.					
13.	Perawat perlu merasakan penghargaan yang diberikan oleh organisasi/atasan.					
14.	Membosankan apabila pekerjaan terus menerus rutin tanpa menghadapi pekerjaan yang menantang.					
15.	Pekerjaan yang menantang dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan pengetahuan keperawatan.					
16.	Perlu diadakan peluang menghadapi pekerjaan yang menantang.					
17.	Pada sistem jenjang karier ada jalur untuk promosi perawat ke jenjang yang lebih tinggi.					
18.	Saya merasa kecewa apabila pimpinan tidak merencanakan jalur promosi bagi perawat untuk mendapatkan kesempatan promosi ke jenjang yang lebih tinggi.					
19.	Perlu disediakan jalur promosi ke jenjang yang lebih tinggi.					
20.	Sistem jenjang karier akan menata sistem promosi berdasarkan persyaratan/kriteria yang ditetapkan agar mobilitas karir berfungsi dengan baik dan benar					
21.	Pada sistem jenjang karier perawat ada kepercayaan/pengakuan yang diberikan untuk melaksanakan tugas sesuai dengan jenjang kliniknya					
22.	Dalam penerapan sistem jenjang karier perawat, perawat dilibatkan untuk berpartisipasi membuat keputusan dalam pelaksanaan tugas sesuai dengan wewenang dalam jenjang klinik perawat.					
23.	Perlu diberi pengakuan terhadap pelaksanaan tugas dalam jenjang klinik.					
24.	Sistem jenjang karier perawat bermanfaat untuk meningkatkan tumbuh kembang profesionalisme perawat					
25.	Sistem jenjang karier perawat bermanfaat memberi kesempatan untuk kemajuan profesional dalam posisi asuhan langsung pasien					

Kuesioner B2

Petunjuk:

1. Pernyataan di bawah menggambarkan dengan tepat bagaimana penting dan tidak pentingnya setiap fitur di bawah ini. Silahkan membaca pernyataan/fitur dengan baik sebelum memberi jawaban yang paling sesuai bagi saudara.
2. Bubuhkan tanda ✓ pada kolom yang saudara anggap paling benar.
3. Semua pernyataan mohon diisi tanpa meminta pendapat orang lain.

Bubuhi ✓: 1: Jika saudara menganggap sangat tidak penting (STP)
2: Jika saudara menganggap tidak penting (TP)
3: Jika saudara menganggap agak penting (AP)
4: Jika saudara menganggap penting (P)
5: Jika saudara menganggap sangat penting (SP)

No.	Pernyataan	STP (1)	TP (2)	AP (3)	P (4)	SP (5)
1.	Saya merasa penting diadakan pimpinan jalur terhadap pengembangan karier perawat					
2.	Saya merasakan penting diadakan mekanisme pemberian penghargaan bagi perawat					
3.	Saya merasakan penting diadakan peluang-peluang atau kesempatan-kesempatan untuk perawat menghadapi pekerjaan yang semakin menantang sesuai dengan jenjang kliniknya					
4.	Saya merasa penting diadakan jalur untuk promosi perawat ke jenjang yang lebih tinggi.					
5.	Saya merasakan perlu diberikan pengakuan bagi perawat dalam melaksanakan tugas sesuai dengan jenjang kliniknya					

Kuesioner R3

Petunjuk:

1. Pernyataan di bawah menggambarkan dengan tepat bagaimana tingkat kepuasan atau ketidakpuasan saudara terhadap pernyataan/fitur di bawah ini. Silahkan membaca pernyataan/fitur dengan baik sebelum memberi jawaban yang paling sesuai bagi saudara.
2. Bubuhkan tanda ✓ pada kolom yang saudara anggap paling benar.
3. Semua pernyataan mohon diisi tanpa meminta pendapat orang lain.

Bubuhi ✓: 1: Jika saudara menganggap sangat tidak puas (STPu)
2: Jika saudara menganggap tidak puas (TPu)
3: Jika saudara menganggap agak puas (APu)
4: Jika saudara menganggap puas (Pu)
5: Jika saudara menganggap sangat puas (SPu)

No.	Pernyataan	STPu (1)	TPu (2)	APu (3)	Pu (4)	SPu (5)
1.	Saya merasa puas karena pimpinan telah mengadakan jalur pengembangan karier perawat					
2.	Saya merasakan adanya mekanisme pemberian penghargaan bagi perawat					
3.	Saya merasakan adanya kesempatan menghadapi pekerjaan yang menantang atau kompleks sesuai dengan jenjang kliniknya					
4.	Saya merasa puas terhadap diadakannya jalur untuk promosi perawat ke jenjang yang lebih tinggi.					
5.	Saya merasakan adanya pengakuan bagi perawat untuk melaksanakan tugas sesuai dengan jenjang kliniknya					

**KUMPULAN HANDOUT MATERI
UJI KOMPETENSI N1 & N2 DENGAN BEBERAPA TAMBAHAN
PATOFLODIAGRAM PENYAKIT
BAGIAN "H" RS PGI "CIKINI" JAKARTA**



**Disusun oleh:
Labora Sitinjak**

**Disampaikan Pada Uji Kompetensi Dalam Aplikasi
Sistem Jenjang Karier Perawat N1 & N2
Di RS PGI "Cikini" Jakarta
2008**

**KERANGKA ACUAN PELATIHAN DAN PENERAPAN
SISTEM JENJANG KARIER PERAWAT
DI RUANG RAWAT INAP "H" RS PGI CIKINI, JAKARTA**



**OLEH:
LABORA SITINJAK
0606027064**

**(Mahasiswa Program Magister Keperawatan FIK-UI) dan
Bidang Keperawatan RS PGI "Cikini" Jakarta
April – Juni 2008**

A. PENDAHULUAN

Rumah Sakit PGI "Cikini" Jakarta memiliki visi pelayanan holistik dengan sentuhan kasih. Hal ini dipaparkan juga dalam misi rumah sakit yakni pelayanan terpadu dan memandang manusia secara utuh baik fisik, mental, sosial dan spiritual meliputi pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan berkualitas yang ingin diberikan kepada pelanggan berdasarkan perikemanusiaan sesuai azas ketuhanan Yang Maha Esa sebagai wujud kesaksian iman dalam upaya pembangunan dan peningkatan derajat kesehatan optimal bagi masyarakat.

RS PGI "Cikini" Jakarta terus berupaya mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan agar tetap *survive* bahkan terus menerus melakukan pengembangan pelayanan secara kuantitas dan kualitas. Selain pelayanan kesehatan umum dan pelayanan spesialisik ginjal, maka pada akhir 2007 pimpinan rumah sakit memutuskan mengembangkan pelayanan spesialisik neurologi khususnya pelayanan terhadap pasien dengan penyakit stroke dan telah diresmikan Ibu Hj. Ani Bambang Yudhoyono bersama dengan Menkes RI pada hari Jumat, 6 Juni 2008. Pengembangan pelayanan berkualitas tersebut membutuhkan penyediaan berbagai sumber daya termasuk sumber daya manusia keperawatan yang kompeten dan memiliki komitmen pelayanan tinggi.

Rencana stratejik rumah sakit tahun 2007 antara lain mengarahkan pelayanan yang bermutu dengan *customer oriented* berkesinambungan dan menyeluruh untuk mewujudkan visi pelayanan holistik dengan sentuhan kasih. Implementasi yang dilakukan antara lain mengupayakan peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Salah satu sistem yang dipikirkan pimpinan bidang keperawatan untuk mencapai peningkatan mutu pelayanan keperawatan tersebut adalah dengan mengaplikasikan sistem jenjang karier perawat yang diharapkan mampu meningkatkan motivasi dan komitmen tenaga

perawat meningkatkan mutu kinerja pelayanan keperawatan yang akan mempengaruhi mutu pelayanan di rumah sakit secara keseluruhan.

Sejak tahun 2001, RS PGI "Cikini" Jakarta menjadi tempat residensi mahasiswa Program Magister Keperawatan FIK-UI dan dari tahun 2002 hingga akhir 2007, enam dari empatbelas orang mahasiswa tersebut telah mengidentifikasi dan membahas masalah belum adanya sistem jenjang karier perawat. Hasil pengkajian mahasiswa residensi 2002 tentang sistem jenjang karier perawat ditemukan 76% responden mengatakan belum ada sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta dan 54% menyatakan bahwa perawat belum puas bekerja di RS PGI "Cikini" Jakarta (Sitompul, 2002). Menurut penuturan Kabid, Wakabid Keperawatan, Perawat Kepala Ruangan (PKR) dan Preceptors dalam sosialisasi konsep sistem jenjang karier perawat tanggal 18 Oktober 2007, menyatakan harapan mereka agar segera terlaksana sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta (Sitinjak, 2007). Bulan Januari 2007 Bidang Keperawatan telah mengajukan proposal pelaksanaan sistem jenjang karier perawat kepada direksi RS PGI "Cikini" Jakarta.

Mahasiswa residensi tahun 2007 telah mengidentifikasi bahwa RS. PGI "Cikini" Jakarta memiliki tenaga perawat sebanyak 421 orang dengan latar belakang pendidikan: PKC/SPK/SPR/SPKG: 94 orang (22,3%), DI Bidan: 4 orang (1,0%), DIII bidan: 8 orang (2,0%), DIII Keperawatan: 303 orang (72%), S1 Kesehatan Masyarakat: 5 orang (1,25%), S1 keperawatan: 7 orang (1,6%).

B. DASAR PEMIKIRAN

1. Departemen Kesehatan RI (2000). *Kebijakan pengembangan tenaga kesehatan*. Jakarta: Depkes RI

2. Departemen Kesehatan RI (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karier profesional perawat*. Jakarta: Depkes RI.
3. Visi & Misi RS PGI "Cikini" Jakarta
4. Rencana kerja Bidang Keperawatan 2007/2008

C. TUJUAN

1. Umum

Perawat memahami konsep, manfaat, mekanisme aplikasi sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta serta hambatan yang mungkin timbul dalam proses pelaksanaan sistem tersebut.

2. Khusus

Setelah mengikuti pelatihan dan penerapan sistem jenjang karier, perawat mampu:

- a. Memahami konsep dan manfaat sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta.
- b. Memahami gambaran proses aplikasi sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta.
- c. Memahami hambatan dalam proses aplikasi sistem jenjang karier perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta.
- d. Memahami dampak aplikasi sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI "Cikini" Jakarta

D. PESERTA

Seluruh perawat yang bertugas di bagian "H" RS PGI "Cikini" Jakarta berjumlah 24 orang

E. PELAKSANAAN

Jadwal terlampir.

F. MATERI PELATIHAN

1. Konsep Sistem Jenjang Karier Perawat
2. Strategi Penerapan Sistem Jenjang Karier Perawat
3. Ketrampilan berkomunikasi terapeutik dalam keperawatan sebagai salah satu materi pembelajaran dan uji kompetensi untuk Nurse I sebanyak 10 orang.
4. Asuhan Keperawatan Klien dengan Asma Bronkhiale dengan SOP Pemberian Oksigen sebagai contoh kasus pembelajaran bagi Nurse II sebanyak 9 orang. Materi uji kompetensi adalah satu kasus pasien yang dirawat masing-masing Ners dan diupayakan berbeda kasus bagi setiap Ners tersebut
5. Pengorganisasian dalam keperawatan sebagai salah satu materi pembelajaran bagi Nurse III.
6. Konsep tentang preceptorship bagi seluruh perawat di bagian "H".

G. METODE PELATIHAN

1. Tatap Muka (ceramah dan tanya jawab)
2. Belajar melalui diskusi kelompok
3. Simulasi/role play
4. Bimbingan langsung/fasilitasi dalam masa penerapan sistem jenjang karier perawat di ruang rawat inap "H" sesuai kompetensi masing-masing melalui *pre dan post conference, role model dan inservice education.*

H. EVALUASI

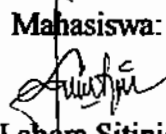
1. Struktur
 - Persiapan ruang pelatihan
 - Alat bantu: LCD dan komputer, hand out materi pengajaran, format evaluasi.
2. Proses
 - Penyajian materi sesuai konsep belajar mengajar
 - Peserta pelatihan berperan aktif dalam seluruh proses belajar
3. Hasil
 - *Pre test* sebelum pelatihan dan aplikasi sistem jenjang karier perawat
 - *Post test* setelah pelatihan dan aplikasi sistem jenjang karier perawat

I. NARA SUMBER

1. Dosen FIK UI: Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc.
2. Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI: Labora Sitinjak, SKp
3. Nurse II & Nurse III

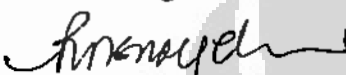
Jakarta, 22 Maret 2008

Mahasiswa:

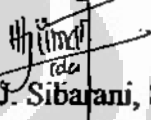

(Labora Sitinjak)

Mengetahui:

Pembimbing Akademik


(Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc.)

Pembimbing Klinik


(Sr. Ida J. Sibarani, SKp.)

**JADUAL PELATIHAN
SISTEM JENJANG KARIER PERAWAT RS PGI "CIKINI" JAKARTA**

Kel	Tanggal & Waktu	Kegiatan	Nara sumber	P. Jawab
Kel. I	7/9 April 2008 07.45-08.00	Presensi	-	Staf bidang keperawatan & mahasiswa
	08.00-08.15	Pembukaan	Diryanmed/Kabid Keperawatan	
	08.15-08.30	Kontrak program	-	
	08.30-10.30	<i>Pre test</i>	-	
	10.30-10.45	Istirahat	-	
	10.45-12.15	Sistem Jenjang Karier Perawat & Kepuasan kerja perawat	Labora Sitinjak, SKp	
	12.15-12.45	Istirahat	-	
	12.45-13.45	Mapping Karier Perawat	-	
Kel. I	8/10 April 2008 07.45-08.00	Presensi	-	Staf bidang keperawatan & mahasiswa
	08.00-10.00	Strategi Penerapan Sistem Jenjang Karier Perawat	Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc.	
	10.00-10.15	Istirahat	-	
	10.15-12.15	Masing-masing topik pengajaran untuk N1-N4 Konsep Preceptship	1. N3 2. N2 3. Fasilitator: Labora Sitinjak, SKp	
	12.15-12.45	Istirahat	-	
	12.45-13.45	Kontrak program aplikasi sistem jenjang karier perawat	-	

- Catatan:**
1. Kelompok I tanggal 7-8 April 2008 dan kelompok II tanggal 9 & 10 April 2008.
 2. Tempat pelatihan di ruang rapat II RS PGI "Cikini" Jakarta
 2. Aplikasi sistem jenjang karier: Tanggal 11 April – 24 Mei 2008
 3. *Post Test* dilaksanakan tanggal 24 Mei-2 Juni 2008

JENJANG KARIER PERAWAT

RS PGI "CIKINI" JAKARTA



**OLEH:
LABORA SITINJAK
0606027064**

**Disampaikan Pada Pelatihan Sistem Jenjang Karier Perawat
Di RS PGI "Cikini" Jakarta
April 2008**

SISTEM JENJANG KARIER PERAWAT DI RS PGI CIKINI JAKARTA

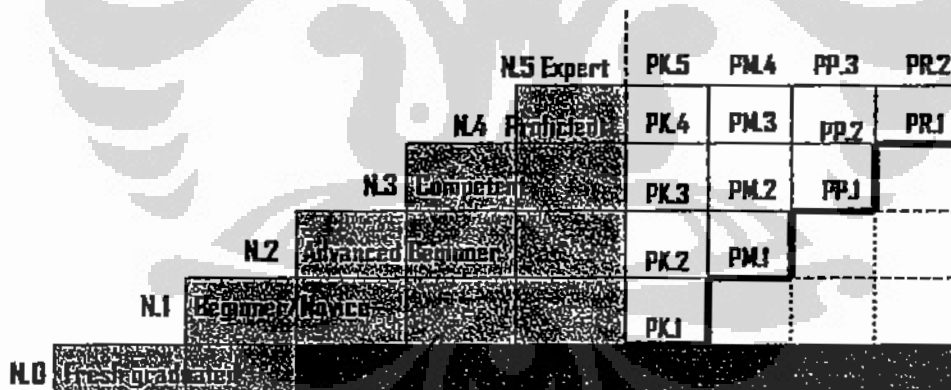
A Pola Jenjang Karier Perawat

Pengembangan jenjang karier perawat di RS. PGI "Cikini" dimodifikasi dengan mengacu kepada konsep Dirbin, Yankep, Ditjen Yanmed Depkes RI, PP, PPNI dan RS Immanuel Bandung serta memperhatikan kebutuhan dan kondisi internal RS PGI "Cikini" serta kebijakan umum Yayasan Kesehatan RS PGI "Cikini".

RS. PGI "Cikini" selaku rumah sakit lahan praktik peserta didik keperawatan, dipandang perlu ada keterkaitan kompetensi praktisi keperawatan klinis dengan kompetensi praktisi keperawatan dalam lingkup pengelola, pendidik dan peneliti. Sehingga model kompetensi diintegrasikan sesuai kebutuhan di RS. PGI "Cikini".

Pola keterkaitan kompetensi jenjang karier yang akan dikembangkan di RS. PGI "Cikini" Jakarta digambarkan dalam bagan berikut:

MODEL JENJANG KARIER PERAWAT RS PGI "CIKINI" JAKARTA



PK=Perawat Klinik, PM=Perawat Manajer, PP=Perawat Pendidik dan PR=Perawat Riset

Meringankan penderitaan adalah pekerjaan ilahi Sedare Dolorem Opus Divinum Est

B Prinsip Pengembangan Karier Perawat

1. Kualifikasi tingkat pendidikan formal keperawatan yang dimasukkan dalam pengembangan jenjang karier RS. PGI "Cikini" dimulai dari lulusan SPK dengan masa kerja minimal 10 tahun
2. Setiap jenjang mempunyai makna kompetensi untuk melaksanakan asuhan keperawatan sesuai lingkup dan tanggung jawabnya.
3. Fungsi utama perawat adalah memberi asuhan keperawatan.
4. Setiap perawat pada dasarnya mempunyai kesempatan yang sama untuk meningkatkan karier hingga jenjang tertinggi.
5. Jenjang karier mempunyai dampak terhadap tanggung jawab dan tanggung gugat dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang berdampak pula terhadap sistem penghargaan.
6. Bidang/area pengembangan karier keperawatan mencakup spesialisasi keperawatan medikal bedah, maternitas, anak, perawatan intensif, gawat darurat, gerontik, jiwa dan komunitas.

C Jenjang Karier Perawat

Jenjang karier perawat RS. PGI "Cikini" seperti yang tergambar di atas dikembangkan menjadi 5 level yaitu:

1. Nurse I (Beginner/Novice)

a. Pengertian

Nurse I adalah perawat yang memiliki kompetensi dasar umum, mampu memberi asuhan keperawatan dasar dengan bimbingan dan pengawasan dari perawat yang lebih tinggi tingkat kompetensinya.

b. Pendidikan Formal dan Pengalaman

- ⇒ SPK minimal 10 tahun
- ⇒ DIII Keperawatan: sudah selesai masa orientasi
- ⇒ SI Keperawatan (Ners): sudah selesai masa orientasi

c. Masa Kenaikan Jenjang

Setelah melalui proses uji kompetensi, maka kenaikan jenjang karier akan dilaksanakan setelah pengalaman kerja:

- ⇒ Lulusan SPK dengan pengalaman kerja klinik lebih dari 15 tahun
- ⇒ DIII Keperawatan dengan pengalaman kerja lebih dari 4 tahun
- ⇒ Lulusan SI Keperawatan lebih dari 3 tahun

(Catatan: Dalam masa transisi Lulusan SPK dengan pengalaman minimal 10 tahun disetarakan dengan level NI).

2. Nurse 2 (Advanced Beginner)

a. Pengertian:

Nurse 2 adalah perawat yang memiliki kompetensi dasar umum spesialisik dilengkapi kompetensi manajerial asuhan keperawatan.

b. Pendidikan Formal dan Pengalaman

⇒ Lulusan SPK lebih dari 15 tahun

⇒ DIB Keperawatan lebih dari 4 tahun

⇒ Lulusan SI Keperawatan lebih 3 tahun

⇒ S2 Keperawatan telah menyelesaikan masa orientasi

c. Masa Kenaikan Jenjang Karier

Setelah melalui proses uji kompetensi, maka kenaikan jenjang karier akan dilaksanakan setelah pengalaman kerja

⇒ Lulusan SPK lebih dari 20 tahun

⇒ DIII Keperawatan lebih dari 8 tahun

⇒ Lulusan SI Keperawatan lebih dari 6 tahun

⇒ S2 Keperawatan lebih dari 2 tahun

(Catatan: Dalam masa transisi Lulusan SPK dengan pengalaman minimal 15 tahun disetarakan dengan level N2 selama lulus dalam ujian kenaikan jenjang karier).

3. Nurse 3 (Competent)

a. Pengertian:

Nurse 3 adalah perawat yang memiliki kompetensi spesialisik dengan kemampuan manajerial tingkat ruang rawat dan dasar-dasar umum himbangan klinik.

b. Pendidikan Formal dan pengalaman

⇒ DIII Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 8 tahun

⇒ SI Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 6 tahun

⇒ S2 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 2 tahun

⇒ S3 Keperawatan telah menyelesaikan masa orientasi

c. Masa Kenaikan Jenjang

Setelah melalui proses uji kompetensi, maka kenaikan jenjang karier akan dilaksanakan setelah pengalaman kerja:

⇒ SI Keperawatan lebih dari 9 tahun

⇒ S2 Keperawatan lebih dari 4 tahun

⇒ S3 Keperawatan lebih dari 2 tahun

4. Nurse 4 (Proficient)

a. Pengertian:

Nurse 4 adalah perawat yang memiliki kompetensi subspecialistik dengan kemampuan manajerial tingkat unit keperawatan, menguasai konsep dan aplikasi bimbingan klinik dan dasar-dasar penelitian keperawatan.

b. Pendidikan formal dan pengalaman

⇒ S1 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 3 tahun

⇒ S2 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 4 tahun

⇒ S3 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 2 tahun

c. Masa kenaikan jenjang

Setelah melalui proses uji kompetensi, maka kenaikan jenjang karier akan difaksanakan setelah pengalaman kerja:

⇒ S.2 Keperawatan lebih dari 6 tahun

⇒ S.3 Keperawatan lebih dari 4 tahun

5. Nurse 5 (Expert)

a. Pengertian:

Nurse 5 adalah perawat yang memiliki kompetensi subspecialistik tingkat lanjut dengan kemampuan manajerial bidang keperawatan tingkat rumah sakit, menguasai konsep dan aplikasi bimbingan klinik dan penelitian keperawatan.

b. Pendidikan formal dan pengalaman:

⇒ S2 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 6 tahun

⇒ S3 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 4 tahun

D Kompetensi Perawat Tiap Jenjang

Pengembangan kompetensi perawat setiap level dikembangkan berdasarkan 3 (tiga) ranah/domain, yaitu:

1. Praktik professional, etis, legal, dan peka budaya
2. Pemberian dan manajemen asuhan keperawatan
3. Pengembangan professional

Bersarkan domain tersebut, disusunlah suatu standar umum kompetensi perawat tiap jenjang di RS PGI Cikini sebagai berikut:

Unit Kompetensi	Domain t Praktik profesional, etik dan legal serta nilai-nilai budaya kerja.
a Akontabilitas	<i>Bertanggung gugat terhadap praktik profesional.</i>
	<p>N1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung gugat terhadap praktik keperawatan dasar umum yang dilaksanakannya. • Melaksanakan rencana asuhan yang telah disusun oleh N di atasnya untuk tindakan tertentu yang memerlukan supervisi khusus dari N di atasnya (tindakan keperawatan dasar klien dengan resiko).
	<p>N2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung gugat terhadap praktik keperawatan dasar khusus yang dilaksanakan sesuai area di mana ia ditugaskan. • Bertanggung gugat terhadap praktik keperawatan yang direncanakan untuk dilaksanakan oleh N di bawahnya dengan melakukan supervisi langsung terhadap proses dan hasil kerja N di bawahnya. • Melaksanakan rencana askep yang direncanakan N di atasnya, serta menerima supervisi dari N di atasnya.
	<p>N3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung gugat terhadap praktik mandiri dan praktik keperawatan hasil kolaborasi dengan tim kesehatan lain yang dilaksanakan untuk menunjang program keberhasilan asuhan keperawatan. • Bertanggung gugat terhadap praktik keperawatan yang direncanakan untuk dilaksanakan N di bawahnya dengan melakukan supervisi dan evaluasi terhadap proses dan hasil kerja perawat yang melaksanakannya.
	<p>N4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung gugat terhadap praktik mandiri dan praktik keperawatan hasil kolaborasi dengan tim kesehatan lain yang dilaksanakan untuk menunjang program keberhasilan asuhan keperawatan. • Bertanggung gugat terhadap praktik keperawatan yang direncanakan untuk dilaksanakan N di bawahnya dengan melakukan supervisi dan evaluasi terhadap proses dan hasil kerja

	<p>perawat yang melaksanakannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung gugat terhadap pengembangan praktik keperawatan dan upaya-upaya peningkatan kualitas asuhan yang dilaksanakan NI-N3.
	<p>N5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung gugat terhadap praktik mandiri dan praktik keperawatan hasil kolaborasi dengan tim kesehatan lain yang dilaksanakan untuk menunjang program keberhasilan asuhan keperawatan • Bertanggung gugat terhadap praktik keperawatan yang direncanakan untuk dilaksanakan N di bawahnya dengan melakukan supervisi dan evaluasi terhadap proses dan hasil kerja perawat yang melaksanakannya. • Bertanggung gugat terhadap pengembangan praktik keperawatan dan upaya peningkatan kualitas asuhan yang dilaksanakan oleh NI-N4 • Bertanggung gugat terhadap implementasi/aplikasi hasil riset keperawatan klinik
<i>b. Etis</i>	<i>Melaksanakan praktik keperawatan berdasarkan kode etik keperawatan di Indonesia</i>
	<p>NI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan praktik keperawatan dengan penuh penghargaan akan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama. • Memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran dalam menerapkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan sesuai kebutuhan. • Membuat keputusan berdasarkan informasi yang adekuat dan menerima pendelegasian tugas sesuai kemampuannya. • Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar praktik dan keahlian yang dimiliki untuk melindungi klien.
	<p>N2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan praktik keperawatan dengan penuh penghargaan akan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, warna kulit, umur, jenis kelamin,

	<p>aliran politik dan agama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran dalam menerapkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan sesuai kebutuhan. • Membuat keputusan berdasarkan informasi yang adekuat dan menerima pendelegasian tugas sesuai kemampuannya serta mempertimbangkan kemampuan dan kualifikasi seseorang bila melaksanakan pendelegasian tugas. • Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar praktik dan keahlian yang dimiliki untuk melindungi klien. • Melaksanakan fungsi bimbingan dan pengarahan kepada N di bawahnya untuk pengembangan kemampuan klinik/professional.
<p>N3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan praktik keperawatan dengan penuh penghargaan akan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama. • Memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran dalam menerapkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan sesuai kebutuhan. • Membuat keputusan berdasarkan informasi yang adekuat dan menerima pendelegasian tugas sesuai kemampuannya serta mempertimbangkan kemampuan dan kualifikasi seseorang bila melaksanakan pendelegasian tugas. • Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar praktik dan keahlian yang dimiliki untuk melindungi klien. • Melakukan konsultasi/kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk menunjang pengambilan keputusan secara klinis. • Melaksanakan fungsi bimbingan dan pengarahan serta berperan sebagai pendidik kepada N di bawahnya dan atau mahasiswa keperawatan untuk pengembangan kemampuan klinik/professional.
<p>N4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan praktik keperawatan dengan penuh penghargaan akan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama. • Memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai

	<p>kejujuran dalam menerapkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan sesuai kebutuhan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Membuat keputusan berdasarkan informasi yang adekuat dan menerima pendelegasian tugas sesuai kemampuannya serta mempertimbangkan kemampuan dan kualifikasi seseorang bila melaksanakan pendelegasian tugas. ● Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar praktik dan keahlian yang dimiliki untuk melindungi klien. ● Melakukan konsultasi/kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk menunjang pengambilan keputusan secara klinis. ● Melaksanakan fungsi bimbingan dan pengarahan serta pendidikan kepada N di bawahnya dan atau mahasiswa keperawatan untuk pengembangan kemampuan klinik/professional. ● Menentukan standar bimbingan klinik. ● Melaksanakan penelitian keperawatan tingkat pemula.
	<p>N5</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Melaksanakan praktik keperawatan dengan penuh penghargaan akan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama. ● Memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran dalam mencapakan pengetahuan dan keterampilan keperawatan sesuai kebutuhan. ● Membuat keputusan berdasarkan informasi yang adekuat dan menerima pendelegasian tugas sesuai kemampuannya serta mempertimbangkan kemampuan dan kualifikasi seseorang bila melaksanakan pendelegasian tugas. ● Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar praktik dan keahlian yang dimiliki untuk melindungi klien. ● Melakukan konsultasi/kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk menunjang pengambilan keputusan secara klinis. ● Melaksanakan fungsi bimbingan dan pengarahan serta pendidikan kepada N di bawahnya dan atau mahasiswa keperawatan untuk pengembangan kemampuan klinik/professional. ● Menentukan standar bimbingan klinik. ● Melaksanakan penelitian keperawatan tingkat lanjut serta melakukan intervensi berdasarkan hasil penelitian untuk peningkatan dan perbaikan mutu asuhan keperawatan.

<i>c. Nilai budaya kerja</i>	<i>NI-N5</i> <i>Memahami dan melaksanakan nilai-nilai budaya kerja di lingkungan RS. PGI "Cikini" Jakarta.</i>
<i>d. Legal</i>	<i>Melaksanakan praktik secara legal</i>
	<i>N1</i> <i>Memiliki SIP, SIK</i>
	<i>N2</i> <i>Memiliki SIP, SIK, SIPP, sertifikat keahlian tertentu yang dipersyaratkan</i>
	<i>N3</i> <i>Memiliki SIP, SIK, SIPP, sertifikat keahlian tertentu yang dipersyaratkan</i>
	<i>N4</i> <i>Memiliki SIP, SIK, SIPP, sertifikat keahlian tertentu yang dipersyaratkan</i>
	<i>N5</i> <i>Memiliki SIP, SIK, SIPP, sertifikat keahlian tertentu yang dipersyaratkan</i>
Unit kompetensi	Domain 2: Pemberian dan manajemen asuhan keperawatan
<i>a. Prinsip pokok pemberian dan manajemen asuhan</i>	<i>Perawat menerapkan prinsip-prinsip pokok dalam pemberian dan manajemen asuhan keperawatan</i>
<i>b. Promosi kesehatan</i>	<i>Perawat melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan keperawatan</i>
<i>c. Pengkajian keperawatan</i>	<i>Perawat melakukan pengkajian keperawatan</i>
<i>d. Perencanaan keperawatan</i>	<i>Perawat menyusun perencanaan keperawatan dengan berkolaborasi bersama klien dan mempergunakan sumber-sumber yang ada</i>
<i>e. Implementasi keperawatan</i>	<i>Perawat melaksanakan implementasi keperawatan sesuai rencana keperawatan.</i>
<i>f. Evaluasi keperawatan</i>	<i>Perawat menilai asuhan keperawatan</i>
<i>g. Komunikasi</i>	<i>Perawat menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan</i>

<i>terapeutik dan hubungan interpersonal</i>	<i>interpersonal dalam pemberian pelayanan/asuhan keperawatan</i>
<i>h. Lingkungan aman</i>	<i>Perawat menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman</i>
<i>i. Pelayanan kesehatan interprofesional</i>	<i>Perawat mempergunakan hubungan interprofesional dalam pelayanan keperawatan/kesehatan.</i>
<i>j. Delegasi dan supervisi</i>	<i>Perawat menggunakan delegasi dan supervisi dalam pemberian asuhan keperawatan.</i>
	N1 Memberi keperawatan dasar umum, memerlukan supervisi dalam melaksanakan tindakan, berperan sebagai perawat pelaksana asuhan.
	N2 (di area khusus: Maternitas, medical bedah, pediatrik, gawat darurat, kamar bedah) <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan keperawatan dasar umum di area khusus dengan pendekatan proses keperawatan yang dipersyaratkan. • Merencanakan askep untuk klien dengan katagori I, serta melaksanakan pendelegasian tugas keperawatan dasar umum kepada N di bawahnya. • Memerlukan supervisi dari N di atasnya
	N3 (di area khusus: Maternitas, medical bedah, pediatric, gawat darurat, kamar bedah) <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan keperawatan lanjutan dengan pendekatan proses keperawatan yang dipersyaratkan. • Melakukan fungsi bimbingan bagi N di bawahnya. • Merencanakan asuhan keperawatan untuk klien dengan katagori II dan III, serta melaksanakan pendelegasian tugas keperawatan dasar umum kepada N di bawahnya. • Memerlukan supervisi dari N di atasnya.
	N4 (di area khusus: Maternitas, medical bedah, pediatrik, gawat darurat, kamar bedah) <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan keperawatan khusus dengan pendekatan proses

	<p>keperawatan yang dipersyaratkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan fungsi bimbingan bagi N di bawahnya. • Merencanakan askep untuk klien dengan katagori III dan IV, serta melaksanakan pendelegasian tugas keperawatan dasar umum kepada N di bawahnya. • Mengidentifikasi masalah penelitian di area khusus. • Menerapkan konsep model askep professional untuk area khusus.
	<p>N5 (di area khusus: Maternitas, medical bedah, pediatrik, gawat darurat, kamar bedah)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan keperawatan khusus tingkat lanjut dengan pendekatan proses keperawatan yang dipersyaratkan. • Melakukan fungsi bimbingan bagi N di bawahnya. • Merencanakan askep untuk klien dengan katagori III dan IV, serta melaksanakan pendelegasian tugas keperawatan dasar umum dan khusus kepada N di bawahnya. • Menjadi konsultan keperawatan di area khusus. • Melakukan penelitian dan mengembangkan program yang terkait dengan peningkatan kualitas askep di area khusus. • Menerapkan konsep model keperawatan professional di area khusus.
Unit Kompetensi	Domain 3: Pengembangan profesional
<i>1. Penguatan/ peningkatan profesional</i>	<i>Perawat melaksanakan penguatan/peningkatan profesional dalam rangka praktik keperawatan</i>
	<p>N1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti case conference keperawatan di tingkat ruangan. • Mengikuti program peningkatan kompetensi melalui CNE (Continuous NuRS PGI "Cikini" Jakartang Education)
	<p>N2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti case conference keperawatan di tingkat ruangan. • Mengikuti program peningkatan kompetensi melalui CNE (Continuous NuRS PGI "Cikini" Jakartang Education) • Melaksanakan bimbingan kepada N di bawahnya.

	<p>N3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti case conference keperawatan di tingkat ruangan dan antar area khusus keperawatan. • Mengatur pelaksanaan case conference keperawatan. • Mengikuti program peningkatan kompetensi melalui CNE (Continuous NuRS PGI "Cikini" Jakartang Education). • Melaksanakan bimbingan kepada N di bawahnya.
	<p>N4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menentukan topik case conference, aktif sebagai nara sumber. • Mengatur pelaksanaan case conference keperawatan. • Terlibat dalam case conference multi disiplin. • Mengikuti program peningkatan kompetensi melalui CNE • Melaksanakan bimbingan kepada N di bawahnya.
	<p>N5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menentukan topik case conference, aktif sebagai nara sumber. • Terlibat dalam case conference multi disiplin. • Mengikuti program peningkatan kompetensi melalui CNE • Melaksanakan bimbingan kepada N di bawahnya.
2 <i>Peningkatan mutu</i>	<i>Perawat melaksanakan peningkatan mutu pelayanan/askep</i>
	<p>N1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan tindakan sesuai standar mutu yang berlaku.
	<p>N2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan tindakan sesuai standar mutu yang berlaku.
	<p>N3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan tindakan sesuai standar mutu yang berlaku. • Terlibat dalam audit mutu tingkat ruangan/area.
	<p>N4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan tindakan sesuai standar mutu yang berlaku. • Terlibat dalam audit mutu tingkat rumah sakit
	<p>N5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan tindakan sesuai standar mutu yang berlaku. • Terlibat dalam audit mutu tingkat rumah sakit.
3 <i>Pendidikan berkelanjutan</i>	<p>N1-N5</p> <p><i>Perawat mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi</i></p>

E Penempatan Setiap Jenjang dalam Peran dan Fungsi Keperawatan

Setiap level perawat memiliki sejumlah kompetensi yang dipersyaratkan. Bagan model jenjang karier di atas menjelaskan pelaksanaan peran/fungsi sebagai perawat professional harus memiliki kompetensi sesuai prasyarat Jenjang N1-N5.

Peran dan fungsi perawat dibedakan menjadi 4: Perawat Klinik (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Riset (PR), di mana keseluruhan peran dan fungsi tersebut pada kenyataan di lapangan saling melengkapi satu dengan yang lain, sehingga menjadi peran dan fungsi yang utuh dari seorang perawat professional.

Penempatan setiap jenjang dalam peran dan fungsi keperawatan, di RS PGI Cikini Jakarta lebih dititik beratkan pada penunjukkan seorang perawat dalam penugasan secara fungsional, karena setiap jenjang telah diperlengkapi dengan kompetensi yang memadai untuk melaksanakan ke-4 peran dan fungsi tersebut.

Penjabaran dari setiap jenjang dalam penugasan fungsional adalah:

1. N1, dapat ditugaskan sebagai PK1 di area keperawatan umum.
2. N2, dapat ditugaskan sebagai PK2 di area keperawatan spesialistik dasar, atau dapat pula diberi tanggung jawab sebagai PM1 di area rawat inap.
3. N3, dapat ditugaskan sebagai PK3 di area keperawatan spesialistik/khusus, atau diberi tanggung jawab sebagai PM2 atau dapat ditugaskan pula sebagai PPI.
4. N4, dapat ditugaskan sebagai PK4 di area keperawatan spesialistik/khusus, atau dapat melaksanakan tugas sebagai PM3, dan atau berperan sebagai PP2, dan atau dapat melaksanakan penelitian keperawatan sebagai PR1.
5. N5, dapat ditugaskan sebagai PK5 di area keperawatan spesialistik/khusus, atau dapat melaksanakan tugas sebagai PM4, dan atau berperan sebagai PP3, dan atau dapat melaksanakan penelitian keperawatan sebagai PR2.

F Mekanisme Kenaikan Jenjang Karier Perawat

Kenaikan Jenjang Karier Perawat di RS PGI "Cikini" dilakukan berdasarkan hasil uji kompetensi yang dilaksanakan secara kontiniu bersama Komite Keperawatan Sub Komite Kredensial.

Proses pelaksanaannya di bagi dalam empat (4) tahap:

1. Tahap 1: Pendaftaran

Setiap perawat mendaftarkan diri ke Bidang Keperawatan untuk mengikuti proses kenaikan jenjang karier. Syarat pendaftaran adalah keterangan telah mengikuti masa orientasi secara menyeluruh.

2. Tahap 2: Proses seleksi administrative

Tahap 2 dilakukan oleh Bidang Keperawatan.

Perawat yang terdaftar telah memenuhi hal-hal berikut:

a Pendidikan formal keperawatan

Pada masa transisi, lulusan SPK diakui untuk PKI dengan uji kompetensi. Lulusan SPK dengan pengalaman PMI mendapat kesempatan untuk naik jenjang ke N2 dengan uji kompetensi. Selanjutnya, seiring dengan program pendidikan lanjut bagi perawat di RS. PGI "Cikini", yang berhak mengikuti program penjenjangan ini adalah minimal lulusan D3 Keperawatan. Perawat lulusan D3 Keperawatan dapat mencapai jenjang karier sampai N3. Perawat lulusan S1 Keperawatan (SKp/Ners) dapat mencapai jenjang karir sampai N5 dan perawat lulusan S2/Magister/Spesialis Keperawatan dapat mencapai jenjang karier N5.

b Pengalaman klinik keperawatan

Perawat lulusan D3 Keperawatan dapat ditetapkan sebagai N1 setelah menyelesaikan masa orientasi. Setelah 4 tahun sebagai N1 dapat mengikuti uji kenaikan jenjang ke N2 dengan melengkapi persyaratan kenaikan jenjang. Kenaikan jenjang secara regular dilaksanakan setiap 4 tahun dengan uji kompetensi.

Perawat lulusan S1 Keperawatan (SKp/Ners) dapat ditetapkan sebagai N1 setelah menyelesaikan masa orientasi. Setelah 1 tahun dapat mengikuti uji kenaikan jenjang ke N2 dengan melengkapi persyaratan kenaikan jenjang. Kenaikan jenjang secara regular dilaksanakan setiap 3 tahun dengan uji kompetensi.

Perawat lulusan S2/Magister/Spesialis Keperawatan dapat ditetapkan sebagai N3 setelah menyelesaikan masa orientasi. Setelah 2 tahun dapat mengikuti uji kenaikan jenjang ke N4 dengan melengkapi persyaratan kenaikan jenjang.

Perawat lulusan S3 Keperawatan dapat ditetapkan sebagai N4 setelah menyelesaikan masa orientasi, setelah 2 tahun dapat mengikuti kenaikan jenjang ke N5 dengan melengkapi persyaratan kenaikan jenjang.

c Rekomendasi

Untuk mengikuti uji kenaikan jenjang karier, setiap perawat harus mendapatkan rekomendasi dari:

- ⇒ Atasan langsung melakukan penilaian kinerja. Hasil penilaian kinerja minimal yang dapat mengikuti uji kenaikan jenjang adalah B (baik).
- ⇒ Teman sejawat mengisi rekomendasi adalah yang ada hubungan kerja perawat dengan tim kerja dalam penyelenggaraan askep (sesuai formulir yang ditetapkan). Perawat yang memberi rekomendasikan sudah pernah bekerjasama minimal 6 bulan.

- ⇒ Pembimbing klinik (Ketua Tim Asuhan) memberi rekomendasi tentang aktivitas yang harus dipenuhi sebagai persyaratan uji kenaikan jenjang. Aktivitas pembimbing klinik adalah melihat secara langsung kemampuan/kompetensi yang dipraktikkan dalam kegiatan keperawatan sehari-hari (supervisor langsung), presentasi dan kemampuan menyelesaikan masalah sehari-hari. Pembimbing klinik menilai pencapaian kompetensi selama perawat berada pada jenjang tersebut.
 - ⇒ Pelanggan internal dan eksternal.
 - ⇒ Perawat yang akan diuji diharapkan tidak ada keluhan dari pelanggan internal maupun eksternal berkaitan dengan sikap, pengetahuan dan keterampilan perawat. Jika ada keluhan maka harus melalui proses penelaahan lebih lanjut.
- d Pendidikan keperawatan berkelanjutan
Untuk dapat mengikuti uji kenaikan jenjang, maka setiap perawat harus memenuhi sejumlah SKP (Satuan Kredit Partisipasi) yang ditetapkan dalam PKB.

Bidang keperawatan merekap prasyarat seorang perawat untuk mengikuti uji kenaikan jenjang kemudian diajukan kepada Komite Keperawatan sub komite Kredensial untuk dilakukan uji kompetensi.

3. Tahap 3: Uji Kompetensi

Uji kompetensi dilaksanakan setelah persyaratan di atas terpenuhi. Uji kompetensi terdiri dari:

- a. Uji Pengetahuan, diselenggarakan untuk semua jenjang. Materi yang akan diuji sesuai kompetensi yang harus dicapai.
- b. Uji Keterampilan, diselenggarakan jika telah lulus ujian tertulis.

Langkah-langkah ujian keterampilan:

1) PeRS PGI "Cikini" Jakartaapan uji kompetensi

PeRS PGI "Cikini" Jakartaapan uji kompetensi meliputi penetapan penguji (assessor), kesiapan perawat (assessi) dan proses pelaksanaan ujian. Pada masa transisi, uji kompetensi dilaksanakan assessor internal. Untuk masa yang akan datang uji kompetensi akan dilaksanakan oleh badan sertifikasi dari Organisasi Profesi Keperawatan. Penetapan waktu uji kompetensi disepakati antara assessor dan assessi. Pelaksanaan uji kompetensi diupayakan dilakukan di tempat assessi bekerja sehari-hari.

2) Pelaksanaan uji kompetensi

Pelaksanaan ujian dilaksanakan pada satu shift dinas, dengan langkah-langkah:

- a) Assessor menentukan pasien yang akan dirawat saat ujian.
- b) Assessor menilai kompetensi perawat secara komprehensif, mulai dari kontak pertama dengan pasien sampai terminasi, termasuk pendokumentasian askep yang telah dilaksanakan.

- c) Assessor mengklarifikasi pelaksanaan aspek kepada assessi, dilanjutkan dengan memberikan feedback kepada assessi terhadap hasil observasi.
- d) Assessor menyerahkan hasil uji kompetensi kepada sub komite kredensial Keperawatan RS. PGI "Cikini".

3) Penetapan hasil uji kompetensi

Sub Komite Kredensial Keperawatan RS. PGI "Cikini" menetapkan kelulusan perawat yang telah mengikuti uji kompetensi secara komprehensif. Hasil uji kompetensi diberitahukan kepada assessi dengan dua kemungkinan untuk dilakukan tindak lanjut, yaitu:

a) Kompeten

Dokumen tanda kelulusan disampaikan ke Bagian Personalia RS. PGI "Cikini" untuk diproses kenaikan jenjang kariernya. Perawat yang telah lulus akan mendapatkan berkas yang berisi kegiatan yang perlu dipenuhi untuk uji kompetensi kenaikan jenjang berikutnya.

b) Tidak Kompeten

Perawat yang tidak lulus uji kompetensi secara komprehensif, masih diberikan kesempatan 1 kali perbaikan dalam kurun waktu 1 bulan. Jika dalam waktu maksimal 3 bulan belum siap melaksanakan uji kompetensi ulang, maka dianggap mengundurkan diri. Status jenjang karier perawat masih pada level sebelumnya, perawat wajib mengikuti seluruh proses pemenuhan uji kompetensi dari awal, termasuk PKB. Jika pada uji kompetensi ulangan dinyatakan tidak lulus, maka perawat yang bersangkutan wajib mengulang seluruh proses pemenuhan uji kompetensi dari awal, termasuk PKB.

4. Tahap 4: Penetapan Jenjang Karier Yang Baru

Sub Komite Kredensial Keperawatan RS. PGI "Cikini" mengirimkan berkas hasil uji kompetensi kepada Kepala Bidang Keperawatan untuk penetapan kenaikan jenjang. Kenaikan jenjang karier ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama. Penyesuaian pekerjaan dan sistem penghargaan disesuaikan dengan ketentuan yang berlaku untuk jenjang karier keperawatan RS. PGI "Cikini".

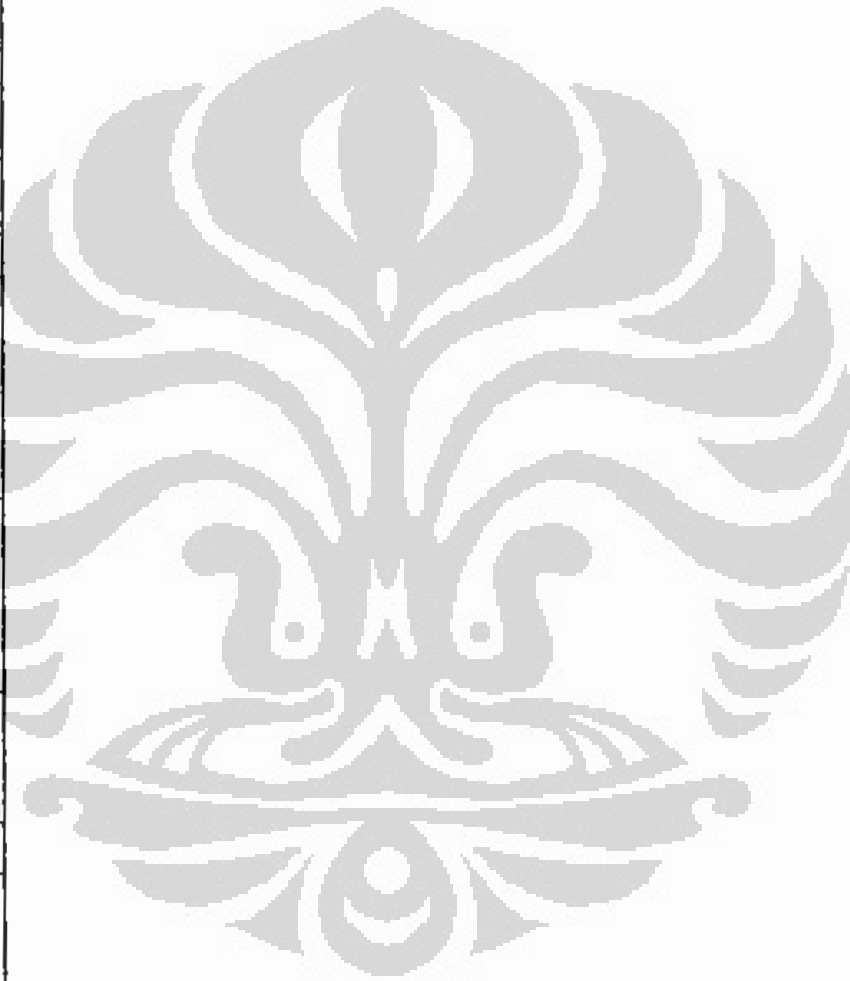
Sistem Poin Kompensasi Pegawai

No	Domain	Faktor	Sub Faktor	Grade				
				I	II	III	IV	V
1.	Kompetensi (60%)	Kualifikasi	Pendidikan formal (10%)	SLTA plus	D1 - D3	S1 - profesi	S2	S3
			Pendidikan non formal (pelatihan) (20%)	Tidak memerlukan pelatihan khusus	Pelatihan spesialisik dasar secara internal	Pelatihan khusus, spesialisik	Pelatihan memerlukan sertifikasi lembaga profesi	Memerlukan pelatihan di tingkat nasional/internasional
		Hubungan Kedinasan	Hubungan internal (10%)	Sifat pekerjaan yang memerlukan hubungan minimal dengan pihak lain dalam satu bidang	Sifat pekerjaan yang memerlukan hubungan rekan sekerja dalam tim kecil (anggota kurang dari 5 orang) dalam satu bidang	Sifat pekerjaan yang memerlukan hubungan dengan rekan sekerja dalam tim yang besar (lebih dari 5 orang) dalam satu bidang	Sifat pekerjaan yang memerlukan hubungan dengan rekan sekerja dalam satu bidang dan lintas bidang.	Sifat pekerjaan yang memerlukan hubungan dengan rekan sekerja dalam satu bidang dan lintas bidang. Mengambil keputusan atas hasil hubungan yang dilaksanakan.
Tanggung Jawab Profesi (40%)	Dampak pada pasien	Hubungan eksternal (20%)	Tidak berhubungan langsung dengan pasien/keluarga pasien	Tidak berhubungan langsung dengan pasien/keluarga pasien tanpa kontak secara fisik.	Melayani pasien/keluarga pasien dengan kemungkinan kontak fisik yang tidak infasif	Melayani pasien/keluarga pasien dengan kontak fisik dan hubungan emosi yang mendalam. Mulai berhubungan dengan pihak luar RS PGI "Cikini" Jakarta untuk negosiasi.	Melayani pasien/keluarga pasien dengan kontak fisik dan hubungan emosi mendalam. Mengambil keputusan atas hasil hubungan dengan pihak luar	Risiko kematian pasien
			Tidak berdampak secara langsung	Menimbulkan ketidaknyamanan ringan pada pasien	Dampak ringan/minimal pada pasien yang tidak menimbulkan cedera fisik	Dampak berat, dapat menimbulkan kecacatan permanen		

No	Domain	Faktor	Sub Faktor	Grade				
				I	II	III	IV	V
2.	Keluasan Manajemen (30%)	Koordinasi (20%)		Pekerjaan yang dilakukan tidak membutuhkan koordinasi dengan pihak lain.	Pekerjaan yang dilakukan membutuhkan koordinasi dengan rekan kerja di bagian yang sama.	Pekerjaan yang dilakukan membutuhkan koordinasi dengan rekan kerja di bagian berbeda, dalam satu bidang.	Pekerjaan yang dilakukan membutuhkan koordinasi dengan rekan kerja di bidang yang berbeda.	Pekerjaan yang dilakukan membutuhkan koordinasi dengan pihak di luar RS.
			Pembuatan Keputusan (30%)	Pekerjaan dilakukan dengan petunjuk baku, rutin, sederhana, baik tertulis maupun lisan. Hampir tidak ada keputusan yang diambil oleh pemegang jabatan.	Pekerjaan dilakukan dengan petunjuk baku, rutin, sederhana, tertulis, maupun lisan, namun bertanggungjawab atas satu/lebih pekerjaannya yang dikerjakan sendiri atau oleh rekan kerja lain yang lebih junior.	Memimpin kelompok kecil dengan tanggung jawab berbeda-beda, dituntut mengambil keputusan sederhana dengan melaporkan terlebih dahulu kepada atasannya.	Memimpin kelompok lebih besar, melakukan pengawasan, memberikan contoh dan petunjuk kepada bawahannya, dapat mengambil keputusan untuk lingkup bagian/bidangnya.	Membuat perencanaan secara periodik, baik secara operasional maupun meliputi budget dan target yang harus dicapai. Menerima laporan dan masukan dari bawahannya, melakukan pengawasan dan evaluasi terhadap bawahannya.
		Pemecahan Masalah (30%)	Tidak dituntut kreativitas berlebihan, adanya petunjuk dan langkah kerja yang jelas, pengawasan ketat dari atasannya.	Melakukan pekerjaan yang berulang-ulang namun diberi kebebasan untuk menemukan cara sendiri dengan persetujuan atasannya.	Dituntut memiliki kreativitas dan kemampuan analisis untuk pemecahan masalah di lingkup pekerjaannya.	Untuk mengembangkan kreativitas dan kemampuan analisis masalah di bagian yang menjadi tanggung jawabnya, mengkoordinasikan pekerjaan administrative yang kompleks, memerlukan analisis	Mengatur dan membuat strategi perusahaan, menjaga kelangsungan produktivitas dan efisiensi perusahaan.	

No	Domain	Faktor	Sub Faktor	Grade				
				I	II	III	IV	V
		Tanggung Jawab dalam hal Pengelolaan Asset/tangible (20%)	Besar investasi (rupiah)	Terlibat dalam pengelolaan aset standar minimal di area pekerjaan yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya.	Sebagai penanggung jawab di bagian yang memiliki nilai aset RS kurang dari 10% dari aset RS	Sebagai penanggung jawab di bagian yang memiliki nilai aset RS sebesar 10%-20% dari aset RS	Sebagai penanggung jawab di bagian yang memiliki nilai aset RS sebesar 30% - 40% dari seluruh aset yang ada di RS	Sebagai penanggung jawab di bagian yang memiliki nilai aset sebesar 50% dari seluruh aset yang ada di RS.
3.	Lingkungan Kerja (10%)	Risiko fisik (40%)		Lingkungan pekerjaan tidak menimbulkan risiko terhadap fisik, lingkungan kerja aman dan nyaman.	Lingkungan pekerjaan tidak akan menimbulkan terhadap fisik, namun lingkungan kerja kurang nyaman, misalnya di ruangan sempit, panas.	Di lingkungan kerja banyak hal yang memungkinkan terjadi kecelakaan kerja dan risiko terhadap fisik yang dapat terjadi secara tiba-tiba, tidak diduga walaupun sudah menggunakan pengamanan.	Di lingkungan kerja banyak hal-hal yang memungkinkan terjadinya kecelakaan kerja dan risiko terhadap fisik yang dapat terjadi secara tiba-tiba, tidak diduga walaupun sudah menggunakan pengamanan.	
		Usaha fisik (30%)	Pekerjaan yang dilakukan tidak memerlukan usaha fisik yang sedang.	Pekerjaan yang dilakukan memerlukan usaha fisik yang sedang.	Pekerjaan yang dilakukan memerlukan usaha fisik yang besar.	Pekerjaan yang dilakukan memerlukan usaha fisik yang tepat.		
		Ritme kerja (30%)	Pekerjaan tidak dilakukan	Pekerjaan dilakukan secara bergilir	Pekerjaan dilakukan secara bergilir selama 24			

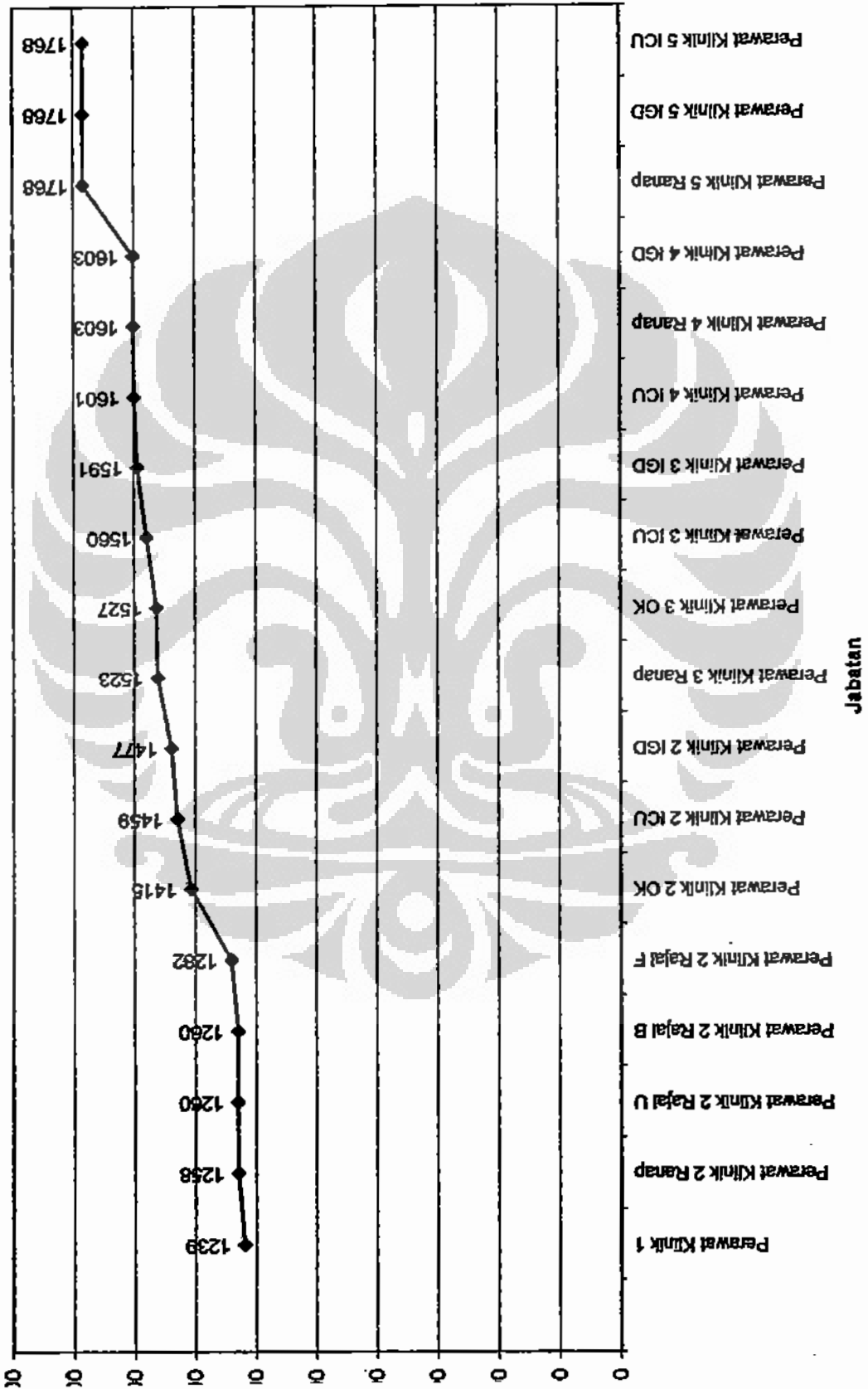
No	Domain	Faktor	Sub Faktor	Grade				
				I	II	III	IV	V
			secara bergilir, hanya ada satu shift kerja.	namun tidak 24 jam, hanya ada 2 jenis shift kerja.	II jam, terbagi atas 3 shift kerja.			



Tabel Role per Job Title

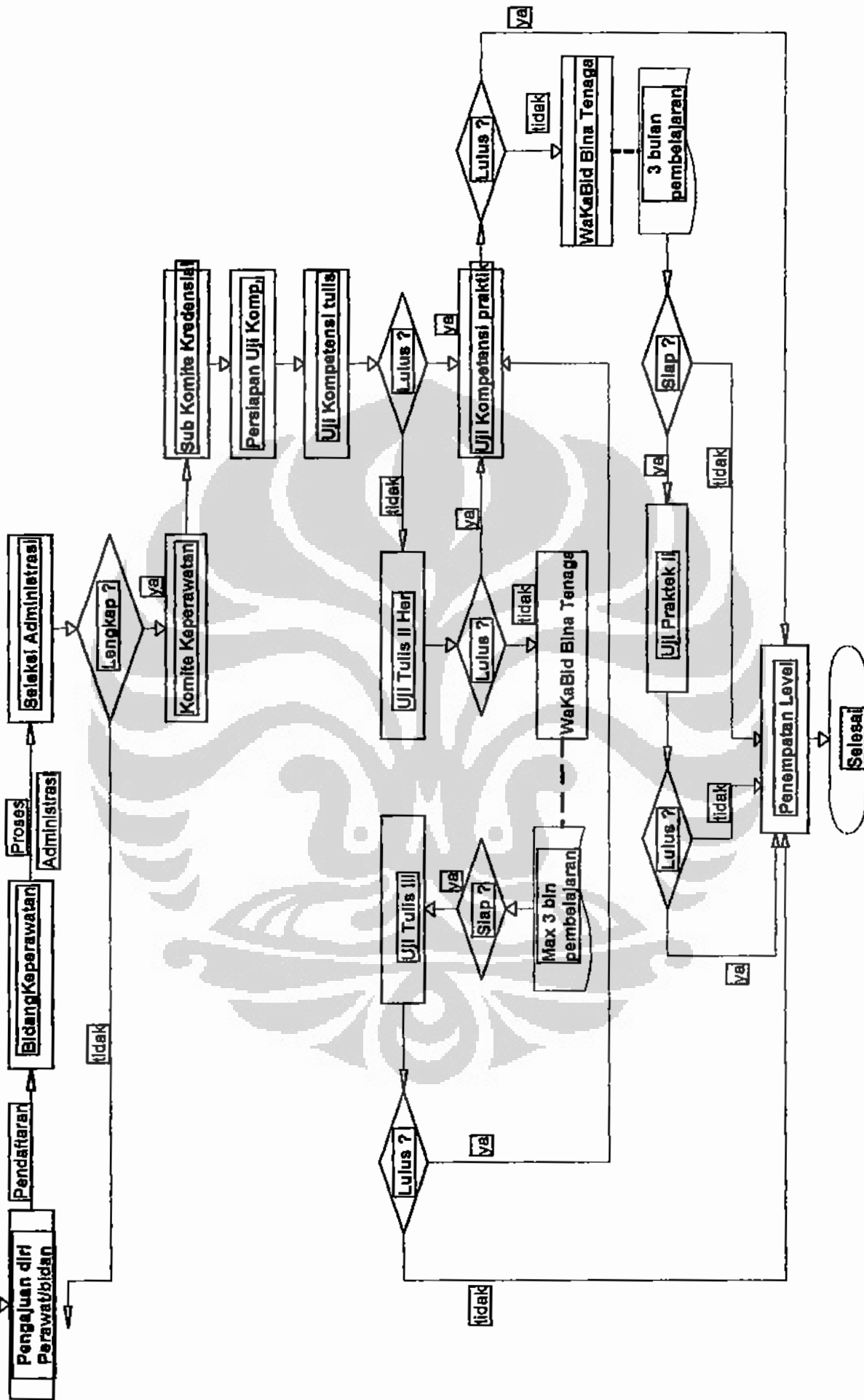
No	Job Title	Kompetensi 60%						Luar Maksimal 30%			Lingkungan Kerja 10%			Total Score
		Pendidikan Formal 10%	Pend. Non Formal 20%	Hubungan Internal 10%	Hubungan Eksternal 20%	Dampak pada Pasien 40%	Koordinasi 20%	Pembuatan keputusan 30%	Pemecahan Masalah 30%	J. Jawat Peng. Asset 20%	Risiko Fisik 40%	Usaha Fisik 30%	Rutine Kerja 30%	
Kelompok Rawat														
1	Perawat Klinik 1	72	120	72	144	348	72	108	108	60	58	38	43	1238
2	Perawat Klinik 2 Ranap	72	144	72	144	348	72	108	103	60	58	38	43	1288
3	Perawat Klinik 2 OK/ODC	72	144	80	120	498	88	108	130	60	58	38	43	1418
6	Perawat Klinik 2 ICU/RIU	72	144	72	144	486	72	130	130	60	58	38	43	1458
7	Perawat Klinik 2 IGD/HCU	72	144	72	144	486	72	130	130	60	68	43	43	1477
8	Perawat Klinik 3 Ranap	88	173	72	144	488	88	130	130	60	58	43	43	1623
9	Perawat Klinik 3 OK/ODC	72	173	72	144	488	104	130	130	60	58	43	43	1627
10	Perawat Klinik 3 ICU/RIU	88	173	72	144	488	104	158	130	80	58	38	43	1580
11	Perawat Klinik 3 IGD/HCU	88	173	72	144	488	104	158	158	80	58	43	43	1691
12	Perawat Klinik 4 ICU/RIU	88	207	72	144	488	104	168	168	80	48	38	38	1801
13	Perawat Klinik 4 Ranap	88	207	72	144	488	104	166	156	80	48	38	36	1803
14	Perawat Klinik 4 IGD/HCU	86	237	72	144	498	104	156	156	60	48	38	36	1803
15	Perawat Klinik 5 Ranap	104	249	88	173	498	124	187	187	60	40	30	30	1788
16	Perawat Klinik 6 IGD/HCU	104	249	88	173	498	124	187	187	60	40	30	30	1788
17	Perawat Klinik 6 ICU/RIU	104	249	88	173	498	124	187	187	60	40	30	30	1788
18														0

Grafik Poin Jabatan Keperawatan RS PGI "Cikini" Jakarta



Alur Mekanisme Uji Kompetensi Pada SIKP RS PGI "Cikini" Jakarta

Mulai



DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI (1999). *Pedoman uraian tugas tenaga perawat di rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI (2000). *Kebijakan pengembangan tenaga kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI (2003). *Indikator indosehat Pedoman uraian tugas tenaga perawat di rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karier profesional perawat*. Jakarta: Depkes RI.
- Gibson, et al dalam Dharma A. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktur, proses*. Cetakan kesembilan. Jakarta: Erlangga.
- Griffin, R.W. (2004). *Manajemen*, judul asli: Management, alih bahasa: Gina Gania, edisi ketujuh, jilid 2. Jakarta: Erlangga.
- Marquis, B.L & Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management function in nursing*. Theory application. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Mariner, J. (1996). *Guide to nursing management*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Marrelli, T.M. (1993). *The nurse manager's survival guide: Practical answers to everyday problems*. USA: Mosby.
- Swansburg, A.C. (1996). *Management and leadership for nurse managers*. London England: Jones and Bartlett Publishers International.
- Tappen, R.M. (1993). *Nursing leadership and management: Concept and practice*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.



LATAR BELAKANG



- ❑ Era Glob → Perkemb IPTEK → pola pikir may → tuntutan terhadap yankep.
- ❑ Berperan untub daya unghit ⇒ salah satu penentu mutu layanan
- ❑ Perlu dikelola dgn SJK ⇒ menumbuhkan iklim profesionalisme & kepuasan perawat
- ❑ Ev. perkemb. kemampuan profesional perawat ⇒ sistem penilaian kinerja

MODEL JENJANG KARIER PERAWAT RS PGI 'CIKINI' JAKARTA

EL Perawat Dasar, EL2 Perawat Manjer, EL3 Perawat Pendidk dan EL Perawat Eduk

Sumber: Model model jenjang karir perawat (dari Danar (2004) & Swandary (2009), Cepika RI (2006) & ICS International Bandung (2007).

SISTEM JENJANG KARIER PERAWAT

- **PEGETIAN: SISTEM MENINGKATKAN KINERJA & PROFESIONALISME PERAWAT MELALUI PENINGKATAN KOMPETENSI (DEPKES RI, 2006)**
- **KOMPONEN: JALUR KARIER, PERENCANAAN KARIER DAN POLA PENGEMBANGAN KARIER.**

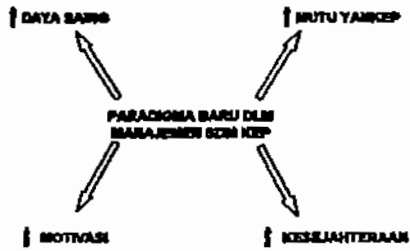
MANFAAT

- Memberi dampak positif pd asuhan lrsn & mutu yon RS
- Memberi kesempatan bagi kemajuan profesional dlm posisi asuhan lrsn secara langsung
- Meningkatkan tanggung profesionalisme seseorang
- Menarik & menahan perawat di instansi (turn over rendah)
- Menyediakan mekanisme menghargai keahlian seseorang
- Menyediakan kerangka kerja & penyusunan alat evaluasi kinerja
- Meningkatkan kepuasan kerja

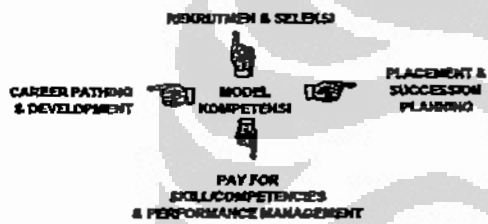
PRINSIP SISTEM JENJANG KARIER PERAWAT

- Pimpinan RS memiliki komitmen yg tinggi terhadap pengembangan sistem JK profesional perawat
- Kemampuan yg memiliki makna peningkatan kompetensi untuk melaksanakan konsep yg dijabarkan & etis sesuai hasil pengembangan
- Fungsi utama JK memberi akses langsung sesuai standar praktik & kode etik pengembangan karir perawat
- Setiap JK menyediakan kesempatan yg sama untuk meningkatkan karir sampai jenjang profesional tertinggi
- Memberi akses, mengacu pada standar praktik & kode etik keperawatan

APA YANG KITA HARAPKAN DALAM SISTEM JENJANG KARIER?



TERCIPTA PENDEKATAN TERINTEGRASI DALAM MANAJEMEN SDM KEP



ADA TUJUAN YG JELAS DARI PENJENJANGAN KARIER

- Meningkatkan moral kerja dan mengurangi kebutuhan karir (*dead end job/career*).
- Menurunkan jumlah perawat yg keluar (*turn over*) dari pekerjaannya
- Menciptakan sistem promosi berdasarkan persyaratan dan kriteria yg telah ditetapkan, sehingga mobilitas karir berfungsi dgn baik & benar.

MEMILIKI DASAR PENGEMBANGAN UNIT KOMPETENSI BERKESINAMBUNGAN

Berikut ini Standar Kompetensi Perawat
Generik yg dikembangkan PPNI, 3 ranah/domoin
1. Pratik profesional, etis & legal serta paku budaya
2. Pemberian & manajemen askep
3. Pengembangan profesional

MODIFIKASI KRITERIA N1

Masa 1 (Beginner/Novice)
Penerapan: N1 adalah perawat yg memiliki kompetensi dasar umum, mampu memberi askep dasar dgn bimbingan & pengawasan perawat yg lebih tinggi tingkat kompetensinya.

- Pendidikan Formal & Pengalaman:
- SPK minimal 10 tahun
 - DIII Keperawatan sudah selesai masa orientasi
 - S1 Keperawatan (Ners): sudah selesai masa orientasi

Masa Karir/Jenjang Karier, setelah melalui proses uji kompetensi, kenaikan jenjang karir dilaksanakan setelah pengalaman kerja:

- Lulus SPK dgn pengalaman kerja lebih >15 tahun
- DIII Keperawatan dgn pengalaman kerja > 4 tahun
- Lulus S1 Keperawatan > 3 tahun

(Catatan: Dalam masa transisi Lulus SPK dgn pengalaman minimal 10 tahun dilaksanakan dengan level N1).

MODIFIKASI KRITERIA N2

Masa 2 (Advanced Beginner)
Penerapan: N2 adalah perawat yg memiliki kompetensi dasar umum spesialisasi kompetensi manajerial askep.

- Pendidikan Formal & Pengalaman:
- Lulus SPK > 15 tahun
 - DIII Keperawatan > 4 tahun
 - Lulus S1 Keperawatan > 3 tahun
 - S2 Keperawatan telah menyelesaikan masa orientasi

Masa Karir/Jenjang Karier, setelah melalui proses uji kompetensi, kenaikan jenjang karir dilaksanakan setelah pengalaman kerja:

- Lulus SPK lebih dari 20 tahun
- DIII Keperawatan lebih dari 8 tahun
- Lulus S1 Keperawatan lebih dari 6 tahun
- S2 Keperawatan lebih dari 2 tahun

(Catatan: Dalam masa transisi lulus SPK dgn pengalaman minimal 15 tahun dilaksanakan dgn level N2 selama lulus dalam uji kompetensi).

MODIFIKASI KRITERIA N3

Nurse 3 (Competent)

Pengertian: N3 adalah perawat yg memiliki kompetensi spesialisik dgn kemampuan manajerial tingkat ruang rawat & dasar-2 umum bimbingan klinik.

Pendidikan Formal & pengalaman:

- DIII Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 8 tahun
- S1 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 8 tahun
- S2 Keperawatan dengan pengalaman lebih dari 2 tahun
- S3 Keperawatan telah menyelesaikan masa orientasi

Masa Kenaikan Jenjang, setelah melalui proses uji kompetensi, kenaikan jenjang karier dilaksanakan setelah pengalaman kerja:

- S1 Keperawatan lebih dari 9 tahun
- S2 Keperawatan lebih dari 4 tahun
- S3 Keperawatan lebih dari 2 tahun

MODIFIKASI KRITERIA N4

Nurse 4 (Proficient)

Pengertian: N4 adalah perawat yg memiliki kompetensi subspecialistik dgn kemampuan manajerial tingkat unit keperawatan, menguasai konsep & aplikasi bimbingan klinik & dasar-2 penelitian keperawatan.

Pendidikan formal & pengalaman:

- S1 Keperawatan dengan pengalaman > 9 tahun
- S2 Keperawatan dengan pengalaman > 4 tahun
- S3 Keperawatan dengan pengalaman > 2 tahun

Masa kenaikan jenjang, setelah melalui proses uji kompetensi, kenaikan jenjang karier dilaksanakan setelah pengalaman kerja:

- S2 Keperawatan lebih dari 6 tahun
- S3 Keperawatan lebih dari 4 tahun

MODIFIKASI KRITERIA N5

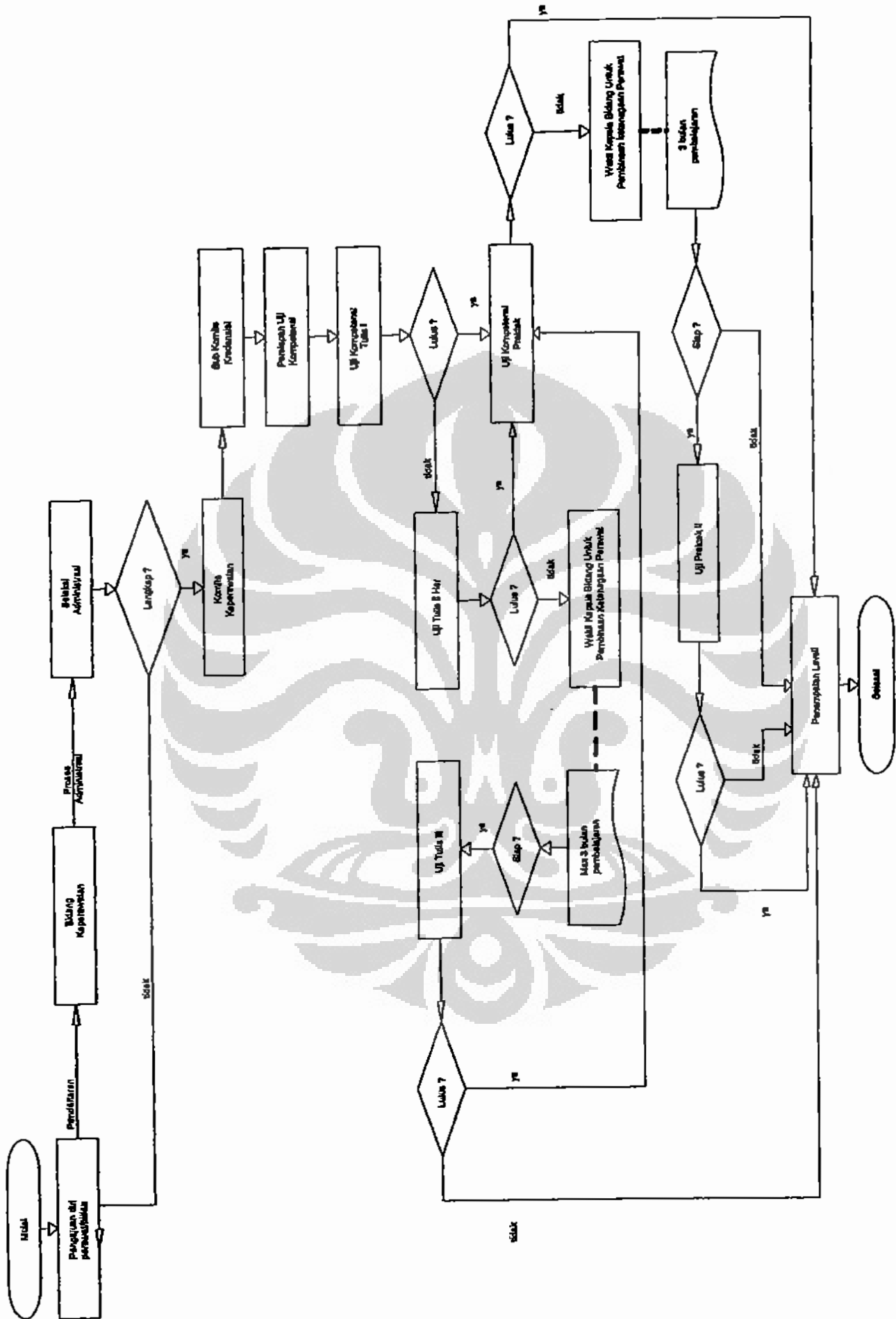
Nurse 5 (Expert)

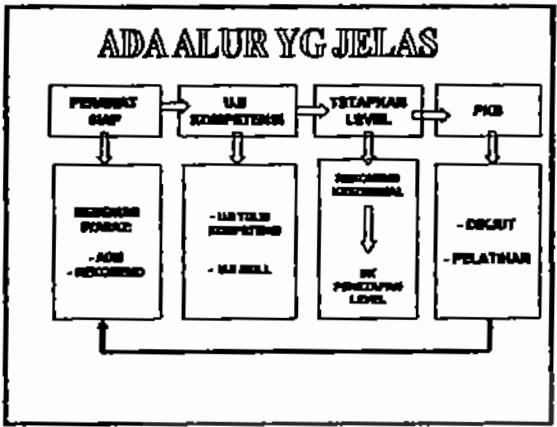
Pengertian: N5 adalah perawat yg memiliki kompetensi subspecialistik tingkat lanjut dgn kemampuan manajerial bidang keperawatan tingkat RS, menguasai konsep & aplikasi bimbingan klinik & penelitian keperawatan.

Pendidikan Formal dan pengalaman:

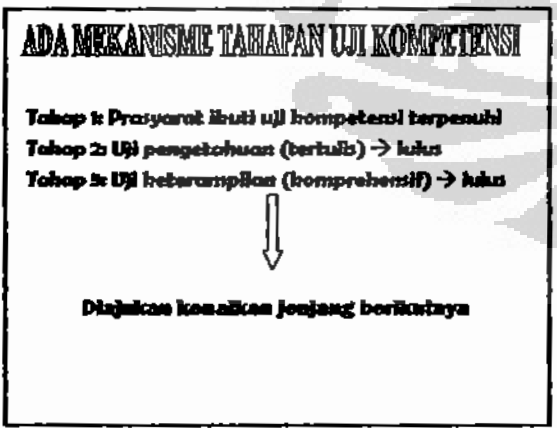
- S2 Keperawatan dgn pengalaman > 6 tahun
- S3 Keperawatan dgn pengalaman > 4 tahun

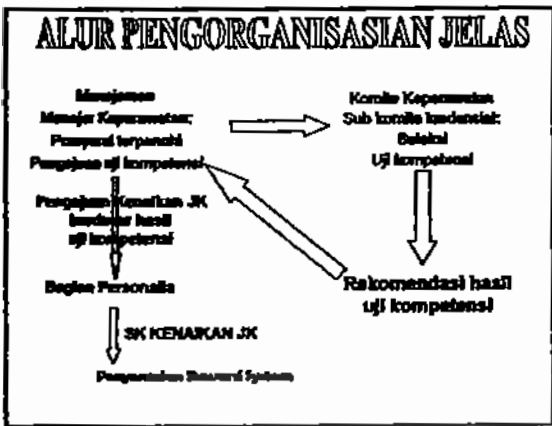
Alur Mekanisme Uji Kompetensi Pada Sistem Jenjang Karier Perawat RS PGI "Cikini" Jakarta











PROGRAM PEMBELAJARAN

Jenis	Sasaran Program	Fungsi dan Tujuan Belajar Kerja
1	1. Didukung	1. Profesionalitas keperawatan
2	2. Mampu melakukan SK: - Man-ekstern - Berbasis nilai terakut - Mampu melakukan prosedur SK - Dokumentasi keperawatan (incident & intermed keperawatan)	2. Mampu berpikir, analitis, pemecahan masalah, tindakan keperawatan
3	3. Mampu menilai keperawatan dalam bentuk logika.	3. Dokumentasi keperawatan
		4. Etika dan hukum keperawatan
		5. Komunikasi pasien dan keluarga
		6. Kemampuan komunikasi dan berkolaborasi
	Target Waktu 1 tahun	Target Waktu 12 jam

PROGRAM PEMBELAJARAN

Jenis	Sasaran Program	Fungsi dan Tujuan SK
1	1. Tindakan keperawatan	1. Critical care
2	2. Asuhan keperawatan pada pasien kritis >12 jam	2. Family involvement
3	3. Partisipasi pada quality control dan bertanggung jawab terhadap apa tindakan pada unit terakut	3. Fasilitas belajar melalui literasi
4	4. Mampu menilai keperawatan sesuai dengan standar keperawatan pada unit terakut, presentasi dengan nilai >70%	4. Tindakan dan other keperawatan
5	5. AKK/ penilaian sesuai dengan unit terakut	5. Intervensi pada literasi kritis
6	6. Monev/tingkat presentasi literasi	6. Kualitas serta pelayanan keperawatan
7	7. Mampu melakukan unit sebagai SK, dan berinteraksi individual & kolektif	7. Asuhan keperawatan pada literasi terakut
	Target Waktu 2 tahun	12 jam

MEKANISME JELAS BAGI YANG MENGULANG & GAGAL

- Gagal tahap 1 → beri kesempatan 3 bulan memperbaiki sikap/kinerja
- Gagal tahap 2 → beri kesempatan remedial dalam batas waktu 1 bulan. Minalu gagal → ikut kelas pembelajaran, kemudian penilaian tahap 1 terus berlanjut → gagal → ajukan ulang dari tahap 1 dalam batas waktu tertentu
- Gagal tahap 3 → beri kesempatan remedial dalam batas waktu 1 bulan, Minalu gagal → ulang lab skill pembelajaran → penilaian tahap 1 terus berlanjut → gagal → ajukan ulang tahap 1 dalam batas waktu tertentu.



ASKEP PASIEN DENGAN ASMA BRONKHIALE & SOP PEMBERIAN OKSIGEN



OLEH:
LABORA SITINJAK
0606027064

**Disampaikan Pada Pelatihan Sistem Jenjang Karier
Untuk Nurse 2: Advanced Beginner
Di RS PGI "Cikini" Jakarta
April 2008**

ASUHAN KEPERAWATAN ASMA BRONKHIAL

Labora Sitinjak, SKp



Pengertian

1. Asma Bronkhial adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermitten dan reversible di mana trakheobronkhial berespons secara hiperaktif terhadap stimulus tertentu.
2. Asma Bronkhial adalah suatu penyakit dengan ciri meningkatnya repons trachea dan bronchus terhadap berbagai stimulus dengan manifestasi adanya penyempitan jalan nafas yang luas di mana derajatnya dapat berubah-ubah baik secara spontan maupun hasil dari pengobatan (The American Society).



Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya, Asma Bronkhial dapat diklasifikasikan menjadi 3 tipe:

1. Ekstrinsik (alergik), ditandai dengan reaksi alergi yang disebabkan oleh faktor-faktor pencetus yang spesifik seperti debu, serbuk bunga, bulu binatang, obat-obatan (antibiotic dan aspirin) dan spora jamur. Asma ekstrinsik sering dihubungkan dengan adanya suatu predisposisi genetic terhadap alergi. Oleh karena itu jika ada faktor-faktor pencetus spesifik seperti yang disebutkan di atas maka akan terjadi serangan asma ekstrinsik.
2. Intrinsik (non alergik), ditandai dengan adanya reaksi non alergik yang berreaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik atau tidak diketahui seperti udara dingin atau bias juga disebabkan oleh adanya infeksi saluran pernafasan dan emosi. Serangan asma ini menjadi lebih berat dan sering sejalan dengan berjalannya waktu dan dapat berkembang menjadi bronkhitis khronik dan emfisema. Beberapa pasien akan mengalami asma gabungan.
3. Asma gabungan, bentuk asma yang paling umum. Asma ini mempunyai karakteristik dari bentuk alergik dan non alergik.

Etiologi

Ada beberapa hal yang merupakan faktor predisposisi dan presipitasi timbulnya serangan asma bronchial.

1. Faktor Predisposisi

Genetik, di mana yang diturunkan adalah bakat alerginya, meskipun belum diketahui bagaimana cara penurunannya yang jelas. Penderita alergi biasanya mempunyai keluarga dekat untuk menderita penyakit alergi. Karena ada bakat

alergi maka penderita sangat mudah terkena penyakit asma bronchial jika terpapar dengan faktor pencetus. Selain itu hipersensitifitas saluran pernafasannya juga bisa diturunkan

2. Faktor Presipitasi

Allergen, di mana dibagi 3 jenis:

- a. Inhalan, yakni yang masuk melalui saluran pernafasan, seperti debu, bulu binatang, serbuk bunga, spora jamur, bakteri dan polusi.
- b. Ingestan, yakni masuk melalui mulut seperti makanan dan obat-obatan.
- c. Kontak, yakni yang masuk melalui kontak dengan kulit seperti perhiasan, logam dan jam tangan.

Perubahan cuaca

Cuaca lembab dan hawa pegunungan yang dingin sering mempengaruhi asma. Atmosfir yang endadak dingin merupakan faktor pemicu terjadinya serangan asma. Kadang-kadang serangan berhubungan dengan musim, seperti musim hujan, musim kemarau, musim bunga. Hal ini berhubungan dengan arah angin serbuk bunga dan debu.

Stress

Stress/gabungan emosi dapat menjadi pencetus serangan asma, selain itu juga bisa memperberat serangan asma yang sudah ada. Di samping pemberian obat bagi pasien dengan gejala asma maka perlu pemberian nasihat untuk menyelesaikan masalah pribadi dari seseorang yang mengalami stress atau gangguan emosi. Selama pasien dalam keadaan stress maka asma tidak dapat diobati.

Lingkungan kerja

Mempunyai hubungan langsung dengan sebab terjadinya serangan asma. Hal ini berkaitan dengan di mana dia bekerja. Misalnya orang yang bekerja di laboratorium hewan, industri tekstil, pabrik asbes, polisi lalu lintas. Gejala ini membaik pada waktu libur/cuti.

Olah raga/aktifitas fisik yang berat

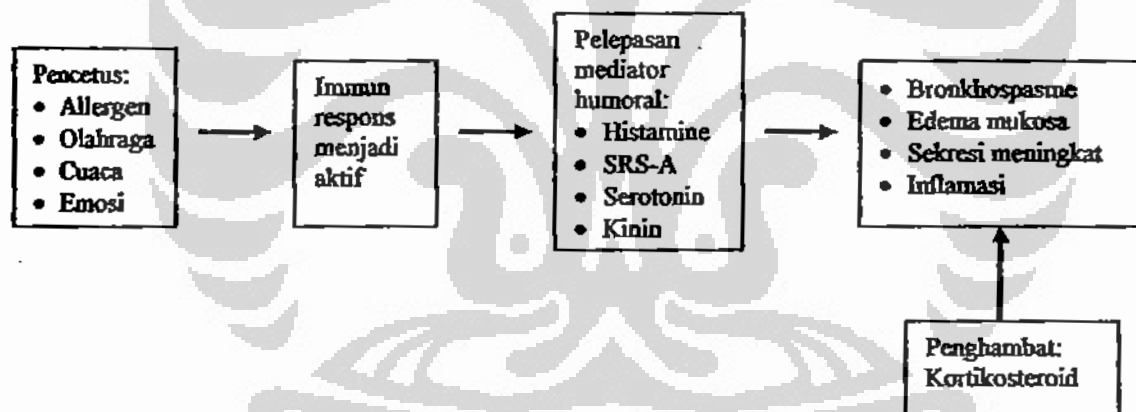
Sebagian besar pasien dengan asma akan mendapat serangan jika melakukan aktifitas fisik atau olahraga yang berat. Lari cepat paling mudah menimbulkan serangan asma. Serangan asma karena aktifitas biasanya terjadi segera setelah selesai aktifitas tersebut.

Patofisiologi

Asma ditandai dengan kontraksi spastik dari otot polos bronkiolus yang menyebabkan sukar bernafas. Penyebab umum adalah hipersensitifitas bronkiolus terhadap benda-benda asing di udara. Reaksi yang timbul pada asma tipe alergi diduga terjadi karena yang berikut. Seseorang penderita alergi mempunyai kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibodi Ig E abnormal dalam jumlah besar dan antibodi ini menyebabkan reaksi alergi bila reaksi dengan

antigen spesifikasinya. Pada asma, antibodi ini terutama melekat pada sel mast yang terdapat pada interstisial paru yang berhubungan erat dengan bronkiolus dan bronkus kecil. Bila seseorang menghirup alergen maka antibodi Ig E orang tersebut meningkat, alergen berreaksi dengan antibodi yang telah melekat pada sel mast dan menyebabkan sel ini mengeluarkan berbagai macam zat di antaranya histamin, zat anafilaksis yang berreaksi lambat (yang merupakan leukotrient), faktor kemotaktik eosinofilik dan bradikinin. Efek gabungan dari semua faktor ini akan menghasilkan edema lokal pada dinding bronkiolus kecil maupun sekresi mukus yang kental dalam lumen bronkiolus dan spasme otot polos bronkiolus sehingga menyebabkan tahanan saluran nafas menjadi sangat meningkat.

Pada asma, diameter bronkiolus lebih berkurang selama ekspirasi dari pada selama inspirasi karena peningkatan tekanan dalam paru selama ekspirasi paksa menekan bagian luar bronkiolus. Karena bronkiolus sudah tersumbat sebagian, maka sumbatan selanjutnya adalah akibat dari tekanan eksternal yang menimbulkan obstruksi berat terutama selama ekspirasi. Pada penderita asma biasanya dapat melakukan inspirasi dengan baik dan adekuat, tetapi sekali-kali melakukan ekspirasi. Hal ini menyebabkan dispnea. Kapasitas residu fungsional dan volume residu paru menjadi sangat meningkat selama serangan asma akibat kesukaran mengeluarkan udara ekspirasi dari paru. Hal ini bisa menyebabkan *barrel chest*.



Manifestasi klinik

Biasanya pada pasien asma yang sedang bebas serangan tidak ditemukan gejala klinis, tetapi pada saat serangan, pasien tampak bernafas cepat dan dalam, gelisah, duduk dengan menyangga ke depan serta tampak otot-otot bantu pernafasan bekerja dengan keras. Gejala klasik dari asma bronkial ini adalah sesak nafas, nengi (wheezing), batuk dan pada sebagian pasien ada yang merasa nyeri di dada. Gejala-gejala tersebut tidak selalu dijumpai bersamaan. Pada serangan asma yang lebih berat, gejala-gejala yang timbul semakin banyak antara lain: Silent chest, sianosis, gangguan kesadaran, hiperinflasi dada, takhikardi dan pernafasan cepat dan dangkal. Serangan asma seringkali terjadi pada malam hari.

Pemeriksaan laboratorium

1. Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan sputum dilakukan untuk melihat adanya:

- Kristal-kristal charcot leyden yang merupakan degranulasi dari kristal eosinofil
- Spiral crushmann, yakni merupakan cast cell (sel cetakan) dari cabang bronkhus
- Creole yang merupakan fragmen dari epitel bronkhus
- Netrofil dan eosinofil yang terdapat pada sputum, umumnya bersifat mukoid dengan viskositas yang tinggi dan kadang-kadang terdapat mukus plug.

2. Pemeriksaan darah

- Analisa gas darah pada umumnya normal akan tetapi dapat pula terjadi hipoksemia, hiperkapnia atau asidosis.
- Kadang pada darah terdapat peningkatan dari SGOT dan LDH
- Hiponatremia dan kadar leukosit kadang-kadang di atas 15.000/mm³ menandakan terdapat infeksi
- Pada pemeriksaan faktor-faktor alergi terjadi peningkatan dari Ig E pada waktu serangan dan menurun pada waktu bebas dari serangan

Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan radiologi

Gambaran radiologi pada asma umumnya normal. Pada waktu serangan menunjukkan gambaran hiperinflasi pada paru-paru di mana radiolusen meningkat dan pelebaran rongga interkostalis serta diafragma menurun. Apabila bila terdapat komplikasi maka kelainan yang didapat adalah:

- Bila disertai dengan bronkhitis maka bercak-bercak di hilus akan bertambah
- Bila terdapat komplikasi emfisema (COPD) maka gambaran radiolusen akan semakin bertambah
- Bila terdapat komplikasi maka terdapat gambaran infiltrate pada paru
- Dapat pula menimbulkan gambaran atelektasis lokal
- Bila terjadi pneumonia mediastinum, pneumotoraks dan pneumoperikardium maka dapat dilihat bentuk gambaran radiolusen pada paru-paru

2. Pemeriksaan tes kulit

Dilakukan untuk mencari faktor alergi dengan berbagai alergen yang dapat menimbulkan reaksi yang positif pada asma.

3. Elektrokardiografi

Gambaran elektrokardiografi yang terjadi selama serangan dapat dibagi menjadi 3 bagian dan disesuaikan dengan gambaran yang terjadi pada emfisema paru yakni:

- Perubahan aksis jantung yakni pada umumnya terjadi right axis deviasi dan clock wise rotation

- Terdapat tanda-tanda hipertrofi otot jantung yakni terdapat RBB (right bundle branch block)
- Tanda-tanda hipoksemia yakni terdapat sinus takhycardia, SVES dan VES atau terjadi depresi segmen ST negatif.

4. Scanning paru

Dengan scanning paru melalui inhalasi dapat dipelajari bahwa redistribusi udara selama serangan asma tidak menyeluru pada paru-paru.

5. Spirometri

Untuk menunjukkan adanya obstruksi jalan nafas reversibel, cara yang paling cepat dan sederhana diagnosis asma adalah melihat respons pengobatan dengan bronkodilator. Pemeriksaan spirometer dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator aerosol (inhaler atau nebulizer) golongan adrenergik. Peningkatan FEV1 atau FVC sebanyak lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma. Tidak adanya respons aerosol bronkodilator lebih dari 20%. Pemeriksaan spirometri tidak saja penting untuk menegakkan diagnosis tetapi juga penting untuk menilai berat obstruksi dan efek pengobatan. Banyak pasien tanpa keluhan tetapi pemeriksaan spirometrinya menunjukkan obstruksi.



Komplikasi

Berbagai komplikasi yang mungkin timbul adalah:

1. Status asmatikus
2. Atelektasis
3. Hipoksemia
4. Pneumothoraks
5. Emfisema
6. Deformitas thoraks
7. Gagal nafas

Penatalaksanaan

Prinsip umum pengobatan asma bronkhial adalah:

1. menghilangkan obstruksi jalan nafas dengan segera
2. mengenal dan menghindari faktor-faktor yang dapat mencetuskan serangan asma
3. memberikan penerangan kepada pasien ataupun keluarganya mengenai penyakit asma, baik pengobatannya maupun tentang perjalanan penyakitnya sehingga pasien mengerti tentang pengobatan yang diberikan dan bekerjasama dengan perawat atau dokter yang merawatnya

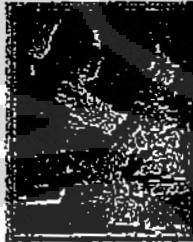


Pengobatan pada asma bronkhial dibagi 2:

1. Pengobatan non farmakologik

- Memberikan penyuluhan
- Menghindarkan factor pencetus
- Pemberian cairan
- Fisioterapi
- Beri O2 bila perlu

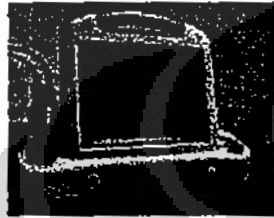
2. Pengobatan farmakologik



- **Bronkhodilator.** Obat untuk melebarkan saluran nafas terbagi 2 golongan:
 - **Simpatomimetik/adrenergik** (adrenalin dan efedrin) seperti: Orsiprenalin (Alupent), Fenoterol (Berotec), Terbutalin (Bricasma). Obat-obat golongan simpatomimetik tersedia dalam bentuk tablet, sirup, suntikan dan semprotan seperti MDI (Metered Dose Inhaler). Ada juga berbentuk bubuk halus yang dihirup (ventolin diskhaler dan bricasma turbuhaler) atau cairan bronkhodilator (alupen, berotec, bricasma serta ventolin) yang oleh alat khusus diubah menjadi aerosol (partikel-partikel yang Sangay halus) untuk selanjutnya dihirup.
 - **Santón (Teofilin)** seperti Aminofilin (Amical Supp), Aminofilin (Eufilin Retard), Teofilin (Amilex). Efek dari Teofilin sama dengan obat golongan simpatomimetik, tetapi cara kerjanya berbeda sehingga bila kedua obat ini dikombinasikan efeknya saling memperkuat. Cara pemakaian: Bentuk suntikan Teofilin/Aminofilin dipakai pada serangan asma akut dan disuntikkan perlahan-lahan langsung ke pembuluh darah. Karena sering merangsang lambung bentuk tablet atau sirupnya sebaiknya diminui sesudah makan. Itulah sebabnya pasien yang mempunyai penyakit lambung sebaiknya berhati-hati bila minum obat ini. Teofilin ada juga dalam bentuk suppositoria yang cara pemakaiannya dimasukkan ke dalam anus. Suppositoria ini digunakan apabila pasien tidak bisa/tidak cocok minum obat melalui oral

- **Kromalin**
Kromalin bukan bronkhodilator tetapi merupakan obat pencegah serangan asma. Manfaatnya adalah untuk pasien asma alergi terutama anak-anak. Kromalin biasanya diberikan bersamaan dengan dengan obat anti asma lainnya dan efeknya baru terlihat setelah pemakaian satu bulan.
- **Ketolifen**
Memiliki efek pencegahan terhadap asma seperti Kromalin. Biasanya diberikan dengan dosis 2 kali 1 mg/hari. Keuntungan obat ini adalah dapat diberikan secara oral.

Pengkajian



Hal-hal yang perlu dikaji pada pasien asma adalah:

1. **Riwayat kesehatan yang lalu**
 - Kaki riwayat pribadi atau keluarga tentang penyakit paru sebelumnya
 - Kaki riwayat alergi atau sensitivitas terhadap zat/faktor lingkungan
 - Kaki riwayat pekerjaan pasien
2. **Aktifitas**
 - Ketidakmampuan melakukan aktifitas karena sulit bernafas
 - Adanya penurunan kemampuan/peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktifitas sehari-hari
 - Tidur dalam posisi duduk tinggi
3. **Pemafasan**
 - Dispnea pada saat istirahat atau respons terhadap aktifitas atau latihan
 - Nafas memburuk ketika pasien berbaring terlentang di atas tempat tidur
 - Menggunakan otot bantu pemafasan misalnya meninggikan bahu, melebarkan hidung
 - Ada bunyi nafas mengi
 - Ada batuk berulang
4. **Sirkulasi**
 - Ada peningkatan tekanan darah
 - Ada peningkatan frekuensi jantung
 - Warna kulit atau membran mukosa normal/abu-abu/sianosis
 - Kemerahan atau berkeringat
5. **Integritas ego**

- Ansietas
- Ketakutan
- Peka rangsangan
- Gelisah

6. Asupan nutrisi

- Ketidakmampuan untuk makan karena distres pernafasan
- Penurunan berat badan karena anoreksia

7. Hubungan sosial

- Keterbatasan mobilitas fisik
- Susah bicara atau bicara terbata-bata
- Ada ketergantungan pada orang lain

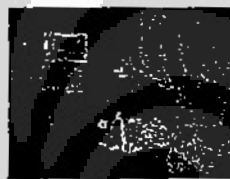
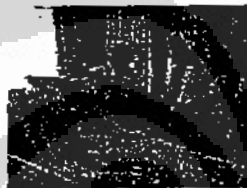
8. Seksualitas

- Penurunan libido

Diagnosa dan Intervenis Keperawatan

Diagnosa 1: Tidak efektif bersihan jalan nafas b.d bronkhospasme

Hasil yang diharapkan: Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi bersih dan jelas.



Intervensi	Rasional
<p>Mandiri Auskultasi bunyi nafas, catat bunyi nafas seperti mengi</p>	<p>Beberapa derajat spasme bronkhus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan dapat/tidak dimanifestasikan adanya nafas advertisius</p>
<p>Kaki/pantau frekuensi pernafasan, catat rasio inspirasi/ekspirasi.</p>	<p>Tkhipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/ada proses infeksi akut</p>
<p>Catat adanya derajat dispnea, ansietas, distres pernafasan, penggunaan otot bantu</p>	<p>Disfungsi pernafasan adalah variable yang tergantung pada tahap proses akut yang menimbulkan perawatan di RS</p>
<p>Tempatkan pasien dalam posisi nyaman seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur, duduk pada sandaran tempat</p>	<p>Peninggian kepala tempat tidue memudahkan fungs pernafasan dengan menggunakan gravitasi</p>

<p>tidur.</p> <p>Pertahankan polusi lingkungan minimum seperti debu, asap dll</p> <p>Tingkatkan masukan cairan sampai dengan 3000 ml/hari sesuai toleransi jantung dan berikan air hangat</p> <p>Kolaborasi Berikan obat sesuai dengan indikasi bronkhodilator</p>	<p>Pencetus tipe alergi pemapasan dapat mentrigger episode akut</p> <p>Hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret, penggunaan cairan hangat dapat menurunkan kekentalan sekret, penggunaan cairan hangat dapat menurunkan spasme bronkhus</p> <p>Merelaksasi otot halus dan menurunkan spasme jalan nafas, mengi dan produksi mukosa</p>
---	---

Diagnosa 2: Malnutrisi b.d anoreksia

Hasil yang diharapkan: Menunjukkan peningkatan berat badan.

Intervensi	Rasional
<p>Mandiri Kaji kebiasaan diet, masukan makanan saat ini. Catat derajat kerusakan makanan</p> <p>Sering lakukan perawatan oral, buang sekret, berikan wadah khusus untuk sekali pakai.</p> <p>Kolaborasi Berikan oksigen tambahan selama makan sesuai indikasi</p>	<p>Pasien distress pemapasan akut sering anoreksia karena dispnea</p> <p>Rasa tak enak dan bau menurunkan nafsu makan dan dapat menyebabkan mual/muntah dengan peningkatan kesulitan nafas</p> <p>Menurunkan dispnea dan meningkatkan energi untuk makan, meningkatkan masukan.</p>

Diagnosa 3: Kerusakan pertukaran gas b.d gangguan suplai oksigen (spasme bronkhus)

Hasil yang diharapkan: Perbaiki ventilasi dan oksigen adekuat.

Intervensi	Rasional
<p>Mandiri Kaji/awasi secara rutin kulit dan membran mukosa</p> <p>Palpasi fremitus</p> <p>Awasi tanda vital dan irama</p>	<p>Sianosis mungkin di perifer atau sentral keabu-abuan dan sianosis sentral mengindikasikan beratnya hipoksia</p> <p>Penurunan getaran vibrasi diduga adanya pengumpulan cairan/udara</p> <p>Takhikardia, disrimia an perubahan tekanan</p>

<p>jantung</p> <p>Kolaborasi Berikan oksigen tambahan sesuai dengan indikasi hasil AGDA dan toleransi pasien.</p>	<p>darah dapat menunjukkan efek hipoksemia sistemik pada fungsi jantung</p> <p>Dapat memperbaiki atau mencegah memburuknya hipoksia.</p>
--	--

Diagnosa 4: Resiko tinggi terhadap infeksi b.d tidak adekuat immunitas

Hasil yang diharapkan:

- Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah atau menurunkan resiko infeksi
- Perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang nyaman

Intervensi	Rasional
<p>Mandiri Awasi suhu tubuh.</p> <p>Diskusikan kebutuhan nutrisi adekuat</p> <p>Kolaborasi Dapatkan spesimen sputum dengan batuk atau suction untuk pewarnaan Gram, kultur/ sensitifitas.</p>	<p>Demam dapat terjadi karena infeksi dan atau dehidrasi</p> <p>Malnutrisi dapat mempengaruhi kesehatan umum dan menurunkan tahanan terhadap infeksi</p> <p>Untuk mengidentifikasi organisme penyebab dan kerentanan terhadap beberapa anti mikrobial</p>

Diagnosa 5: Kurang pengetahuan b.d kurang informasi, salah mengerti

Hasil yang diharapkan: Menyatakan pemahaman kondisi/proses penyakit dan tindakan.

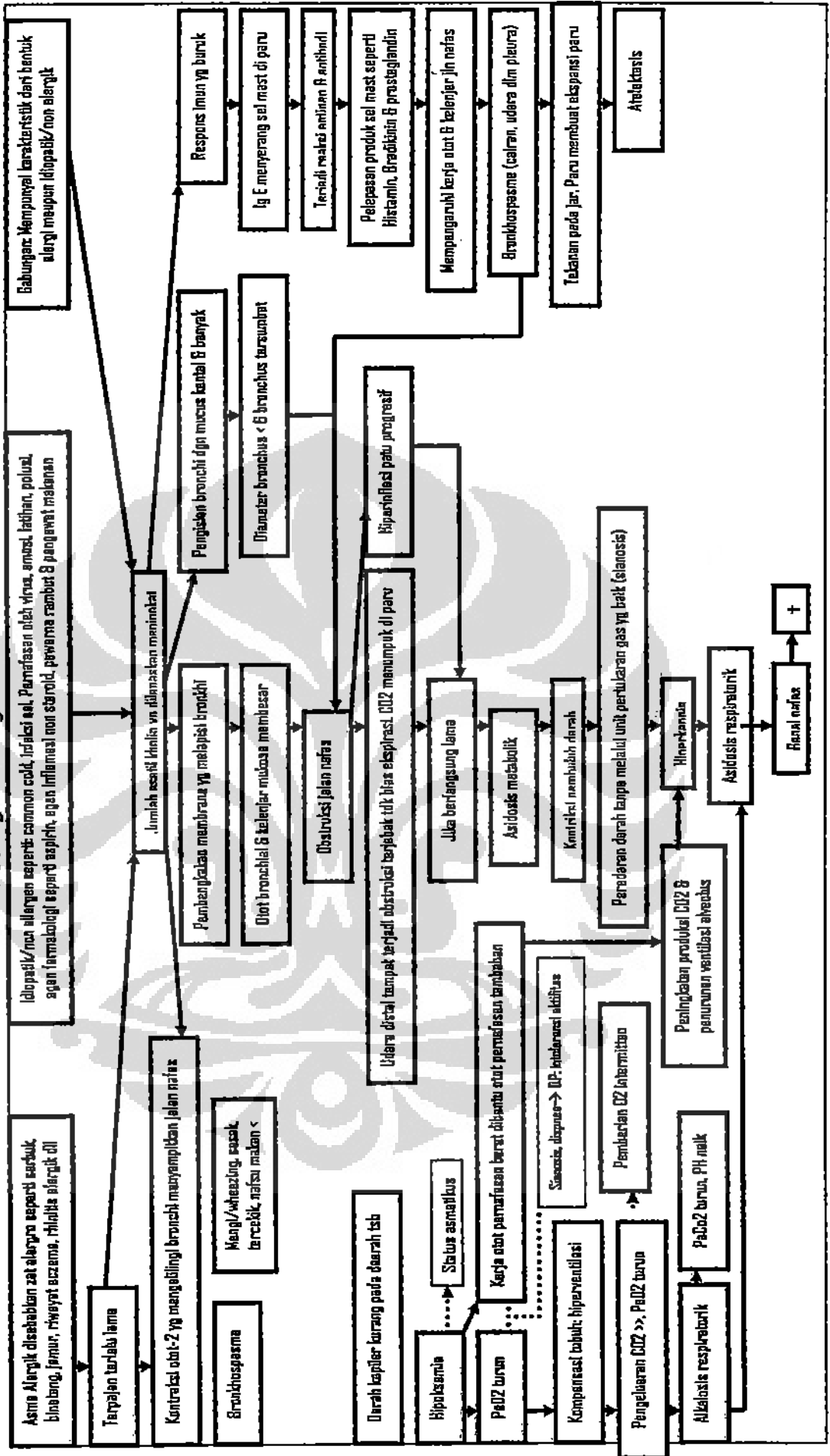


Intervensi	Rasional
<p>Jelaskan tentang penyakit individu</p> <p>Diskusikan obat pemafasan, efek samping dan reaksi yang</p>	<p>Menurunkan ansietas dan dapat menimbulkan perbaikan partisipasi pada rencana pengobatan</p> <p>Penting bagi pasien memahami perbedaan antara efek samping mengganggu dan</p>

TERAPI OKSIGEN

PENGERTIAN	Memberikan oksigen tambahan untuk mengoptimalkan pola pernafasan.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengurangi sesak nafas b. Memberikan oksigen secukupnya kepada otak dan semua daerah tubuh
KEBIJAKAN	Usahakan tabung oksigen di ruangan selalu berisi sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan oksigen sudah siap.
PROSEDUR	<p>PERSTAPAN ALAT</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tabung O₂ lengkap dengan flowmeter dan botol humidifier b. Kanula/masker/kateter O₂ dan pipa O₂ kalau perlu c. Alat tulis dan Jelly bila perlu <p>LANGKAH-LANGKAH</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan kepada pasien/keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan b. Membawa tabung O₂ dan peralatan lain ke dekat pasien c. Kontrol alat oksigen. Flowmeter yang terkunci dibuka. Cairan humidifier yang sudah habis diisi. Pastikan semua alat berfungsi baik. Kalau ada yang tidak optimal, mencari pengganti d. Pastikan aliran O₂ pada ujung pipa lancar e. Pasang alat O₂ pada muka pasien <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kanula</i> dipasang pada hidung, difiksasi dengan tali pada telinga • <i>Masker</i> dipasang menutupi mulut dan hidung. Difiksasi dengan tali melingkar kepala • <i>Kateter</i> ukur jarak dari cuping hidung sampai ke telinga dan berikan tanda. Kateter diolesi jelly, kemudian dimasukkan melalui cuping hidung sejauh tanda tersebut. Fiksasi dengan plester pada hidung/bibir pasien. Kateter diganti setiap 48 jam. g. Beri O₂ sesuai kebutuhan/program medis dengan memutar kontrol volume h. Cuci tangan i. Evaluasi toleransi pasien terhadap prosedur j. Dokumentasikan dalam kartu pasien serta laporkan perubahan yang berarti <p>PERHATIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Periksa SaO₂ secara rutin pada pasien b. Kontrol posisi pasien. Pasien sesak nafas beri posisi Fowlers c. Kontrol O₂ d. Tanggap terhadap reaksi pasien

PATOLOGI DIAGRAM ASMA



By Labora

tidak diinginkan	merugikan
Tunjukkan tehnik penggunaan inhaler	Pemberian obat yang tepat meningkatkan keefektifannya

DAFTAR PUSTAKA

- Baratawidjaja, K. (1990), *Ilmu Penyakit Dalam*, FK UI Jakarta
- Brunner & Suddart (2002), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, EGC, Jakarta
- Crockett, A. (1997), *Penanganan Asma dalam Penyakit Primer*, Hipocrates, Jakarta
- Crompton G. (1990), *Diagnosis and Management of Respiratory Disease*, Blacwell Scientific Publication.
- Doenges, M.E., Moorehouse, M.F. & Geissier, A.C. (2000), *Rencana Asuhan Keperawatan*, EGC, Jakarta
- Guyton & Hall (1997), *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Hudak & Gallo (1997), *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*, Volume 1, EGC, Jakarta.
- Price, S & Wilson, L.M. (1995), *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, EGC, Jakarta.
- Pullen, R.L. (1995), *Pulmonary Disease*, Lea & Febiger, Philadelphia.
- Rab, T. (1996), *Ilmu Penyakit Paru*, Hipocrates, Jakarta
- Rab, T. (1998), *Agenda Gawat Darurat*, Hipocrates, Jakarta
- Reeves, C.J., Roux, G. & Lockhart, R. (1999), *Keperawatan Medikal Bedah*, Salemba Medika, Jakarta
- Staff pengajar FK UI (1997), *Ilmu Kesehatan Anak*, Info Medika, Jakarta.
- Sundaru, H. (1995), *Asma: Apa dan Bagaimana Pengobatannya*, FK UI, Yakarta.


PENGORGANISASIAN DALAM KEPERAWATAN



**OLEH:
LABORA SITINJAK
0606027064**

**Disampaikan Pada Pelatihan Sistem Jenjang Karier
Untuk Nurse 4: Proficient
Di RS PGI "Cikini" Jakarta
April 2008**

PENGORGANISASIAN KEPERAWATAN



PENDAHULUAN


- Manajemen: Proses pelaksanaan kegiatan melalui upaya orang lain utk mencapai tujuan bersama.
- Manajemen keperawatan: Pelaksanaan ygm kep melalui staf pada level, lab, keluarga, kelompok & masyarakat.
- Pengorganisasian: Fe khusus manajemen, dilaksanakan utk mencapai tujuan organisasi, berdasar garis & bentuk kerja.
- Pengorganisasian: Pengalokasian aktivitas dgn sumber, mencapai tujuan yg ditetapkan & daya utk melakukan kegiatan yg tepat dgn unit lain. Cara berkolaborasi & vertikal dalam mencapai tujuan organisasi, mltas ygm kep hrs mengorganisasikan aktivitasnya melalui kelompok-kelompok tujuan ygm kep tercapai.
- Ruang smet: Salah satu pncipta ygm hrs berwujud ygm kep yg dilakukan secara tim beror. semua tenaga termasuk perawat bertanggung jawab dan penyelesaian masalah ber. hila. Pengorganisasian ygm kep secara optimal hrs memobilkan semua ygm kep.
- Tujuan dlm ygm kep di ruang smet meliputi: Struktur organisasi ruang smet, pengalokasian kegiatan (metode pengorganisa-), koordinasi kegiatan & evaluasi kegiatan berdasar kerja yg tercapai melalui gmn. bntn. bentuk struktur organisasi dlm ygm kep utk mencapai tujuan.

PENGERTIAN PENGORGANISASIAN

- Pengorganisasian adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas, tanggung jawab & t. jawab yg sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yg dpt digambarkan sebagai suatu kegiatan kesatuan yg telah ditetapkan. (Siagian, 1983 dlm Juniati).
- Seligaji (dlm Juniati) mengemukakan bahwa fe pengorganisasian merupakan proses mencapai tujuan dgn koordinasi kegiatan & usaha, melalui penataan pola struktur, tugas, otoritas, tenaga kerja & komunikasi.

Tiga aspek pembinan dalam pengorganisasian


- Pola struktur yg berarti proses hub. interaksi yg dikembangkan secara efektif.
- Penataan tiap kegiatan yg merupakan kerangka kerja dan organisasi
- Struktur kerja organisasi termasuk kelompok kegiatan yg sama, pola hub. antar kegiatan yg berbeda, penempatan tenaga yg tepat & pembinaan cara komunikasi yg efektif antar perawat



PRINSIP-PRINSIP PENGORGANISASIAN


PEMBAIAN KERJA:

- Prinsip dasar mencapai efisiensi: pekerjaan dibagi-2 agar setiap orang memiliki tugas tertentu.
- Kaidah ktp perlu mengetahui:
 - Pendidikan & pengalaman tiap staf
 - Peran & fr perawat yg ditetapkan
 - Mengetahui ruang lingkup tugas Kaid. Ktp & kedudukannya dalam organisasi
 - Mengetahui batas wewenang dan melaksanakan tugas & t. jawabannya
 - Mengetahui hal-2 yg dpt didelegasikan kepada staf & kpd tenaga non ktp



Yg perlu diperhatikan pd pengelompokan & pembagian kerja

1. Jln tugas yg dibebankan terbatas, sesuai kemampuannya.
2. Setiap ruang rawat memiliki rincian aktivitas yg jelas & terdite.
3. Tiap staf memiliki rincian tugas yg jelas.
4. Variasi tugas bagi seseorang disesuaikan dengan jenis/erit hubungannya.
5. Menegakkan terjadinya pengalokasian antar staf/kegiatan.
6. Pengalokasian tugas berdasarkan kepentingan, mendesak, kesulitan & waktu



Pengorganisasian by Labora- Sistem Jenjang Karier Perawat RS PGI "Cikini" Jakarta

Manfaat Koordinasi :

1. Menghindari perasaan lepas antar tugas yg ada di bagian/bagian & perasaan lebih penting dari yg lain
2. Menumbuhkan rasa saling membantu menimbulkan kesatuan tindakan & sikap antar staf

Cara Koordinasi

Komunikasi terbuka, dialog, pertemuan/rapat, pencatatan & pelaporan, pembakuan formulir yg berlaku.



MANAJEMEN WAKTU

Diman mengorganisir SDM, sering PKR mengalami kesulitan mengatur & mengendalikan waktu. Banyak waktu pengelola dihabiskan untuk orang lain. Oleh karena itu perlu pengontrolan waktu agar dpt digunakan lebih efektif



Pengorganisasian by Labora- Sistem
Jenjang Karier Perawat RS PGI "Cikini"
Jakarta

Pengendalian waktu agar efektif perlu

- Analisa waktu yg dipakai, membuat agenda harian utk menentubukan kategori kegiatan yg ada
- Memeriksa kembali masing-2 porsi setiap aktifitas
- Menentukan prioritas pekerjaan menurut kegawatan & perkembangannya serta tujuan yg akan dicapai
- Delegasikan

Hambatan yg sering terjadi pd pengaturan waktu

- Terperangkap dlm pekerjaan
- Menunda karena takut salah
- Tamu yg tidak terjadwal
- Telepon
- Rapat yg tdk produktif
- Peraturan "open door"
- Tidak dpt mengatakan "tidak" pada hal-2 yg tdk perlu

PENGORGANISASIAN KEGIATAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT

PKR bertanggung jawab mengorganisasi kegiatan askep di unit kerjanya utk mencapai tujuan pengorganisasian yan kep di ruang rawat meliputi:

1. Struktur organisasi

Struktur organisasi ruang rawat terdiri dari struktur, bentuk & bagian. Berbagai struktur, bentuk & bagian dpt digunakan tergantung pd besarnya organisasi & tujuan yg ingin dicapai. Ruang rawat sebagai wadah & pusat kegiatan yan kep perlu memiliki struktur organisasi utte menggambarkan pola hub antar bagian, staf, atasan bawahan, posisi tiap bagian, wewenang & t. jawab serta jalur t. gugat. Bentuk organisasi dpt pula disesuaikan dgn pengelompokan kegiatan atau sistem penugasan yg digunakan, misalnya bentuk organisasi lini tepat utte sistim penugasan tim. Bentuk organisasi staf sesuai utte organisasi sistem perawatan primer.

000000

2. Pengelompokan kegiatan

Selain organisasi memiliki pertimbangan tugas atau kegiatan yg harus dilaksanakan utte mencapai tujuan. Kegiatan perlu dilaksanakan sesuai spesifikasi tertentu. Pengorganisasian kegiatan dilaksanakan utte memperlakukan pembagian tugas pd personal sesuai pengelompokan & keterampilan yg mereka miliki serta disesuaikan pd kebutuhan klien. Pengorganisasian tugas perawat (ak disebut dgn metode penugasan). Yna kep di butuhkan karena pertimbangan waktu, tenaga, keterampilan & pengetahuan klien, maka metode spesifikasi utte pelayanan akan sangat membantu tingkat kes yg maksimal. Baga diadikikan setiap kegiatan kep diadikikan pd penugasan tugas & tanggungjawab setiap anggota kep utte sedlalu berkoordinasi, mengkomunikasikan, mengkoordinasikan proses penugasan tugas melalui interaktif, komunikasi & integrasi pelayanan di antara staf kep yg terlibat. Dlm upaya mencapai tujuan tsb, manajer kep atau unit tsb Pncat tsb, jumbuh mengorganisir tenaga kep & kegiatan yan kep yg akan dilaksanakan sesuai kebutuhan klien agar Pncat perula mengkoordinasikan klien yan ada di salk kegiatan.



000000

Menurut Kien, 1967, kategori klien didasarkan atas

- Tkt yan kep yg dibutuhkan klien, misalnya kep mandiri, minimal, sebagian, total atau intensif
- Usia, misalnya anak, dewasa, usia lanjut
- Diagnosa/masalah kes yg dialami klien mis: perawatan bedah, ortopedi & kulit
- Terapi yg dilakukan, mis: rehabilitasi & kemoterapi.

000000

Macam-macam metoda penugasan keperawatan

Metoda fungsional: Pengorganisasian tugas yan kep yg didasarkan pd pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yg dilakukan. Cth: Perawat A bertugas menyuntik, perawat B mengukur suhu tubuh klien. Seorang perawat dpt melakukan dua jenis tugas atau lebih utk semua klien yg ada di unit tsb. PKR bertanggung jawab dalam pembagian tugas tsb & menerima laporan tentang semua klien serta menjawab semua pertanyaan tentang klien

Keuntungan:

1. Perawat terampil utk tugas/pekerjaan tertentu
2. Mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah selesai tugas
3. Ketersediaan tenaga yg ahli dpt diganti dgn tenaga yg kurang berpengalaman utk tugas sederhana
4. Memudahkan PKR mengawasi staf atau peserta didik/praktik utk ketrampilan tertentu

Kerugian:

- Yan kep terpilah-pilah atau tidak total sehingga proses kep sulit dilakukan
- Apabila pekerjaan selesai, perawat cenderung meninggalkan klien & melakukan tugas non kep
- Kepuasan kerja keseluruhan sulit dicapai & sulit diidentifikasi kontribusinya terhadap yan klien
- Perawat hanya melihat aspek sebagai ketrampilan saja.

Metoda keperawatan total

Yaitu pengorganisasian
 yan/astkep utke satu atau
 beberapa klien oleh satu
 orang perawat pd saat
 bertugas/jaga selama
 periode waktu tertentu
 atau sampai klien
 pulang. PKR bert jawab
 dlm pembagian tugas &
 menerima semua laporan
 tentang yan kep klien



Keuntungan:

- Fokus kep sesuai kebutuhan klien
- Memberi kesempatan melakukan kep yg komprehensif
- Memotivasi perawat selalu bersama klien selama bertugas, tugas non kep dpt dilakukan oleh yang bukan perawat
- Mendukung penerapan proses kep
- Kepuasan tugas secara keseluruhan dpt dicapai

Kerugian:

- Beban kerja tinggi terutama jika jlh klien banyak sehingga tugas rutin yg sederhana terlewatkan
- Peserta didik sulit melatih ketrampilan dlm perawatan dasar, mis: Menyuntik/mengukur suhu
- Pendelegasian tugas terbatas
- Kelanjutan perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas.

Metoda tim keperawatan/ keperawatan kelompok

Yaitu pengorganisasian yan kep oleh sekelompok klien. Kelompok ini dipimpin perawat berijazah & berpengalaman serta memiliki pengetahuan dlm bidangnya (RN). Pembagian tugas dlm kelompok dilakukan pimpinan kelompok/ketua grup. Selain itu, ketua bert. jawab mengarahkan anggota sebelum bertugas & menerima laporan kemajuan yan kep klien serta membantu anggota tim menyelesaikan tugas apabila mengalami kesulitan. Selanjutnya ketua grup yg melaporkan pd PKR tentang kemajuan yan/askap terhadap klien.

Keuntungan:

- Memfasilitasi yan kep yg komprehensif
- Memungkinkan pencapaian proses kep
- Konflik/perbedaan pendapat antar staf dpt ditekan melalui rapat tim. Cara ini efektif utk belajar
- Memberi kepuasan anggota tim dlm hubi interpersonal
- Memungkinkan menyatakan kemampuan anggota tim yg berbeda-beda dgn aman & efektif



Kerugian:

- Rapat tim memerlukan waktu, sehingga pd situasi sibuk, rapat tim ditiadakan atau terburu-buru, sehingga dpt mengakibatkan komunikasi & koordinasi antar anggota tim terganggu, sehingga kelancaran tugas terhambat
- Perawat yg belum trampil & belum berpengalaman selalu tergantung atau berindung pd anggota tim yg mampu
- Akontabilitas dlm tim, kabur

Metoda keperawatan primer

Yaitu pengorganisasian yan/askep yg dilakukan oleh satu orang RN sebagai perawat primer yg bertanggung jawab dlm askep selama 24 jam thdp klien yg menjadi t. jawabnya mulai dari masuk sampai pulang dari RS. Apabila perawat primer libur/cuti, t. jawab dlm askep klien diserahkan pd teman sekerja yg satu level atau satu t. pengalamannya & ketrampilannya (associate nurse)



Keuntungan:

- Model praktik keprofesionalan dapat dilakukan/diterapkan
- Memungkinkan askep yg komprehensif
- Memungkinkan penerapan proses keprofesionalan
- Memberi kepuasan kerja bagi perawat
- Memberi kepuasan bagi klien & keluarga penerima askep

Kerugian:

- Hanya dapat dilakukan perawat profesional
- Biaya relatif lebih tinggi dibanding metode lain.

Metoda modular

Yaitu pengorganisasian yan/askes yg dilakukan perawat profesional & non profesional (trampil) utk sekelompok klien dari mulai klien masuk sampai pulang dari RS ditanggungjawab total/keseluruhan. Utk metode ini diperlukan perawat yg berpengalaman, trampil & memiliki kemampuan memimpin. Idealnya 2-3 perawat untuk 8-12 orang klien

Keuntungan dan kerugian

Gabungan metode tim & perawatan primer

Semua metode di atas dpt digunakan sesuai situasi & kondisi ruangan, jlh staf yg ada harus berimbang. Selain itu kategori pendidikan tenaga perlu diperhatikan sesuai kondisi ketenagaan di Indonesia saat ini. Menurut organisasi RS di USA, bahwa dari hasil penelitian dinyatakan 33 % RS menggunakan metode tim, 25 % perawatan total/alokasi klien, 15 % metode primer dan 12 % metode fungsional (Kron & Gray, 1987). Dgn demikian metode tim tepat digunakan.

Praktik keperawatan tim sebaiknya dilaksanakan sebagai

Ketua tim sebaiknya perawat berpendidikan/pengalaman, terampil & memiliki kemampuan kepemimpinan. Jika hanya seorang RN yg bertugas, dia harus menjadi KT. KT harus mampu menentukan prioritas kebutuhan askep klien, merencanakan, melakukan supervisi & evaluasi yan kep. Selain itu harus mampu memberi askep sesuai filosofi kep. uraian tugas utk KT & anggota tim harus jelas & spesifik.

- Komunikasi yg efektif diperlukan utk kelanjutan askep. dgn demikian pencatatan ren-pra utk tiap klien harus selalu tepat waktu & askep selalu dinilai kembali utk validitasnya
- KT harus menggunakan semua tehnik manajemen & kepemimpinan
- Pelaksanaan kep sebaiknya fleksibel/tidak kaku. metode tim dpt dilakukan pd shift pagl, sore atau malam di unit manapun. Tenaga dpt terlibat dlm tim, minimal 2-3 tim, jlh atau besarnya tim tergantung dari banyaknya staf. Dua orang perawat dpt dikatakan tim terutama utk shift sore & malam di mana jlh tenaga terbatas

Tanggung jawab ketua tim

- Mengkaji setiap klien & menerapkan tindakan tepat. Pengkajian merupakan proses berlanjut & berkesinambungan. Dpt dilakukan scrh terima tugas.
- Mengkoordinasikan ren-pra & pengobatan
- Menyusun ren-pra tepat waktu, membimbing anggota tim utk mencatat tindak kepemimpinan yg telah dilakukan
- Meyakini semua hasil evaluasi berupa respons klien thdp tindakan kep tercatat
- Menilai kemajuan semua klien dari hasil pengamatan langsung atau laporan anggota tim

Tanggung jawab anggota tim

- Menyadari bahwa mereka memiliki tanggung jawab utuh setiap klien di unit tsb, mis: pd saat jam makan siang staf & rapat tim
- Mengikuti instruksi kep yg tertore dim ren-pria secara teliti termasuk program pengobatan
- Melaporkan secara tepat & akurat tentang asuhan yg dilakukan serta respons klien
- Menorakan bantuan & bimbingan ketua tim



I. Jawab PKR pada penugasan tim

- Menetapkan standar kinerja staf
- Membantu staf menetapkan sasaran pd unit yg dipimpinya
- Memberi kesempatan pd KT & membantu mengembangkan ketrampilan manajemen & kepemimpinan
- Secara berkesinambungan mengorientasikan staf baru tentang prosedur tim kep
- Menjadi narasumber bagi KT & staf pd saat diskusi
- Motivasi staf meningkatkan kualitas askep
- Melakukan komunikasi terbuka utuh setiap staf yg dipimpinya

Koordinasi kegiatan

- PKR sebagai koordinator kegiatan perlu menetapkan kerjasama yg selaras satu sama lain & saling menunjang utuh menciptakan suasana kerja yg menyenangkan. Selain itu harus memperhatikan prinsip-prinsip organisasi yg telah dipelajari di atas mis: Kesatuan komando, setiap staf mempunyai satu atasan langsung. Rentang kendali 3-7 staf untuk satu atasan. Pada metode penugasan tim dim satu orang bisa lebih dari 3-7 tim. Selain itu PKR perlu mendelegasikan kegiatan askep langsung pd KT, kecuali tugas pokok yg harus dilakukan PKR. PKR mendelegasikan pd orang yg tepat mendelegasikan saran penerima delegasi & penerima harus bert gugat



Evaluasi kegiatan

Kegiatan yg telah dilakukan perlu dievaluasi utk menilai apakah pelaksanaan kegiatan sesuai rencana. Oleh karena itu PKR berkewajiban memberi arahan yg jelas tentang kegiatan yg akan dilakukan. Dgn demikian diperlukan uraian tugas yg jelas utk masing-2 staf & prosedur tugas yaitu: Langkah-2 yg diperlukan utk melakukan



KESIMPULAN

- Pengorganisasian perlu dilakukan mencapai tujuan efektif & efisien. Dgn menggunakan prinsip-2 pengorganisasian dilaksanakan sesuai rencana.
- Dg bagai bentuk struktur & bagian organisasi dipilih sesuai kebutuhan klien & unit kerja termasuk kebutuhan staf. Selain itu pengelompokan kegiatan memerlukan metode pengorganisasian yg dipilih. Metode tsb dpt dipilih sesuai komitl & jlh klien, jlh & kategori pendidikan & pengalaman staf di unit tsb. Namun yg paling banyak digunakan: Metode tim, tetapi yg terbaik: Metode perawatan primer jika ditinjau jlh & kualitas staf yg memadai.
- PKR sebagai ujung tombak jman kep di ruang rawat perlu melakukan koordinasi kegiatan di unit yg menjadi t. jawab serta kegiatan & penempatan kerja staf, perlu dievaluasi dlm upaya mempertahankan kualitas jman kep & juga perlu dilakukan kelengkapan kerja yg teknis. Dgn PKR berkewajiban menjaga keberlangsungan kelengkapan kerjanya yg pd akhirnya dpt meningkatkan motivasi kerja & kualitas pekerjaan yg dilakukan.

DAFTAR BACAAN

- Gillis, D.A., 1989, *Nursing Management: A system approach* 2nd ed, Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Kron, T., and Gray, A., 1987, *The Management of Patient Care: Putting leadership skills to work*, Philadelphia: W.B. Saunders Co
- Swansborg, R.C., 1990, *Management and Leadership For nurse Managers*, Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- Szilagyi, A.D., 1984, *Management and performance*, London: Scott, Foresman and Co.
- Siguan, S.P., 1983, *Filsafat administrasi*, Jakarta: Peretakan offset Sapdodadi.

Asuhan Keperawatan Klien dengan Stroke



Dr. Rizwanul
M2 di bagian I I RS POI Cipto
Jakarta
Ditulis dalam rangka uji
kependidikan jenjang sarjana
pascasarjana
Tgl 23 April 2008

Definisi

- Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak.
- Merupakan penyebab kematian ketiga di seluruh dunia

(Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare ,
2002)

Penyebab

- Trombotik: Bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher sehingga terjadi penyempitan aliran darah karena terjadi penyempitan lumen pembuluh darah
- Embolik: Bekuan darah dari tempat lain yang terbawa ke otak sehingga menjadi sumbatan aliran darah ke otak
- Hemia: Penurunan aliran darah ke otak karena adanya sumbatan atau penyempitan pembuluh darah
- Perdarahan serebral: Pecahnya pembuluh darah karena peningkatan tekanan di dalam pembuluh darah.

Tanda dan Gejala

- Pusing
- Perubahan kognitif Mudah lupa, daya nilai menurun, tidak mampu membuat keputusan.
- Kejang
- Kehilangan fungsi motorik Hemiplegia, hemiparesa, paralisis
- Kehilangan fungsi neurologis Gangguan pada saraf spinal dan kranial
- Gangguan fungsi menelan

Manifestasi Klinis

- Terjadinya defisit neurologis bergantung pada lokasi lesi atau lokasi iskemi
- Kehilangan kemampuan bergerak
- Peringatan Tekanan Intra Kranial
-- Trias Tika Pusing, muntah, TD meningkat
- Kehilangan fungsi sensorik
- Adanya perdarahan lambung

Resume kasus

- Tn. M, 63th, sudah seminggu dirawat di RS. Tebet dengan keluhan lemah pada kaki dan tangan kanan, dirawat dengan stroke non-hemoragi, BAB berwarna hitam, BAK berdarah sejak 1 mngg selama di RS Tebet.

Asuhan Keperawatan

- DATA
- Keluhan motorik 4444/0000
4444/0000
- GCS: E1, respon motorik, apall
- Saat ini klien tidak mengeluh pusing, tidak ada masalah, bicara sudah belum baik, artikulasi tidak jelas, baru mampu mengucapkan dan menggalang serta mengatakan tidak. Klien belum mampu menggerakan ekstremitas kanan dan pada area kiri mulai mengalami kelainan.
- Masalah keperawatan intoleransi aktifitas b.d kelainan fisik

Asuhan Keperawatan

- Perencanaan keperawatan
- Tujuan: Setelah 1 minggu perawatan klien mobilitasi fisik klien akan meningkat
- Kriteria Hasil: Klien mampu
 - Menggerakan ekstremitas kanan
 - Meningkatkan komunikasi verbal
 - Meningkatkan perfusi serebral
- Implementasi
 - Latihan bertahap, ROM pasif setiap mandi
 - Melatihkan komunikasi aktif dengan klien untuk melatih kemampuan komunikasi verbal
 - Memberi stimulus untuk meningkatkan berja saraf

Data Subjektif

- Keluarga mengatakan sudah mulai mampu miring ke kanan

Data Objektif

- Klien mampu memiringkan tubuh
- Ekstremitas kiri mampu diangkat sendiri pada saat dimasukkan
- Ekstremitas kanan masih tidak dapat diangkat
- Klien belajar duduk di tempat tidur sesuai kemampuan

DATA

- Banyak sekret, suara napas ronchi
- Klien telah tirah baring 13 hari di RS Cibiru dan 7 hari di RS Tebet
- Kemarin banyak sputum di sepanjang selang NGT dan lambung sehingga makanan tidak dapat masuk ke dalam lambung dan selang macet, BAB (+), SLM (+) warna putih
- Bersihan jalan napas tidak efektif b.d peningkatan produksi sekret

Lanjutan ...

- Perencanaan Keperawatan
 - Tujuan : setelah 3 hari perawatan, bersihan jalan napas efektif
 - Kriteria Hasil : suara ronchi hilang, RR : 12-20 x/menit, sputum dapat dikeluarkan dengan nyaman
- Implementasi Keperawatan
 - Fisioterapi dada (2x/hari) ketika memungkinkan
 - Kolaborasi pemberian oksigen 2L/menit
 - Kolaborasi terapi nebulizer dengan vertikal 1 cupul dan bubble 30 detik
 - Monitorikan tepak 30 - 45
 - Memberi intake cairan cukup

Evaluasi

- **Data Subjektif**
 - Istri mengatakan masih batuk

Evaluasi

- **Data Objektif**
 - Sputum keluar melalui saluran pencernaan dan menyumbat NGT sehingga dilakukan penyedotan
 - RR antara 12 - 20 x/menit
 - Klien tidak mengeluh sesak napas

DATA

- Lidah tampak lemah
- Refleks menelan tidak ada
- Klien terpasang NGT
- **Diagnosa Keperawatan : risiko aspirasi b.d beresakan menelan**
- **Perencanaan**
 - Tujuan : setelah 1 minggu perawatan beresakan menelan teratasi
 - Kriteria Hasil : klien mampu menelan tanpa adanya aspirasi, Mekanisme batuk baik

● Implementasi

- Mengobservasi refleks menelan
- Mengobservasi peristaltik usus
- Memberi pasta semiformuler ketika makan
- Mengobservasi tanda – tanda aspirasi
- Memberikan makan melalui NGT
- Melatih refleks menelan pada klien

Evaluasi

● Data Subjektif:

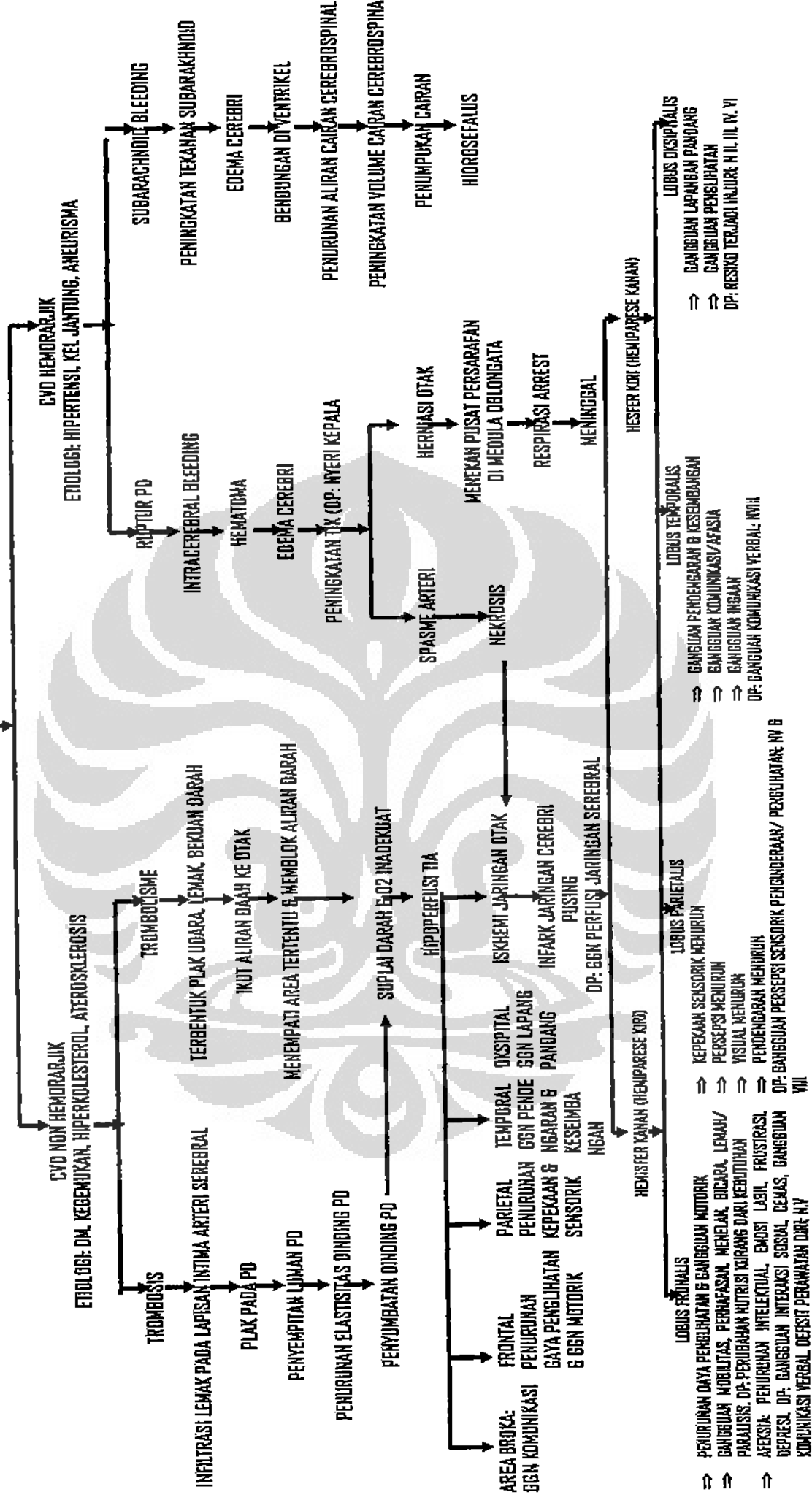
- Istri mengatakan "Kapan boleh minum lewat mulut?"

Evaluasi

● Data Objektif:

- Refleks menelan belum baik
- Peristaltik usus baik, bising usus ada
- Klien tidak mengalami aspirasi
- Setelah dilakukan latihan menelan klien tidak mengalami batuk dan tersedak

PATOFLO DIAGRAM CVD



DAFTAR PUSTAKA

- Deglin, J.H & Vallerand A.H. (1993), *Nurse's Med Deck*, Philadelphia, F.A. Davis Company
- Doengos M.E & Noorhouse M.F.L (1990), *Nurse's Pocket Guide: Nursing Diagnosis With Interventions*, Philadelphia, F.A. Davis Company
- Kee, J.L.F (1990), *Hand Book of Laboratory and Diagnostic Tests Nursing Implications*, Appleton E Lange, Connecticut: Norwalk
- Lukmann J & Sorensen K.C (1987), *Medical Surgical Nursing*, Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- Tucker S.M & Canobio M.M (1992), *Patient Care Standards Nursing Process, Diagnosis and Outcome*, St. Louis Mosby Year Book.
- Ulrich S.P, Canale W.S & Wendell S.A (1986), *nursing Care Planning Guides, a Nursing Diagnosis Approach*, Philadelphia W.B Saunders Co.
- Swearingen P.L (1986), *Manual of Nursing Therapeutics*, Addison Wesley Publishing Company.
- Whisman JP. Et al. Classification of cerebrovascular disease III, special report from the National Institute of neurological Disorders and Stroke, Stroke 1990: 657-659

GAGAL GINJAL KRONIK



Sr, Desy
M2 di bagian I RS PGI Cikini Jakarta
Disajikan dalam rangka uji kompetensi kesehatan jenjang kerja perawat
Tgl 30 April 2008

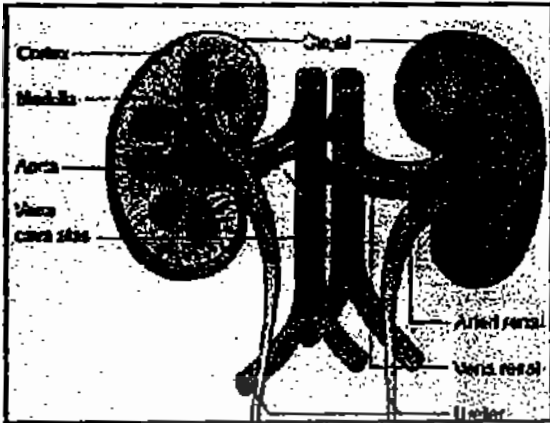
DEFINISI

- Chronic renal failure (CRF) atau gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel, dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Bruner and Suddarth, 2000)
- Cronik Renal Failure (CRF) adalah kerusakan yang progresif dan ireversibel pada nefron-nefron di kedua ginjal. Prosesnya berkembang sampai sebagian besar nefron yang rusak dan digantikan oleh jaringan scar yang tidak berfungsi (Lewis, Medical Surgical Nursing, 2000)

ANATOMI GINJAL

- Ginjal adalah bagian utama dari sistem pencernaan yang juga termasuk didalamnya ureter, kandung kemih dan uretra. Ginjal terletak pada rongga abdomen posterior, dibelakang peritoneum, di depan 2 kostas terakhir yaitu di area kanan dan kiri dari columna vertebralis. Ginjal dipertahankan dalam posisi tersebut oleh bantalan lemak yang tebal. Ginjal kanan sedikit lebih rendah dibandingkan dengan ginjal kiri karena tertekan oleh hepar

Pada orang dewasa panjangnya 12-13 cm, lebar 6 cm dan beratnya antara 120-150 gram. Setiap ginjal memiliki korteks di bagian luar dan medula di bagian dalam yang terbagi menjadi piramida-piramida. Papila dari tiap piramida membentuk ductus papillaris *Bertini* yang selanjutnya menjadi kaliks minor, kaliks mayor, dan bersatu membentuk pelvis ginjal tempat terkumpulnya urine. Ureter menghubungkan pelvis ginjal dengan kandung kemih.



FUNGSI GEJAL

Fungsi ekskresi

- Mempertahankan osmolaritas plasmasekitar 285 m osmol dengan mengubah-ubah ekskresi air
- Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang normal
- Mempertahankan pH plasma, sekitar 7,4 dengan mengeluarkan kelebihan H⁺ dan membentuk kembali HCO₃⁻ (keseimbangan asam basa)
- Mensekresi produk akhir nitrogen dari metabolisme protein, terutama urea, asam urat, dan kreatinin.
- Sebagai mengontrol tekanan di sumsum tulang

ETIOLOGI

1. Glomerulonefritis: Primer dan sekunder

- Glomerulonefritis adalah peradangan ginjal bilateral, biasanya timbul pasca infeksi streptococcus.
- Untuk glomerulonefritis akut, gangguan fisiologi utamanya dapat mengakibatkan ekskresi air, Na dan zat-zat nitrogen berkurang, sehingga timbul edema dan azotemia. Peningkatan ekskresi menyebabkan retensi air dan Na
- Untuk glomerulonefritis kronik, ditandai dengan kerusakan glomerulus secara progresif lambat, akan tetapi ginjal mengeluar, berat lebih kurang 50 gram dengan permukaan bergamut, hal disebabkan jumlah nefron berkurang karena iskemia, karena tubulus mengalami atrofi, fibrosis interstisial dan penebalan dinding arteri

ETIOLOGI

2. Penyakit ginjal herediter & congenital

- **Penyakit ginjal polikistik**
Ditandai dengan kista-kista multiple, bilateral yang mengakibatkan ekspansi dan lambat laun mengganggu dan menghancurkan parenkim ginjal secara bertahap.
- **Asidosis tubulus ginjal**
Gangguan ekstrasel H⁺ dan tubulus ginjal/tubulogen HCO₃⁻ dalam jumlah sehingga GFR yang memadai tetap dipertahankan. Akibatnya timbul asidosis metabolik

ETIOLOGI

- **Hipertensi esensial**
 - Merupakan penyakit primer dan menyebabkan kerusakan pada ginjal. Sebaliknya GJK dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme retensi Na dan H₂O, pengaruh vasopressor dari sistem rennin angiotensin dan defisiensi prostaglandin, keadaan ini merupakan salah satu penyebab utama GJK, terutama pada populasi bukan orang kulit putih.

ETIOLOGI

- **Uropati obstruktif**
- **Infeksi saluran kemih dan ginjal (pielonefritis)**
 - ISK disebabkan bila terdapat bakteri yang bermula (patogenitas)
 - Pielonefritis kronik adalah cidera ginjal progresif yang merupakan kelainan parenkim NVP, disebabkan oleh infeksi berulang/terus menerus pada ginjal.
 - Diperkirakan bahwa kerusakan ginjal pada pielonefritis kronik/nefropati sista, disebabkan oleh selulosa dari lendir kuman yang tidak efektif ke dalam ureter kemudian masuk ke dalam parenkim ginjal
 - Organisme penyebab infeksi antara lain: E coli 80%, Proteus, Klebsiella, Pseudomonas, Enterokok, Staphylococcus
- **Nefritis interstisial**
- **Nefropati diabetik**

KATEGORI TAHAPAN G GK

Penurunan faal ginjal (LFG = 40 – 75%), tanpa keluhan, faal elektrolit & regulasi masih dapat dipertahankan
Kulainasi ginjal (LFG = 20 – 60%), keluhan yang berhubungan dengan azotemia, anemia, hiperurikemia. Sindrom acute on CRF (oliguria, overhidrasi, edema perifer, asidosis, hipertensi, anemia, hipertensi)
Gagal ginjal (LFG = 5 – 25%), gambaran klinis dan lab makin nyata: peningkatan kadar ureum kreatinin serum, anemia Terminal/End stage (LFG = <5%), sindrom azotemia

GAMBARAN KLINIS

1. Kelainan hemopoetik
 - Anemia
 - Hemolisis SDM (uremia) dan eritropoetin menurun
 - Purpura/diastesis hemoragik (trombositopenia)
2. Kelainan saluran cerna
 - Mual, Anoreksia
 - Muntah
 - Stomatitis
 - Fetus uremikum
 - Perdarahan GIT
 - Diare, konstipasi

GAMBARAN KLINIS

3. Kelainan kulit
 - Pruritus
 - Uremic frost
 - Easy bruising
 - Gumpalan fokal trombotik
 - Perasaan hujung kulit
 - Kulit kering, ekzema
 - Kelainan jaringan lunak
4. Kelainan kardiovaskuler
 - CAD, aterosklerosis, hipertensi, CHF
 - Pericarditis
 - Cardiacopathy
 - Edema perifer
 - Pericardial effusion
 - Pericardial friction rub
 - Cardiac tamponade

GAMBARAN KLINIS

5. Kelainan Neurologi
 - Kejang, ketidakseimbangan elektrolit, ensefalopathy
 - Neuropati perifer, restless syndrome
 - Letargi
 - Gata
 - Asteriks, Akasia
 - Pansistola
6. Distungsi endokrin
 - Menurunnya gonadotropin, infertilitas, oligospermi
 - hipotensi insulin
7. Kelainan Respiratori
 - Infeksi paru
 - Efusi pleura
 - Uremic hemothorax
 - Tachypnea
 - Edema pulmonal
 - Kematian respirasi
 - Crackles

GAMBARAN KLINIS

8. Kelainan Urinaria
 - Polyuria, nocturia (early)
 - Oliguria, anuria (later)
 - Proteinuria
 - Hematuria
9. Kelainan Muskuloskeletal
 - Nyeri tulang
 - Fraktur patologik
 - Osteodistrofi ginjal
 - Kelentahan otot dan kram
10. Kelainan Reproduksi
 - Infertilitas
 - Penurunan libido
 - Impotensi
 - Tidak teratur atau haid berhenti

KOMPLIKASI

- Hipertensi
- Hiperkalemia
- Anemia
- Asidosis
- Osteodistrofi ginjal
- Hiperurisemia
- Neuropati perifer
- Retinopati
- Ensefalopati

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Urina :

1. Volume: Biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (oliguria) atau anuri
2. Warna: Warna abnormal urine putih mungkin disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, partikel koloid, kental/urat. Sedimen kotor, kasiditas menunjukkan adanya darah, Hb, mioglobin, ferritin
3. Berat Jenis: < 1,015 (menstap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat)
4. Osmolalitas: < 260 mOsm/kg menunjukkan kerusakan tubuler, dan nilai minimum sering 1:1
5. Nilai kreatinin : mungkin agak menurun
6. Nitrit: > 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi sodium
7. Protein: Darah tinggi proteinuria (3-4+) secara luas menunjukkan masalah glomerulus [diSDM dan frangin juga ada]
8. pH, Kalsium, Glukosa, Keton, SDP dan SDM

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Darah:

1. BUN: Urea adalah produk akhir dari metabolisme protein. Peningkatan BUN dapat merupakan indikator dehidrasi, kegagalan pre renal, atau gagal ginjal.
2. Kreatinin: Produk metabolisme otot dari pemecahan kreatinin otot dan kaprotein pada. Bila > 50% nefron rusak maka kadar kreatinin meningkat. Kreatinin merupakan indikator penyakit ginjal yang lebih spesifik dari BUN dalam mengevaluasi fungsi glomerulus.
3. Elektrolit: Natrium, Kalium, Kalsium, Fosfor
4. Hematologi: Hb, trombosit, Ht, leukosit
5. Protein/antibody
 1. Protein loss : hipotalbuminemia (nephrotic)
 2. Immunoglobulin : Glomerulonefritis
6. Analisis Gas Darah: Pemeriksaan AGD dilakukan untuk mengaji gangguan keseimbangan asam-basa

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Radiologi:

1. Renogram
2. USG: Menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas
3. Intravenous pyelografi
4. Retrograde pyelografi: Menunjukkan abnormalitas pelvis ginjal dan uretra
5. Renal arteriografi: Mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskuler, massa
6. Computed Tomografi
7. Magnetik resonance imaging
8. Renal biopsy: Mungkin dilakukan secara endoskopi untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histology

PENATALAKSANAAN KONSERVATIF

1. Mencegah sebarutanya fungal ginjal
 - Cegah obat-obatan nefrotoksik
 - Cegah dehidat volume cairan ekstrasel
 - Cegah elektrolit imbalance
 - Pembatasan berat konsumsi protein (0,6-0,8 gr/kg B&M/hari)
 - Hindari penggunaan media kontras pameriksaan terbaru
 2. Pencegahan terhadap pecaruman fungal ginjal progresif lambat
 3. Mengurangi gejala uremiazotemia
 4. Kontrol factor reversible
 5. Kontrol hipertensi
 6. Pengobatan yang tepat
 7. Cegah infeksi
 8. Pendidikan kesehatan
- Terdapat lebih : Dialisa dan transplantasi

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Aktivitas/Istirahat
Gejala: Kelelahan ekstrem, kolerasihan, malaise, pengguan tidak (inonoma)gejala atau somnolen)
Tanda: Kelelahan otot, kehilangan tonus, pe ↓ riwayat gerak
2. Sirkulasi
Gejala: Riwayat hipertensi lama atau berat, palpitasi, nyeri dada (angina)
Tanda: Hipertensi : DVJ, nadi kuat, edema jar. Ulnar & patang pada hold, tetapan tangan. Distritia jantung. Nadi lemah atau, hipotensi - osteolitik menunjukkan hipovolemia, yg jarang pd penyakit tahap akhir, Fudilon rub pericardial (respon terhadap akumulasi sista. Pucal kulit cekat berhijaman, kering, kecenderungan perdarahan

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

3. Integritas EGO
Gejala: Gires, perasaan tidak berdaya, tak ada harapan, masalah finansial & lingkungan, tak ada insiduan.
Tanda: Anxietas, marah, takut, marah, mudah terangsang, perubahan perilaku
4. Eliminasi
Gejala: Perubahan frekuensi urine, oliguria, anuria (urang atau terputus), abotomas menimbang, diare atau konstipasi.
Tanda: Perubahan warna urine, kuning pekat, merah, coklat, berawan oligur, dapat mengjadi anuri
5. Mobilitas/Okasin
Gejala: Kehilangan nafas makan, mual, muntah, nyeri ole hati, rasa mati-hati tak sedap pada kulit (participasi anemika) Perambahan berat badan cepat (edema), pecaruman berat badan (malnutrisi). Penggunaan Diuretik
Tanda: Perambahan tunggor kulit, edema, ulserasi kulit, perambahan gusi/lelah. Pe ↓ otot, pe ↓ lemak subcutan, penampitan tak beraturan, Distrital abotomas

PENGAJIAN KEPERAWATAN

6. Neurosensori

Gejala: Sakit kepala, kelesuan, penglihatan kabur, kram otot/lejang, ataksia tali getas, labirine rasa berbalas pada telepatik lahi. Ketidaksihamsian dan ketidaksihamsian, khosutnya akustik/visus binalah (neuropati optik)

Tanda: Gangguan status mental, cdc: penurunan lempeng peristaltik, ketidakmampuan beraktivitas, halusiangan memori, lacak, pavorum ingkai leucidaria, jidap, kram. Penurunan DTR. Tanda Ghosala dan kramum (maki, kaping, kakuatid cici, akid-nya kaping, Rambut lipa, kura zepah dan lipa.

7. Nyeri/nyumbatan

Gejala: Nyeri pangkal, sakit kepala; kram otot/nyeri lahi (memburut pada malar lahi)

Tanda: Piliha berhal-hal/dibakot, galkak.

8. Peredaran

Gejala: Nafas pendek, dispnea nocturnal paroksismal; batuk dengan/terpa apuam lahal dan banyak

Tanda: Takipnea, dispnea, peningkatan frekwensi/diastolama (perubahan kramak), batuk produktif dengan apuam merah muda, esek (adema paru)

PENGAJIAN KEPERAWATAN

9. Konstipasi

Gejala: Kaki gatal; adaburangnya inhalasi

Tanda: Pruritus, Dermam (supais, dehidrosi);normotermia dapat secara acbal terjadi peningkatan pada pasien yang mengalam malar tubuh lobih rendah dari normal (reflek GGA/depresi respon lahal).

Patula, area ekimatis pada kaki, fraktur tulang; defisit postat laksem (akut/latid melastak) pada kaki, jaringan kutak, sandi; keterbatasan gerak sandi.

10. Seksualitas

Gejala: Penurunan libido; amenorea; intoleransi.

11. Interaksi Sosial

Gejala: Kesulitan menyesuaikan lahal; cdc: tak mampu belajar, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

12. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala: Riwayat DM lahalnya (nallo tinggl unbu gagal ginjal), penyakit polidaki, nefritis herediter, kalkulus uraria, Riwayat lempeng kram, cdc chat, cacak kringkapat. Penguasaan antibiotik neurotoksik saat in'berutang.

PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN

1. Defisit atau berlebih volume cairan
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Intoleransi aktivitas
4. Konstipasi
5. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung
6. Resiko tinggi terhadap cedera
7. Perubahan proses pikir
8. Resiko tinggi perubahan membran mukosa oral
9. Resiko gangguan integritas kulit
10. Resiko gangguan koping
11. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, program pengobatan

ASUHAN KEPERAWATAN

PENGKAJIAN:

Nama : Tn A
Umur : 67 tahun
Diagnosa Medis : CKD on HD
DB :

Gejala utama seak

DO:

Edema pada kedua kaki
RR : 22x/mnt, N 88/mnt, JVP 5 +
Hasil tesah foto : compact Lung ringan, hasil ECHO : EF 34%
Hasil USG Abdom : Pleura Effusi , Asites banyak
Hasil elektrolit : K 5,9 meq/l, Na 100meq/l
Gulaq +, Rinsid +, Batak +, terpasang C2 3/mnt
Mual +, muntah -, nyeri epigastrik, conjungtiva anemis,
Hb 9,7 g/dl, CCT 14,8, D.ureum 185, creatinin 5,1, DG 107
Terpasang D Lumen, target Dialisis 2 Kg,

TERAPI:

Infus : 1 NaCl 0,9% (100cc)/48 jam
Lasix 2x1 tb
Ketostrenil 3x2tb
F.Acid 1x2 tb
Glumerom 1x1tb
Ventolin +10ccBisolvon 3x1 hari
Diet : 1700cal DM + 40 gr Prot

Kelebihan volume cairan b.d ketidakmampuan ginjal untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit

Hasil yang diharapkan:

- Intake dan output seimbang, berat badan stabil, suara nafas dan bunyi jantung normal, tidak ada edema, elektrolit dalam batas normal.

INTERVENSI

- Kaji lokasi edema (sakrum, pretibla, sirkum maleolus, dan dorsum pedis)
- Monitor dan catat intake dan output secara cermat.
- Timbang BB secara teratur dengan waktu dan timbangan yang sama.
- Monitor tekanan darah tiap 4 jam
- Kaji bunyi nafas dan bunyi jantung.
- Monitor serum elektrolit.
- Kolaborasi pemberian diuretik.

Minum : 600/24 jam

BALANCE CAIRAN:

Tgl 20/4 Intake: 240 cc/24 jam, out put : 580cc/24 jam

Tgl 21/4 Intake: 330cc/24 jam, out put: 1550cc/24 jam

Tgl 22/4 Intake: 425cc/24jam, out put : 5400cc/24 jam

Tgl 23/4 Intake: 570cc/24 jam, out put: 2020cc/24 jam

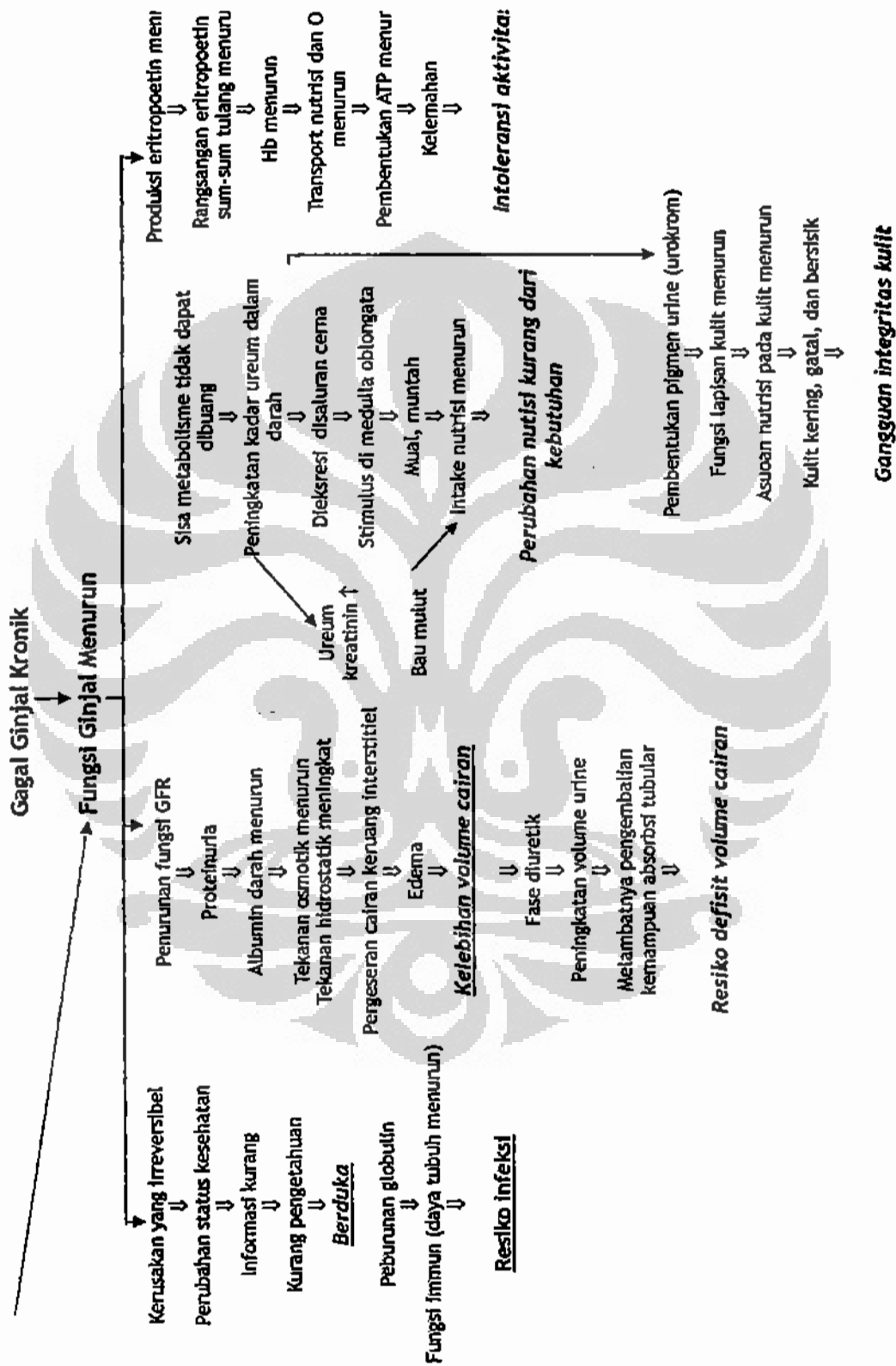
BB: 70 Kg, TB: 165

Tgl 24/4 Intake: 650cc/24jam, out put: 1550cc/24 jam

Tgl 25/4 klien meninggal dunia

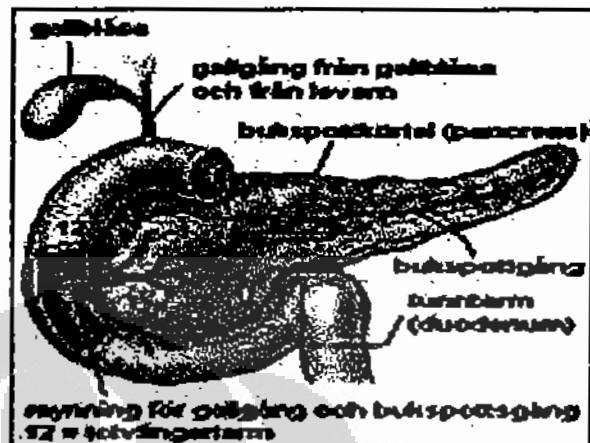
DAFTAR PUSTAKA

- Donna D. Ignatavicius, dkk. (1999). *Medical Surgical Nursing: Across the Health Care Continuum*. (Edisi III). Philadelphia: Wb Saunders Company.
- Black and matasari Jacobs. (1997). *Medical Surgical Nursing: Clinical management for continuity of care*. (Edisi V). Philadelphia: Wb Saunders Company.
- Price, Sylvia Anderson. (1995). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit*. (Edisi IV). Jakarta: EGC.
- Doenges Marilyn E. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk perancangan dan pendokumentasian perawatan pasien*. (Edisi III). Jakarta: EGC



ASKEP KLIEN DENGAN DM

Oleh: MARTIANA
N2 di bagian HRS PGI Cidri Jakarta
Ditulis dalam rangka uji kompetensi kenaikan jenjang karier
perawat tgl 2 Mei 2008



DEFENISI

- Merupakan sekelompok kelainan heterogen yg ditandai oleh kelainan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Brunner & Suddrath, vol 2 hal 1220)
- Gangguan metabolisme yg secara genetis & klinis termasuk heterogen dgn manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Jika telah berkembang penuh secara klinis maka DM ditandai dgn hiperglikemia puasa dan PP, aterosklerotik & penyakit vaskuler mikroangiopati & neuropati (Silvia Anderson vol 2 hal 1260)

Kelenjar Pankreas mempunyai 2 fungsi:

- Fungsi eksokrin: mensintesa enzim pencernaan
- Fungsi endokrin: mensintesa hormon polipeptida

4 jenis sel di pulau Langerhans

- Sel alfa, mensekresi hormon glukagon
- Sel beta, mensekresi hormon insulin
- Sel delta, mensekresi hormon somatostatik
- Sel Growth Hormon, mensekresi pankreatik polipeptida (fungsinya belum diketahui)

Fungsi Insulin

- Menurunkan kadar gula darah dgn cara:
 - Meningkatkan transport glukosa ke dalam sel
 - Merangsang glikogenesis
 - Menghambat glikogenolisis
 - Menghambat glukoneogenesis
- Menurunkan asam lemak darah
- Menurunkan asam amino darah
- Meningkatkan sintesa protein
- Meningkatkan timbunan bahan bakar

Pengaturan Sekresi Insulin

- Yang utama peningkatan kadar gula darah
- Peningkatan derajat asam amino plasma
- Hormon gastro intestinal utama, terutama gastrin inhibitory peptida merangsang sekresi insulin
- Sistem saraf otonom:
 - Rangsangan parasimpatis akan meningkatkan sekresi insulin
 - Rangsangan simpatis & epineprin akan menghambat sekresi insulin

Kelainan hormon insulin

- Defisiensi insulin akan menimbulkan terjadinya penyakit DM yg disebabkan penurunan reseptor insulin, penyakit pankreas atau karena beta cell exhaustion
 - Kelebihan insulin disebabkan
 - Tumor sel beta pulau langerhans
 - Pengobatan insulin pada klien DM
- Gejala-2 akibat hipoglikemia: tremor, fatigue, mengantuk & ketidakmampuan untuk konsentrasi

Fungsi Glukagon

- Terhadap karbohidrat: meningkatkan produksi glukosa hepar sehingga meningkatkan gula darah dgn cara menurunkan sintesa glikogen, meningkatkan glikogenolisis & merangsang glukoneogenesis
- Terhadap lemak: meningkatkan produksi keton hepar (ketogenesis)
- Terhadap protein: menghambat sintesa protein

Pengaturan sekresi glukagon

- Penurunan kadar gula darah akan merangsang sekresi glukagon
- Peningkatan asam amino darah merangsang sekresi glukagon & insulin. Kelebihan glukagon akan memperberat gejala DM

Apabila seseorang makan, sekresi insulin meningkat & menggerakkan glukosa ke dalam sel shg menimbulkan efek:

- Menstimulasi penyimpanan glukosa dalam hati & otot (dlm btk glikogen)
- Meningkatkan penyimpanan lemak dari makanan dlm jaringan adiposa
- Mempercepat pengangkutan asam amino (yg berasal dari protein ke dalam sel)

- Insulin juga menghambat pemecahan glukosa, protein & lemak yg disimpan selama masa puasa (antara waktu makan & pd saat tidur malam). Pankreas akan melepaskan secara terus menerus sejumlah kecil insulin bersama dengan hormon pankreas lain yg disebut glukagon. Insulin & glukagon bersama-sama mempertahankan kadar glukosa yg konstan dlm darah dgn menstimulasi pelepasan glukosa dari hati.
- Pada mulanya hati menghasilkan glukosa melalui pemecahan glikogen (glikogenolisis), setelah 8-12 jam tanpa makan hati membentuk glukosa & pemecahan zat-zat selain karbohidrat yaitu asam amino (glukoneogenesis)

Pengelolaan medik

- Tujuan utama terapi: mencoba menormalkan aktifitas insulin & kadar GD dim upaya utk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pd setiap tipe diabetes: mencapai kadar GD normal (euglikemia) tanpa terjadi hipoglikemia & ggn pola aktifitas klien

Lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes:

- Diet
- Latihan fisik & pengaturan aktifitas fisik
- Agen-2 hipoglikemik oral
- Terapi insulin
- Pengawasan glukosa di rumah
- Pengetahuan tentang diabetes & perawatan diri

Discharge planning

- Jelaskan secara sederhana kepada klien/keluarga tentang pengertian penyakit dgn kadar glukosa darah yg tinggi
 - Batas GD normal
 - Efek terapi insulin & latihan utk menurunkan GD
 - Efek makanan & stress, peningkatan GD
 - Dasar pendekatan terapi
- Cara-2 terapi:
 - Perbedaan insulin
 - Dasar-2 diet
 - Pemantauan kadar GD, keton urin
- Pengenalan, penanganan & pencegahan komplikasi akut tentang:
 - Hipoglikemia & hiperglikemia
- Informasi:
 - Tempat membeli & menyimpan insulin, alat-2 untuk memantau kadar GD
 - Kapan dan bagaimana cara menghubungi dokter
- Ajarkan tentang perawatan kaid untuk mencegah cedera lebih lanjut

Pengkajian kasus

- Tn K, 68 tahun
- Masuk dgn dermatitis & riwayat DM

Data Subjektif

- Klien mengatakan sejak tahun 1985 sudah menderita kencing manis
- Istri klien mengatakan pola makan tidak teratur, tidak teratur minum obat kencing manisnya, tidak pernah kontrol

Data Objektif

- Ada ulkus pada kaki kanan
- Gatal-gatal di kulit
- Kulit kering
- Pandangan mata kabur
- Suhu tubuh: 38°C, DN: 96
- GD berkisar 214 mg%-464 mg%

Masalah Keperawatan

- Hiperglikemia
- Gangguan integritas kulit kaki kanan
- Hipertermi
- Kurang pengetahuan & kemauan

Tujuan

- GD normal berkisar antara 120 mg% - 180 mg%
- Meminimalkan komplikasi lanjut terhadap ulkus di kaki
- Suhu tubuh normal (36°C-37.2°C)
- Pengetahuan & kemauan klien dan keluarga meningkat tentang proses penyakit dan cara terapi DM

Implementasi Dx 1

- Mengkaji tingkat hiperglikemia (cek GD dengan sliding scale)
- Minimalikan kemungkinan hiperglikemia yang lebih berat
 - Memberi diet 1900 cal
 - Membantu dan mendampingi klien beraktivitas fisik
 - Pemberian actrapid : GD 200-250: 5 u

250-300: 7U

300-350: 12 u

350- >400: 20 U

Implementasi Dx 2

- Mengkaji tingkat gangguan integritas kulit klien
- Memberi penjelasan tentang penyebab & bahaya lanjut dari gatal-2 di badan & ulkus di kaki: menurunnya fungsi saraf sensoris & meningkatkan resiko injuri serta adanya garam-2 hasil metabolisme tubuh yang keluar melalui pori-2 kulit dan mengakibatkan rasa gatal
- Perawatan ulkus di kaki 2Xsehari
- Memberi Bactoderm salep 2X1 hari untuk ulkus
- Memberi salep Trotyd 2X1 hari untuk paha
- Memberi salep campuran 2X1 hari untuk kulit perut

Implementasi Dx 3

- Mengkaji tingkat hipertermi, S: 38°C, DN: 96X/menit
- Memberi penjelasan kepada klien tentang penyebab hipertermi: kurang cairan tubuh berhubung proses penyakitnya
- Mengawasi intake cairan: 2000-2500 cc/24 jam
- Memberi kompres dingin di kepala

Implementasi Dx 4

- Mengkaji tingkat pengetahuan & kemandirian klien tentang penyakit dan perawatannya
- Memberi penyuluhan kepada klien
- Memendorong klien melakukan terapi DM

Intervensi Dx 1

- Kaji tingkat hiperglikemia (cek GD)
- Minimalkan kemungkinan hiperglikemia yang lebih berat
 - Pengawasan diet sesuai hasil konsultasi dengan ahli gizi
 - Beri penjelasan tentang aktifitas yang dapat dilakukan klien
 - Pemberian obat-2 sesuai program medik

Intervensi Dx 2

- Kaji tingkat gangguan integritas kulit klien
- Beri penjelasan tentang penyebab & bahaya lanjut dari gatal-2 di badan & ulkus di kaki
- Lakukan perawatan ulkus di kaki
- Beri obat anti gatal sesuai program medis

Intervensi Dx 3

- Kaji tingkat hipertermi (ukur suhu tubuh & DN)
- Beri penjelasan kepada klien tentang penyebab hipertermi
- Anjurkan minum banyak (2000-2500 cc/24 jam)
- Beri kompres dingin
- Beri obat antipiretik sesuai program medik

Intervensi Dx 4

- Kaji tingkat pengetahuan & kemandirian klien tentang penyakit dan perawatannya
- Beri informasi untuk meningkatkan pengetahuan & kemandirian klien sesuai dengan kebutuhannya

Evaluasi Dx 1

- DS: Klien mengatakan merasa haus, banyak kencing dan ingin banyak makan
- DO: GD sliding scale: 315, 391, 444, diet 1900 cal
- A: Hiperglikemi belum teratasi
- P: Intervensi Dx 1 dilanjutkan

Evaluasi Dx 2

- S: Klien mengatakan masih gatal di kulit dan luka belum sembuh
- O: Klien masih menggaruk-garuk kulit dan hasil kultur pus pada ulkus kaki: klebsiella pneumonia
- A: masalah gatal di kulit dan ulkus di kaki belum teratasi
- P: intervensi Dx 2 dilanjutkan

Evaluasi Dx 3

- S: klien mengatakan badan tidak demam lagi
- O: S 37°C, DN 80X/menit
- A: Masalah hipertermi teratasi
- P: Intervensi Dx 3 dihentikan tetapi tetap dipantau kemungkinan timbul kembali hipertermi

Evaluasi Dx 4

- S: Klien mengatakan lebih mengerti tentang penyakit dan pengobatannya
- O: Klien mengikuti program diet, program aktifitas dan program terapi actrapid
- A: Masalah kurang pengetahuan dan kemauan klien teratasi
- P: Intervensi Dx 4 dihentikan tetapi masih harus terus dimonitor & dimotivasi agar klien tetap mau melakukan terapi DM

DAFTAR PUSTAKA

- Sylvia Anderson, *Patofisiologi*, Jakarta, EGC, 2001
- Brunner & Suddarth, *Perawatan Medikal Bedah*, Vol 1, Jakarta. EGC, 2002
- E. Doengoes, *Rencana & Proses Keperawatan*, Jakarta, EGC

ASKEP KLIEN DENGAN HIPERTIROID



St. Manung

92 di bagian 21 03 071 (Sifat, Sifatnya
 dan juga dalam rangka uji kompetensi keperawatan
 pada tanggal 17 Mei 2008

Defenisi

- Hipertiroidisme adalah kadar Hormon Tiroid (HT) dalam darah yang berlebihan

Penyebab Hipertiroidisme

- Hipertiroidisme dpt terjadi akibat disfungsi kelenjar tiroid, hipofisis, atau hipotalamus.
- Hipertiroidisme akibat malfungsi hipofisis memberi gambaran kadar HT dan TSH yang tinggi.

Penyakit Hipertiroidisme

- Penyakit Graves, penyebab lazimnya hipertiroidisme, yakni penyakit ototiman ditandai produksi autoantibodi yg menstimuli kerja mirip TSH pd kpl. tiroid. Otomatibodi IgG merangsang tiroid (thyroid-stimulating immunoglobulin), meningkatkan produksi HT, tetapi tak mengizinkan tubuh baik mengatur diri kadar HT yang tinggi. Penyebab Graves tak diketahui, namun terungkap terdapat predisposisi genetik terhadap penyakit ototiman. 1/3 paling sering terdapat: Wanita usia: 20-30 thn.
- Gondok nodular: peningkatan ukuran kpl. tiroid akibat peningkatan kadar HT. Peningkatan kadar HT terjadi selama periode pertumbuhan/ketumbuhan metabolisme yg tinggi. Mm. pd pubertas/kehamilan. Dlm hal ini, peningkatan HT disebabkan pengaktifan hipotalamus yg mendorong proses metabolisme tubuh sehingga disertai peningkatan TSH dan TSH. Akibatnya kadar HT berkisar, ukuran kpl. tiroid biasanya kembali normal. Kadang-kadang terjadi pertumbuhan tumor dlm kelenjar tak dpt mengaktif kelenjar yg membuat tak dpt, walaupun tak jelas, tetap memproduksi HT dan jln berlawanan. Dlm individu yg berumur tua tetap mengalami hipertiroidisme, maka keadaan ini disebut gondok nodular toksik.
- Dpt terjadi adenoma, hipofisis sel-2 penghasil TSH atau penyakit hipotalamus, walaen jarang.

Gambaran Klinis

- Peningkatan frekuensi denyut jantung
- Peningkatan tonus otot, tremor, iritabilitas, peningkatan kepekaan terhadap katekolamin
- Peningkatan laju metabolisme basal, peningkatan pembentukan panas, intoleransi terhadap panas, keringat berlebihan
- Penurunan berat, peningkatan rasa lapar
- "Melotot"
- Dapat terjadi eksoftalmus (penonjolan bola mata)
- Peningkatan frekuensi buang air besar
- Gondok (biasanya), yaitu peningkatan ukuran kelenjar tiroid Gangguan reproduksi

Tes Diagnostik

- Pemeriksaan darah yang mengukur kadar FT (T3 dan T4), TSH, akan memastikan diagnosis keadaan dan lokasi masalah di tingkat sasaran saraf pusat atau kelenjar tiroid.
- Hipertiroidisme dapat disertai penurunan kadar lemak serum.
- Penurunan kepekaan terhadap insulin, yang dapat menyebabkan hiperglikemia.

Komplikasi

- Komplikasi hipertiroidisme yang dapat mengancam nyawa adalah krisis tirotoksik (thyroid storm). Hal ini dapat berkembang secara spontan pada pasien hipertiroid yang mengalami terapi, selama pembedahan kelenjar tiroid, atau terjadi pada pasien hipertiroid yang tidak terdiagnosis. Akibatnya adalah pelepasan FT dalam jumlah yang sangat besar yang menyebabkan takikardia, agitasi, tremor, hipertermia, dan, apabila tidak diobati, kematian.

Penatalaksanaan

- Terapi bergantung pd tempat & penyebab hipertiroidisme.
- Bila masalah berada di tingkat kgl. tiroid, maka terapi yg diberikan: Pemberian obat anti-tiroid yg menghambat produksi FT dan/obat-2 penghambat beta utk menurunkan hiperresponsifitas simpatis.
- Obat-2 yg merusak jar. tiroid juga dpt diberikan. Mis: iodium radioaktif (I131) yg diberikan per oral akan diserap secara aktif oleh sel-2 tiroid yg hiperaktif. Setelah masuk, I131 akan merusak sel tsb. Merupakan terapi permanen hipertiroidisme & sering menyebabkan seseorang hipotiroid & memerlukan FT pengganti selama hidup.
- Tiroidektomi parsial/total juga dpt merupakan terapi pilihan. Tiroidektomi total & mungkin parsial, menyebabkan hipotiroidisme.

Pengkajian

1. Aktivitas/istirahat:

- Gejala: Insomnia, sensitivitas meningkat, otot lemah, ggn koordinasi, kelelahan berat
- Tanda: Atrofi otot

2. Sirkulasi

- Gejala: Palpitasi, nyeri dada (angina)
- Tanda: Disritmia (vibrasi atrium), inus gallop, murmur, peningkatan TD dgn tekanan pada yg berat, takikardia saat istirahat, sirkulasi kolaps, syok (krisis tirotoksik/psis)

Pengkajian lanjutan

3. Eliminasi

- Gejala: Perubahan pola berkemih (*poluria, nocturia*); Rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih, infeksi saluran kemih berulang, nyeri telaga abdomen. Diare, muntah, pucat, keding, pendaris (dapat berkembung kg akibat/insulin jika terjadi hipotensi/kekurangan insulin), urine berdarah, bau busuk, kering atau berbau *et. meconia, hiperpig (diare)*

4. Integritas/Ego

- Gejala: Stress, tergantung orang lain, masalah finansial b.d kendali
- Tanda: Ansietas pchy rangsang

5. Makanan/Obat

- Gejala: Hilang nafsu makan, mual/muntah, tdk mengijeri diet peningkatan masalah glukosa/HbA_{1c}, penurunan BB lebih dari periode beberapa hari/minggu, haus, pengapasan diaretik (*diaretik*)
- Tanda: Kulit kering/berisik, masalah pemeliharaan tirid (peningkatan kebutuhan metabolisme dgn peningkatan GD), bau busuk/muntah, bau ketil (napas aseton)

Pengkajian lanjutan

6. Neurosensori

- Gejala: Kelelahan, sakit kepala, kebingungan, letas, ketiduran atau pusing, ego yang hilang
- Tanda: Disorientasi, incontinence, bingung, ataksia/kelemahan (akut/malaise) ego normal (bau meconia) kecuran urin, infeksi saluran dan meconia, kram, akibat kejang (akut/kelemahan)

7. Nyeri/Kenyamanan

- Gejala: *It* keluhan nyeri/nyeri (kadang/berat), sangat mungkin dgn pembeda, sangat mungkin saat-2

8. Pernapasan

- Gejala: Masalah dengan O₂, batuk, Agn/napas cepat/pulsa (tergantung ada infeksi/malaise)
- Tanda: Sesak napas, batuk, Agn/napas cepat/pulsa (akut/kelemahan) RR meningkat

9. Kelelahan

1. Gejala: Kulit kering, gatal, ulser kulit
2. Tanda: Demam, disforic, kulit merah, lesi/ulserasi, masalah kejang/malaise/nyeri, masalah/pemeliharaan atau normalisasi post-2 perawatan (pky kejang/kelemahan dgn cukup banyak)

10. Stabilitas

- Gejala: Perubahan infeksi, masalah kejang/pulsa, kejang/nyeri telaga meconia
- Tanda: GD meningkat >200 mg, masalah pembeda/pulsa meconia/nyeri, m. lemas, kejang kejang kejang dgn ketiduran meconia

Diagnosa Keperawatan

- Restri perawatan curah jantung b.d hipertiroid tdk terkontrol, keadaan hipermotabolisme, peningkatan beban kerja jantung
- Kelelahan b.d hipermotabolik dgn peningkatan kebutuhan energi
- Restri perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d peningkatan metabolisme (peningkatan nafsu makan/pemasukan dgn penurunan BB)
- Restri kerusakan integritas jar. b.d perubahan mekanisme perlindungan dari mata, kerusakan penutupan kelopak mata/ekspansus
- Ansietas b.d faktor fisiologis, status hipermotabolik
- Kurang pengetahuan mengenai kondisi, prognosis *et. kibat. terapi* b.d tdk mengenal sumber informasi
- Restri perubahan proses pikir b.d perubahan fisiologis, peningkatan stimulasi SSP/mempertipat aktifitas mental, perubahan pola tidur

DX 1: Restri penurunan curah jantung b.d hipertiroid tidak terkontrol, keadaan hipermotabolisme, peningkatan beban kerja jantung

- Tujuan: Klien mempertahankan curah jantung yg adekuat sesuai kebutuhan tubuh
- KE: Nadi perifer teraba normal, FIV/DBN, capillary refill 1-3 detik, status mental baik, tdk disritmia

Intervensi

1. Pantau TD pd posisi baring, duduk & berdiri jika memungkinkan. Perhatikan besarnya tek, nadi. Rasional: Hipotensi ortostatik dpt terjadi akibat vasodilatasi perifer yg berlebihan & penurunan vol. sirkulasi
2. Periksa kemampuan ada nyeri dada/angina yg ditanyakan. Rasional: Sebagai tanda peningkatan kebutuhan O₂ oleh otot jantung atau iskemia
3. Auskultasi suara nafas. Perhatikan suara yg tidak normal (seperti crackles). Rasional: S1 & murmur menonjol b.d curah jantung meningkat pd keadaan hipermotabolik
4. Observasi tanda dan gejala haus yang hebat, mukosa membran kering, nadi lemah, penurunan produksi urine & hipotensi. Rasional: Dehidrasi cepat terjadi menurunkan vol. sirkulasi & menurunkan curah jantung.
5. Catat I & O. Rasional: Kehilangan cairan terlalu banyak dpt menimbulkan dehidrasi berat

DX 2: Kelelahan b.d hipermotabolik dgn peningkatan kebutuhan energi

Tujuan: Klien akan mengungkapkan secara verbal tentang peningkatan tingkat energi

Intervensi

1. Pantau TVV & catat nadi saat istirahat & aktivitas. Rasional: Nadi secara luas meningkat bahkan istirahat, takikardia mungkin ditemukan
2. Ciptakan lingkungan tenang. Rasional: Menurunkan stimulasi yg mungkin dpt menimbulkan agitasi, hiperaktif & insomnia
3. Sarankan klien mengurangi aktivitas. Rasional: Membantu melawan pengaruh peningkatan metabolisme
4. Beri tindakan yg membuat klien merasa nyaman seperti massage. Rasional: Meningkatkan relaksasi

DX 3: Restri pembahasan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d peningkatan metabolisme (peningkatan nafsu makan/pemakaian dgn penurunan BB)

Tujuan: Klien akan menunjukkan BB stabil dgn KE:

- Nafsu makan baik,
- BB normal
- Tidak ada tanda-2 malnutrisi

Intervensi

1. Catat adanya anoreksia, mual & muntah. Rasional: Peningkatan aktivitas adrenergik dpt menyebabkan gga sekresi insulin/terjadi resisten yg mengakibatkan hiperglikemia
2. Pantau masukan makanan & timbang BB setiap hari. Rasional: Pemantauan BB terus menerus dlm keadaan masukan kalori yg cukup merupakan indikasi kegagalan terapi autitroid
3. Kolaborasi pemberian diet tinggi karb, protein, KH & vitamin. Rasional: Mungkin perlu bantuan menjamina masukan zat-zat makanan yg adekuat & mengidentifikasi makanan pengganti yg sesuai

DX 4: Risti kerusakan integritas jaringan b.d perubahan mekanisme perlindungan dari mata, kerusakan perantaraan kelopak mata/okultasi

Tujuan: Klien akan mempertahankan kelembaban membran mukosa mata, terbebas dari ulkus

Intervensi

1. Obs. adanya edema periorbital. Rasional: Stimulasi umum dari stimulasi adrenergik yg berlebihan
2. Evaluasi ketajaman mata. Rasional: Oftalmopati infiltratif: akibat peningkatan jar. retro-orbita
3. Anjurkan menggunakan kaca mata gelap. Rasional: Melindungi kerusakan kornea
4. Bagian kepala tempat tidur ditinggikan. Rasional: Menurunkan edema jar. bila ada komplikasi

DX 5: Ansietas b.d faktor fisiologis, status hipermetabolik

Tujuan: Klien melaporkan ansietas berkurang sampai tingkat dpt diatasi dgn K/E: Pasien tampak rileks

Intervensi

1. *Oba. tingkah laku yg menunjukkan tingkat ansietas. Rasional: Ansietas ringan dpt ditunjukkan dgn peka rangsang & intuisi*
2. *Bicara singkat dgn kata sederhana. Rasional: Rgntang perhatian mangkju menjadi pendek, konsentrasi berkurang yg membatasi kemampuan mengasimilasi informasi*
3. *Jelaskan proseder tindakan. Rasional: Memberi informasi akurat dpt menurunkan kesalahan interpretasi*
4. *Kurangi stimulasi dari luar. Rasional: Menciptakan lingkungan terapeutik*

DX & Kurang pengetahuan mengenai kondisi, prognosis & kebutuhan terapi b.d tdk mengenal sumber informasi

Tujuan: Klien akan melaporkan pemahaman tentang penyakitnya dgn R/E: Mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya

Intervensi

1. *Tinjau ulang proses penyakit & harapan masa depan. Rasional: Memberi pengetahuan dasar di mana klien dpt menentukan pilihan berdasarkan informasi*
2. *Beri informasi yg tepat. Rasional: Berat ringannya keadaan, penyebab, usia & komplikasi yg muncul akan menentukan tindakan terapi*
3. *Identifikasi sumber stres. Rasional: Faktor psikogenik seringkali sangat penting dlm memunculkan/eksaserbasi dari penyakit*
4. *Tekankan pentingnya perencanaan waktu istirahat. Rasional: Menyangkut masalahnya kelelahan*
5. *Beri informasi tanda & gejala hipotiroid. Rasional: Klien yg mendapat terapi hipertiroid besar kemungkinan mengalami hipotiroid yg terjadi segera setelah pengobatan selama 5 tahun ke depan*

DX 7: Restri perubahan proses pikir b.d perubahan fisiologi, peningkatan stimulasi SSP/mempercepat aktifitas mental, perubahan pola tidur

Tujuan: Mempertahankan orientasi realitas manunya, mengawali perubahan dlm berpikir/berprilaku & faktor penyebab

Intervensi

1. Uji pemicu paku kfen seperti memori, masalah perhatian, orientasi terhadap tempat, waktu & orang. Rasional: Menentukan adanya sistem proses memori
2. Uji perubahan tingkat labi. Rasional: Kemampuan terdapat wawasan, tidak dapat istirahat, kecemasan meningkat/meningkat/meningkat berkembang menjadi paku yang sebenarnya
3. Uji tingkat ansietas. Rasional: Ansietas dapat mengubah proses paku
4. Uji tingkat fungsi yang terganggu, termasuk stimulasi fungsi. Rasional: Kemampuan stimulasi eksternal dapat memunculkan hipersensitivitas/reaksi, paku menganggu saraf, kelainan penderitanya
5. Orientasi tempat & waktu. Rasional: Membantu mengembangkan & mempertahankan kesadaran diri waktu/fungsinya
6. Menjaga sistem/otot terdapat lainnya akan mempengaruhi kfen. Rasional: Membantu mempertahankan kesadaran & orientasi kfen
7. Kelainan pemberian obat sesuai indikasi seperti indikasi/kecemasan/anti paku. Rasional: Meningkatkan nilai/nilai, memunculkan hipersensitivitas saraf/otot dan meningkatkan proses paku

Evaluasi

Hasil yg diharapkan

1. Kfen mempertahankan cara jantung adekuat sesuai kebutuhan tubuh
2. Kfen meningkatkan peningkatan energi
3. Kfen mempertahankan DB stabil
4. Kfen mempertahankan sistem badan membran mukosa mata, terbebas dari ulkus
5. Kfen melaporkan ansietas berkurang sampai tingkat dapat ditasi
6. Kfen melaporkan permasalahan tentang penyakitnya
7. Mempertahankan orientasi realitas sekitarnya, mengenali perubahan dan berpikir/berpikir dan faktor penyebab

PENGKAJIAN KASUS

- Nama: Ny. Y, 77 thn
- DX Medis: Ca. Tiroid

DATA SUBJEKTIF

- Kfen mengatakan:
 - Leher masih bengkak
 - Sulit bernafas, sesak, perlu oksigen
 - Sulit mengeluarkan dahak
 - Sulit menelan
 - Sudah pernah operasi tiroid di RS Husada

DATA OBJEKTIF

- Tampak sulit bernafas, menggunakan O₂: 3-5 liter/jam, menggunakan alat tambahan untuk bernafas
- RR: 24-32 X/menit
- Suhu normal
- Snt tidak memerlukan angka tambahan
- Leher tampak membesar
- Thyroid globulin: 06,5 (NF: <53)
- Hasil biopsy: Oesofagus Karsinoma
- Hasil CT Scan Thyroid: Tumor tiroid (aspek malignansi) mendesak trachea ke kiri & lumen trachea menyempit. Pembesaran kgl. Retrotrakeal
- Hasil USG tiroid: Pembesaran tiroid terutama pd isthmus

DX 1: Gangguan pemenuhan kebutuhan O₂ b.d penyempitan saluran pernafasan akibat tekanan tumor tiroid

Tujuan: pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh baik,

RF: SaO₂: >91%, perifer tidak hipoksia, RR 16-24 X/menit

Intervensi:

- a. Kaji status kebutuhan O₂ bandingkan dengan status normal (SaO₂: >91%, perifer tidak hipoksia, RR 16-24 X/menit)
- b. Beri penjelasan tentang penyebab sesak nafas
- c. Bebaskan jalan nafas dari hambatan
- d. Atur posisi tubuh agar bernafas lebih rileks
- e. Beri oksigen sesuai kebutuhan klien
- f. Evaluasi SaO₂
- g. Kolaborasi dgn medis untuk terapi tumor tiroid

IMPLEMENTASI

- Mengkaji status kebutuhan O₂ klien
- Memberi penjelasan tentang penyebab sesak nafas: Pembesaran tiroid menekan saluran nafas
- Membebaskan jalan nafas dari hambatan dahak dengan mendorong klien batuk efektif
- Mengatur posisi tubuh: Fowler agar bernafas lebih rileks
- Memberi O₂: 3-5 liter/jam
- Mengevaluasi pemenuhan kebutuhan O₂ dalam tubuh: wajah, kuku
- Berkolaborasi dgn medis untuk terapi selanjutnya terhadap tumor tiroid b.d kesulitan klien bernafas

EVALUASI

- S: Klien mengatakan masih sulit bernafas
- O: Klien tampak menggunakan usaha untuk bernafas, RR: 32X/menit, RD: 180-210/100-110 mmHg, pemberian O₂: 3-5 liter/menit, masih sulit membatukkan dahak
- A: Masalah pemenuhan kebutuhan O₂ tubuh teratasi sebagian
- P: Intervensi Dx 1 diteruskan

DX 2: Ansietas b.d faktor psikologis, status hipermetabolik

Tujuan: Klien melaporkan ansietas berkurang sampai tingkat dpt diatasi dgn KE: Pasien tampak rileks

Intervensi

- 1. Obs. tingkah laku yg menunjukkan tingkat ansietas. Rasional: Ansietas ringan dpt ditunjukkan dgn peka rangsang & insomnia*
- 2. Bicara singkat dgn kata sederhana. Rasional: Ketang perhatian mungkin menjadi pendek, konsentrasi berkurang, yg membatasi kemampuan mengasimilasi informasi*
- 3. Jelaskan prosedur tindakan. Rasional: Memberi informasi akurat dpt menurunkan kesalahan interpretasi*
- 4. Kurangi stimulasi dari luar. Rasional: Menciptakan lingkungan terapeutik*

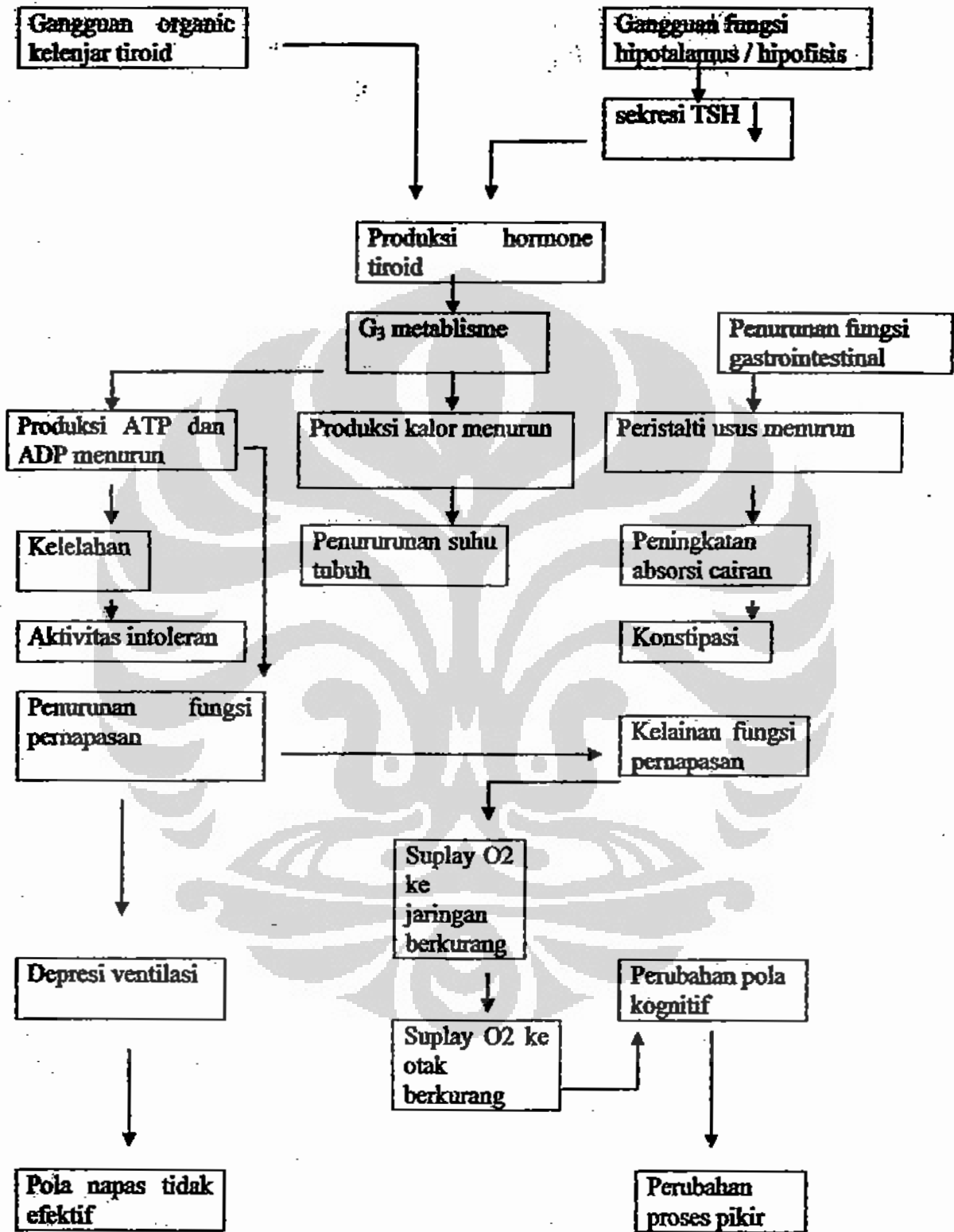
Implementasi

- 1. Mengobservasi t. laku yg menunjukkan tingkat ansietas klien*
- 2. Berbicara singkat dgn kata-kata sederhana dgn klien & mengingatkan pengalaman indah masa lalu*
- 3. Menjelaskan prosedur setiap tindakan keperawatan*
- 4. Mengurangi stimulasi dari luar.*

EVALUASI

- S: Klien mengatakan mengapa masih sulit bernafas, saya mau pulang saja karena anak-anak saya tidak semua setuju kalau saya dioperasi*
- C: Klien tampak gelisah, tegang, masih mengungkapkan keinginannya untuk operasi karena tidak tahan dengan kesulitan bernafas tetapi 3 orang anaknya belum setuju dan harus berunding dulu.*
- A: Masalah ansietas belum teratasi*
- P: Intervensi Dx 2 diteruskan*

PENYIMPANGAN KDM



DAFTAR PUSTAKA

- Black, J.M. dan Jacobs, E.M. **Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach**. Ed.4. Philadelphia : W.B Saunders Company, 1993.
- Flynn RW, McDonald TM, Jung RT, et al. Mortality and vascular outcomes in patients treated for thyroid dysfunction, <http://www.aafp.org/afp/20071001/bmj.html> last log in: December 1, 2007
- Hampton, B.G. dan Bryant, R.A. **Medical Surgical nursing : Assessment Nursing Management**. St.Louis : Mosby Year Book, 1992.
- http://www.medicastore.com/med/detail_pyk.php?idktg=1&ijudul=Hiper tiro idisme&iiddt=124&UID=20071121172513125.163.255.129. Last update : copyright 2005 Last log in: November 30,2007
- Lewis, S.M. dan Heitkemper, M.M. **Medical Surgical Nursing : Assessment & Management of Clinical Problems**. Ed.5. St.Louis : Mosby, 2000.
- Price, S.A. dan Wilson. **Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit**. Ed. 4. Jakarta ; Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1995.
- www.wrongdiagnosis.com/h/hyperthyroidism/treatments.htm Last update: November 13,2007 Last log in: November 30,2007

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN

DENGAN DHF

DR. ELISABETH SAGIAN
N2 di bagian H TS PGJ Cibinil Jakarta
Pegawai dalam rangka uji kompetensi kesehatan perawat tingkat nasional
Tgl 8 Mei 2008

PENGERTIAN

Penyakit menular disebabkan virus Dengue terutama menyerang anak-2 dengan gejala demam tinggi mendadak disertai manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan syok (DSS) dan kematian. Penyakit ini ditularkan nyamuk Aedes Aegypti yang membawa virus (antropod borne viruses). DBD dapat menyerang semua umur tetapi umumnya anak-2. Dalam dekade terakhir, terdapat kecenderungan kenaikan proporsi pasien DBD pada orang dewasa.

PATOFISIOLOGI

- Yang menentukan beratnya penyakit
- ◊Meningginya permeabilitas pembuluh darah
 - ◊Menurun volume plasma darah
 - ◊Ada hipotensi
 - ◊Ada trombositopenia
 - ◊Diastesis hemoragjik

PATOFISIOLOGI

- Pada tingkat pasien DHF di lapangan kesadaran sbelum sadar/gera daga peninggihan permeabilitas P.D terhadap protida plasma & erasi pada awal masa koma periferokal, piental dan perikardial. Pada kasus berat permeabilitas seluruh plasma rasial endotelial ditingkatkan oleh peningkatan permeabilitas yang mengakibatkan nadi & dapat mengakibatkan asidosis laktat, asidosis metabolik bahkan menimbulkan kematian.
- Kemungkinan diaditas P.D berakibat perantara daga perobruke cairan yg cukup nyak dpt dikasi & erasi plasma biasanya normal/nyak sedikit beberapa hari pertama. Setelah itu kemotio pd DHF adalah pendarahan lokal pada saluran cerna yg berlangsung lama & tidak terapan. Pendarahan disebabkan trombositopenia serta terganggunya fungsi trombosit di samping defisiensi ringgum/nyak dari faktor I, II, V, VII, IX, X & faktor kapiler.
- Ad penurunan sel-2 faktor di lapangan daya koagulasi & profibrasi dalam erasi/erasi yg berakibat pengurangan trombosit yg terapan/erasi seluler sehingga timbul trombositopenia.
- Aktifitas sistem koagulasi juga merupakan peranan penting pd patogenesis DHF, koagulasi intrin biasanya dlarankan pada hari ke-5 s/d hari ke-7 saat nyak terapan. Produkol aktifitas koagulasi ini berakibat asidosis laktat yg menyebabkan kematian ditingkap kapiler sehingga permeabilitasnya meningkat.

DERAJAT DHF MENURUT WHO DIBAGI 4

- Derajat 1: Demam disertai gejala tidak khas dan satu-satunya manifestasi perdarahan ialah uji tourniquet positif
- Derajat 2: Derajat 1 disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarahan lain
- Derajat 3: Ditemui kegagalan sirkulasi yakni nadi cepat & lembut, tekanan nadi menurun atau hipotensi disertai kulit dingin, lembab & pasien menjadi gelisah
- Derajat 4: Renjatan berat dengan nadi tidak teraba dan tekanan darah tidak dapat diukur

PENGAJIAN

- Aktifitas & istirahat: Lemah, lelah, pegal seluruh tubuh
- Suhu: TD menurun, nadi cepat, wajah tampak merah, demam, epistaksis, hematemesis melena
- Makanan & Cairan: mual, nyeri ulu hati, tidak nafsu makan, sakit menelan, rasa haus
- Pernafasan: nafas cepat karena demam
- Nyeri/rasa nyaman: sakit/nyeri tekan pada ulu hati
- Integritas kulit: ruam di kulit lengan & kaki, selaput mukosa mulut kering, kulit terasa panas, hiperemia tenggorokan
- Hati/Limfe: pembesaran hati & nyeri tekan, pembesaran limfe

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Laboratorium:

- Hct meningkat
- Trombositopenia
- Masa perdarahan dan protrombin memanjang

MASALAH KEPERAWATAN YG MUNGKIN TIMBUL

- Hipertensi b.d vitremia
- Nyeri b.d patologi penyakit
- Kurang volume cairan b.d peningkatan permeabilitas pembuluh darah
- Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang b.d pemenuhan kurang
- Potensial terjadi perdarahan berlebihan b.d penurunan peromboksaan, fungsi & jumlah platelet
- Potensial terjadi syok hipovolemik b.d kurang volume cairan tubuh
- Potensial terjadi koraplikasi akibat metabolik
- Gangguan proses belajar b.d anggota keluarga yang dirawat di RS
- Potensial infeksi b.d tindakan keperawatan
- Potensial terjadi ketidakseimbangan b.d perubahan transfer darah
- Potensial terjadi kelebihan volume cairan tubuh b.d perubahan cairan & elektrolit
- Gangguan stabilitas seban-bari b.d kondisi tubuh yang lemah
- Gangguan pola tidur b.d sakit kepala & pegal seluruh tubuh
- Gangguan mobilitas b.d nyeri
- Kurang pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan b.d kurang informasi
- Mekanisme coping tidak efektif b.d cemas

Diagnosa 1: Hipertensi b.d vitremia

- Hasil yg diharapkan: Suhu tubuh normal (36-37,2° C)
- Intervensi:
 - Kaji saat timbulnya demam
 - Observasi TTV: TD, N, RR, S setiap 3 jam atau lebih sering
 - Beri penjelasan tentang penyebab demam
 - Beri penjelasan kepada klien/keluarga tentang tindakan mengatasi demam
 - Jelaskan pentingnya tirah baring bagi klien & akibat bila tidak dibakukan
 - Anjurkan klien banyak minum sekitar 2,5 liter/24 jam jika tidak ada kontraindikasi & jelaskan manfaatnya bagi klien
 - Beri kompres dingin
 - Anjurkan untuk tidak memakai selimut & pakaian tebal
 - Cegah I & O
 - Beri terapi cairan IVFD & obat-obatan sesuai program medis

PENYULUHAN KESEHATAN

- Sesuai peran sebagai pendidik, perawat mampu memberi penkes kepada klien & keluarga.
- Penkes adalah pemberian informasi bersifat mendidik & mempunyai tujuan tertentu
- Tujuan penkes pada keluarga & klien:
 - Meningkatkan pengetahuan klien & keluarga tentang DHF (penyebab, tanda, penanganan dini, pencegahan)
 - Memotivasi keluarga ikut terlibat dalam perawatan klien
 - Memberi kesadaran bagi klien akan pentingnya kebersihan lingkungan & perilaku hidup sehat
 - Mengurangi jlb klien DHF & angka kematian akibat DHF

Hal-2 yg dpt diberikan pd klien/kelarga saat penkes

- Penjelasan tentang vector penyebab & cara berkembang biaknya
- Penjelasan tentang tanda & gejala awal DHF
- Penjelasan tentang penularannya tindakan pertama bagi klien
- Penjelasan tentang prosedur tindakan yang dilakukan sebelum klien datang di RS
- Penjelasan tentang manfaat obyek-objektif bagi klien
- Penjelasan ttg penularannya menjelaskan riwayat di tempat tidur sebelum klien mulai batuk
- Penjelasan ttg tindakan yg dpt dilakukan keluarga & di rumah/tempat DHF
- Hal penting yg harus dilakukan keluarga: dan cara merawat/mematuinya seperti: atlitik hidup nyamuk pd fase larva (tidak di air). Dulu yg dpt dibersihkan
 - Memeriksa lingkungan tempat rumah & carter serta sekitarnya
 - Melakukan pemukiman dengan nyamuk OPNO dgn:
 - Takap & tutup terpal pemukiman air setiap minggu agar tidak jadi tempat nyamuk Aedes Aegypti
 - Salur, bakur & buang kaleng bekas, botol bekas, botol plastik & sampah lain yg dpt dikumpulkan air agar tidak menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk anan 2007
 - Rajukan kebersihan & jangan berikan sampah-2 di halaman tidak terawat
 - Semprotan rumah agar dapat mencegah dengan larva
 - Semprotan lalat rumah setiap minggu
- Lakukan pengamatan nyamuk bila perlu

PENGAJIAN KASUS

- ◊ Nama: Tn J, 27 thn
- ◊ DX Medis: DHF

DATA SUBJEKTIF

- ♦ Klien mengatakan ada:
 - Badan lemas
 - Mual
 - Meringang selama 3 hari
 - Nyeri ulu hati
 - Kurang selera makan

DATA OBJEKTIF

- ♦ Trombosit: 35.000
- ♦ Ht: 42%
- ♦ Petekhae di badan
- ♦ Nyeri tekan pada epigastrium
- ♦ S: 37,2°
- ♦ Masa perdarahan: 3-10 menit
- ♦ Masa pembekuan: 9-10 menit
- ♦ TB: 174 cm; BB: 88 Kg

DX 1: Kurang vol cairan b.d peningkatan permeabilitas PD

Tujuan: Vol Cairan tubuh terpenuhi & permeabilitas PD normal

KE: Suhu tubuh normal (36-37,2°C), warna urine kuning bening, mukosa mulut basah, trombosit normal (150.000-500.000), tidak ada petekhae pada badan

Intervensi:

- Kaji status vol cairan tubuh klien bandingkan dengan status normal (mukosa mulut, warna urine)
- Beri penjelasan tentang pentingnya pemenuhan vol cairan tubuh klien
- Anjurkan minum banyak: minimal 2.500 cc/24 jam
- Evaluasi TTV: Suhu, nadi, pernafasan
- Evaluasi hasil pemeriksaan Lab (Trombosit, Hb, Ht, M. Perdarahan, M. Protrombin)
- Kolaborasi dgn medis untuk terapi IVFD

IMPLEMENTASI

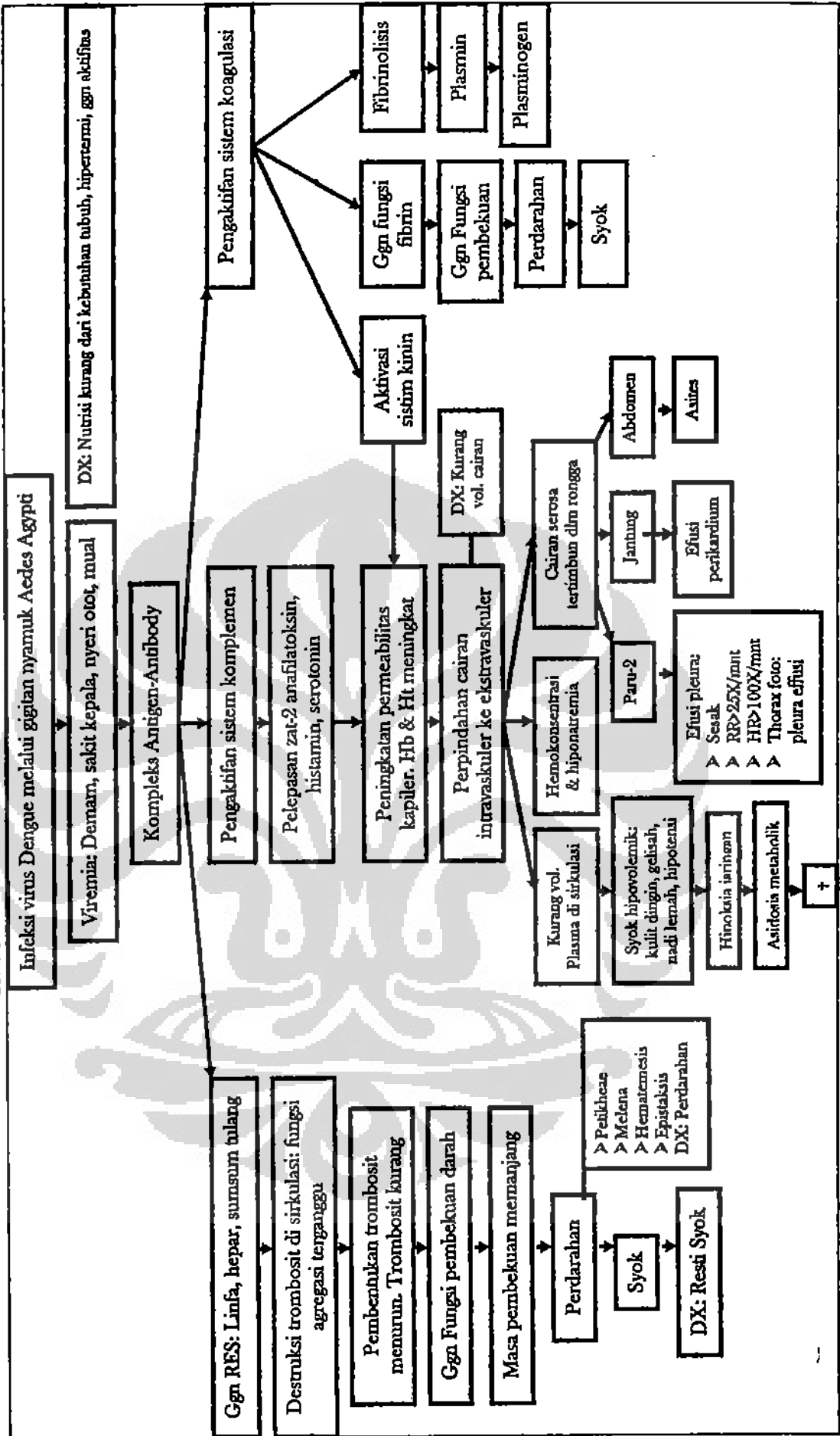
- a. Mengkaji status vol cairan tubuh klien bandingkan dengan status normal (mukosa mulut, warna urine)
- b. Mengajukan minum banyak: 2.000 cc/24 jam
- c. Mengevaluasi TTV: Suhu, nadi, pernafasan
- d. Mengevaluasi hasil pemeriksaan Lab (Trombosit, Hb, Ht, M. Perdarahan, M. Protrombin)
- e. Berkolaborasi dgn medis untuk terapi IVFD: NaCl 500 cc 4 kolf/24 jam

EVALUASI

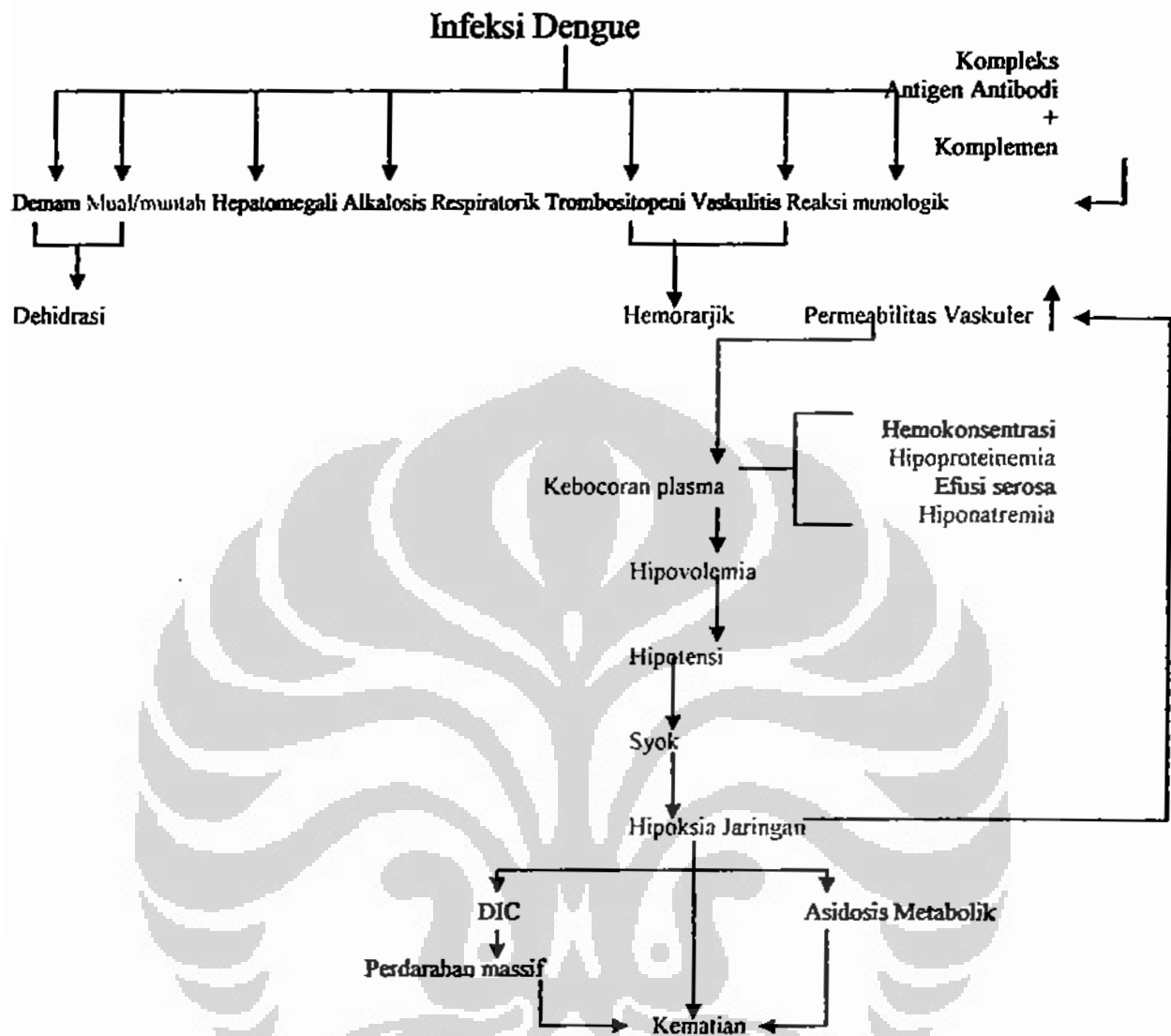
- S: Klien mengatakan badan masih pegal, lemah, meriang
- O: S 37°C, N: 80, Trombosit: 58.000, Ht: 41%, Minum: 2000 cc/24 jam, cairan infus masuk 2000 cc/24 jam
- A: Masalah pemenuhan vol cairan tubuh teratasi sebagian
- P: Intervensi Dx 1 diteruskan



PATOFLODIAGRAM DENGUE FEVER HAEMORRHAGIC



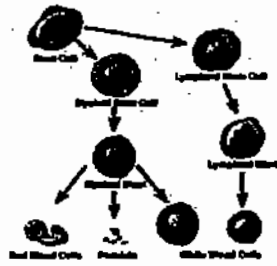
SKEMA TERJADINYA SYOK PADA DBD



DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart (2002), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, EGC, Jakarta
- Doenges, M.E., Moorehouse, M.F. & Geissier, A.C. (2000), *Rencana Asuhan Keperawatan*, EGC, Jakarta
- Guyton & Hall (1997), *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Hudak & Gallo (1997), *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik, Volume 1*, EGC, Jakarta.
- Price, S & Wilson, L.M. (1995), *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, EGC, Jakarta.
- Reeves, C.J., Roux, G. & Lockhart, R. (1999), *Keperawatan Medikal Bedah*, Salemba Medika, Jakarta
- Staff pengajar FK UI (1997), *Ilmu Kesehatan Anak*, Info Medika, Jakarta.

LEUKEMIA



Dr. Pribadi
 R2 di bagian I R3 PDI Cipto Jakarta
 Dipekerjakan dalam rangka uji kompetensi kesehatan keluarga karier perawat
 Tgl 9 Mei 2008

PENGERTIAN

- Penyakit neoplastik ditandai diferensiasi & proliferasi sel induk hematopoietik secara maligna melakukan transformasi, menyebabkan penekanan & penggantian unsur sumsum yg normal.
- Leukemia adalah neoplasma akut atau kronis dari sel-2 pembentuk darah di sumsum tulang dan limfa (Reeves, 2001). Sifat khas leukemia: proliferasi tidak teratur atau akumulasi sel darah putih dalam sumsum tulang, menggantikan elemen sumsum tulang normal. Juga terjadi proliferasi di hati, limfa & nodus limfatikus, invasi organ non hematologis, seperti meninges, traktus gastrointestinal, ginjal dan kulit

PENGERTIAN

- Leukemia adalah proliferasi sel darah putih yg masih imatur di jar pembentuk darah. (Suriadi, & Rita yuliani, 2001: 175).
- Leukemia adalah proliferasi tak teratur atau akumulasi sel darah putih di sum-2 tulang menggantikan elemen sum-2 tulang normal (Smeltzer, S C and Bare, B.G, 2002: 248)
- Leukemia adalah keganasan pada alat pembuat sel darah berupa proliferasi patologis sel hematopoetik muda, ditandai adanya kegagalan sum-2 tulang diimbangi pembentukan sel darah normal & adanya infiltrasi ke jar. tubuh yang lain. (Aniel Manejoer dkk, 2002: 435)

ETIOLOGI

Penyebab yg pasti belum diketahui, akan tetapi terdapat faktor predisposisi yg menyebabkan terjadi leukemia yaitu:

1. Faktor genetik: virus tertentu menyebabkan terjadi perubahan struktur gen (T cell leukemia-lymphoma virus/HTLV)
2. Radiasi: irinasi: lingkungan kerja, prenatal, pengobatan kanker sebelumnya
3. Terpapar zat-zat karsinogenik seperti benzen, arsen, kloroform, fenilbutazon, dan agen anti neoplastik
4. Obat-obat: imunosupresif, obat karsinogenik seperti diazotibestrol
5. Faktor herediter, mis. pada kanker monozigot
6. Kelainan kromosom: Sindrom Bloom's, trisomi 21 (Sindrom Down's), Trisomi G (Sindrom Klinefelter's), Sindrom fanconi's, Kromosom Philadelphia positif, Tetraploidisasi selkasa

JENIS LEUKEMIA

1. Leukemia Mielogenuus Akut
AML, merupakan sel stem hematopoietik yg tidak berdiferensiasi ke semua sel darah: neutrofil, granulosis, eritrosit, eritrosit dan trombosit. Semua kelompok sel dapat terlibat, insidensi meningkat sesuai bertambahnya usia. Mempunyai insidensi nonleukositik yang paling sering terjadi.
2. Leukemia Mielogenuus Kronis
CMl, juga disebabkan dalam sistem hematopoietik sel stem mieloid. Namun lebih banyak sel normal dibanding bentuk akut, sehingga penyakit ini lebih ringan. CMl jarang menyerang individu di bawah 20 tahun. Manifestasi mirip dengan gambaran AML, tetapi tanda dan gejala lebih ringan, pasien menunjukkan tanpa gejala selama bertahun-tahun, peningkatan leukosit kadang sampai jumlah yang luar biasa, limpa membesar.
3. Leukemia Limfositik Akut
ALL dianggap sebagai proliferasi ganas limfoblast. Sering terjadi pada anak-anak, laki-laki lebih banyak dibanding perempuan, puncak insidensi usia 4 tahun, setelah usia 15 ALL jarang terjadi. Manifestasi limfositik terutama berpusat pada sumsum tulang dan jaringan perifer, sehingga menyebabkan penurunan sel normal.
4. Leukemia Limfositik Kronis
CLL merupakan leukemia dengan prevalensi individu usia 50-70 tahun. Manifestasi klinis pasien tidak menunjukkan gejala, baru terduga saat pemeriksaan fisik atau pemeriksaan penyakit lain.

GAMBARAN KLINIK

- a. Plek tidak sembuh-sembuh
 - b. Pucat, lesu, mudah terstimulasi
 - c. Demam dan anorexia
 - d. Berat badan menurun
 - e. Petechiae, memar tanpa sebab
 - f. Nyeri pada tulang dan persendian
 - g. Nyeri abdomen
 - h. Lymphadenopathy
 - i. Hepatosplenomegaly
 - j. Abnormal WBC
- (Suriadi & Rita Yuliani, 2001 : hal. 177)

INSIDEN

- ALL (Acute Lymphoid Leukemia) adalah insiden paling tinggi terjadi pada anak berusia antara 3-5 thn. Anak perempuan menunjukkan prognosis yg lebih baik daripada anak laki-2. Anak kulit hitam mempunyai insidensi remisi yg lebih sedikit & angka kelangsungan hidup (survival rate) rata-2 yg juga lebih rendah. ANLL (Acute Nonlymphoid Leukemia) mencakup 15%-25% kasus leukemia pada anak. Resiko terkena penyakit ini meningkat pada anak dgn kelainan kromosom bawaan seperti Sindrom Down. Lebih sulit dari ALL dim hal menginduksi remisi (angka remisi 70%). Remisinya lebih singkat pada anak-2 dgn ALL. 50% anak dgn pencangkokan sumsum tulang memiidi remisi bertahap. (Betz, Cecily L, 2002. hal. 300).

PATOFISIOLOGI

- a. Normalnya tulang marrow diganti tumor malignan, imatur sel blast. Ada proliferasi sel blast, produksi eritrosit & platelet terganggu sehingga menimbulkan anemia & trombositopenia.
- b. Sistem retikuloendotelial terpengaruh & menyebabkan dgn sistem pertahanan tubuh & mudah mengalami infeksi.
- c. Manifestasi tampak pada gambaran gagalnya bone marrow & infiltrasi organ, sistem saraf pusat. Ggn pada nutrisi & metabolisme. Depresi sumsum tulang akan berdampak pada penurunan leukosit, eritrosit, faktor pembekuan & peningkatan tekanan jar.
- d. Ada infiltrasi pada ekstra medular berakibat terjadi pembesaran hati, limfe, nodus limfe, & nyeri persendian. (Suriadi, & Yuliani R, 2001: hal. 175)

TANDA DAN GEJALA

1. Aktivitas: kelelahan, kelemahan, malaise, kelelahan otot.
2. Sirkulasi: palpitasi, takikardi, murmur jantung, membran mukosa pucat.
3. Eliminasi: diare, nyeri tekan perianal, darah merah terang, feses hitam, penurunan haluaran urin.
4. Integritas ego: perasaan tidak berdaya, menarik diri, takut, mudah terangsang, ansietas.
5. Makanan/cairan: anoreksia, muntah, perubahan rasa, faringitis, penurunan BB & disfagia.
6. Neurosensori: penurunan koordinasi, disorientasi, pusing, keemutan, parestesia, aktivitas kejang, otot mudah terangsang.
7. Nyeri: nyeri abdomen, sakit kepala, nyeri sendi, peritoni hati-2 gelisah.
8. Pernafasan: nafas pendek, batuk, dispne, takipnea, ronchi, gericik, penurunan bunyi nafas.
9. Keamanaran: ggn penglihatan, perdarahan spontan tidak terkontrol, demam, infeksi, kemerahan, purpura, pembesaran nodus limfe.
10. Seksualitas: perubahan libido, perubahan menstruasi, impotensi, menoragia.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Hitung darah lengkap: menunjukkan normositik, anemia normositik
2. Hemoglobin: dapat < 10 gr/100ml
3. Retikulosit: jumlah biasanya rendah
4. Trombosit: sangat rendah (< 50000/mm)
5. SDP: mungkin > 50000/cm dgn peningkatan SDP imatur
6. PTT: memanjang
7. As. urat serum: mungkin meningkat
9. Monositik akut & mielomonositik
10. Copper serum: meningkat
11. Zink serum: menurun
12. Foto dada & biopsi nodus limfe: dapat mengindikasikan derajat keterlibatan

PENATALAKSANAAN

1. Pelaksanaan kemoterapi
2. Iradiasi kranial
3. Terdapat 3 fase penatalaksanaan kemoterapi
 - a. Fase Induksi
Dimulai 4-8 minggu setelah diagnosa ditegakkan. Pada fase ini diberi terapi kortikosteroid (prednison), vincristin dan L-asparaginase. Fase induksi dinyatakan berhasil jika tanda-tanda penyakit berturut-turut tidak ada tanda & dim sum2 tulang ditemukan jh sel muda < 5%.
 - b. Fase Profilaksis Sistem saraf pusat
Pada fase ini diberi terapi methotrexate, cytarabine dan hydrocortison melalui intrathecal utk mencegah invasi sel leukemia ke otak. Terapi iradiasi kranial dilakukan hanya pada pasien leukemia yg mengalami ggn sistem saraf pusat.
 - c. Konsolidasi
Pada fase ini kombinasi pengobatan dilakukan utk mempertahankan remisi & mengurangi jh sel-2 leukemia yg beredar dim tubuh. Secara berkala, minggu/bulan dilakukan pemeriksaan darah lengkap utk menilai respons sum2 tulang terhadap pengobatan. Jika terjadi supresi sum2 tulang, pengobatan dihentikan sementara atau dosis obat dikurangi

PENGAJIAN

1. Riwayat penyakit: pengobatan kanker sebelumnya
2. Riwayat keluarga: ada ggn hematologis, ada faktor herediter misal kembar monozigot)
3. Kaji tanda-tanda anemia: kelemahan, kelelahan, pucat, sakit kepala, anoreksia, muntah, sesak, nafas cepat
4. Kaji tanda-tanda leukopenia: demam, stomatitis, gejala infeksi pernafasan atas, infeksi perkemihan, infeksi kulit dapat timbul kemerahan atau hitam tanpa pus
5. Kaji tanda-tanda trombositopenia: ptechieae, purpura, perdarahan membran mukosa, pembentukan hematoma, purpura; kaji tanda-tanda invasi ekstra medula: limfadenopati, hepatomegali, splenomegali.
6. Kaji pembesaran testis, hematuria, hipertensi, gagal ginjal, inflamasi di sekitar rektal dan nyeri.

DX 1 & INTERVENSI

Resili tidak b.d. suasana sistem pertahanan tubuh sekunder, ggr. penanganan SDP, peningkatan jh. fungsi kardier, imunosupresi, penanganan stres/tegang.

Tujuan: Misi bebas dari infeksi, KE: normotensi, Hasil kultur negatif, ada penyembuhan dengan intervensi:

- a. Terpapas di ruang Netes. Datar pengorotng sesuai indikasi.
- b. Cari tempat utk semua papasan dan pengorotng.
- c. Ases awal, perhatikan bob. antara peningkatan suhu & imunosupr, obs. asupan, hidrasi, biokimia, perubahan mental status.
- d. Cegah infeksi: higienitas cairan, beri maski kompres.
- e. Dalam sedang monitoring postel, napas dalam & batuk.
- f. Anestesi awal mba, tambah, obs. tetrasid terdapat perubahan kardieratik mis: syokan kardiogenik, urine low output & beresmbi lisa-2/area terbalak.
- g. Obs. full utk apul lisis, edematosa, lisa, beresmbi full dgn lisis aritmiatik.
- h. Obs. tekanan darah awal, perhatikan awal dgn vital gigi batuk.
- i. Tindakan intervensi peroral, k/p rasidm duduk dgn bedakan/bidukawa.
- j. Beri pinda lisis/tepat tempo pengasas.
- k. Dalam pengamatan monitor tekanan darah, frekw protein & cairan.
- l. Hasil prosedur lisis (asukan laras, lisis) bila mungkin.
- m. Kolaborasi: Ases pemantauan lab. mikologi darah lengkap, SDP laras, lisa-2 terdapat perubahan pd neutrofil, kultur gram/nestofitas, lisisari foto dada, beri obat sesuai indikasi mis: antibiotik, nindar antipiretik dari aspirin, hasi dat sudah lisis/tepat mis: pemberian dirasak & diproses.

DX 2 & INTERVENSI

Resili kurang vol cairan b.d. hilang berlebihan rambut, pendarahan, diare, demam lepat, mual, anoreksia, peningkatan kebutuhan cairan: demam, konstipasi.

Tujuan: vol cairan terpapas KE: vol cairan adekuat, mukosa lembab, TTV stabil: TD 90/60 mmHg, N 100 x/mnt, RR 20 x/mnt, Nadi laras, Output urin 30 ml/jam, Capillary refill <2 detik dgn intervensi:

- a. Ases lisis Output & konstipasi/cairan, perhatikan pemantauan mis, skor BJ & pH urin, timbang BB tiap hari.
- c. Ases TD & frekwensi jantung.
- d. Evaluasi lisis, Capillary refill, kondisi membran mukosa.
- e. Beri lisis cairan 3-4 L/hari kalau tdk ada kontraindikasi.
- f. Obs. hidrasi/mukosa mukosa utk patokan, area edematosa, pendarahan oral, darah warna karat/hemor pd feces & urin, pendarahan lisis pd lisis.
- g. Implementasi monitoring cairan/ja/pendarahan.
- h. Bahal pemantauan oral utk mencegah mulut bila diindikasikan.
- i. Beri diet lunak.
- j. Kolaborasi: Beri cairan IV sesuai indikasi, ases pemantauan lab: trombosit, Hb/Ht, pembekuan, beri SDM, trombosit, faktor pembekuan, partokpikasi alat akses vaskuler sentral, elektrolit (kadar urea/ sublektrolin), beri obat sesuai indikasi: Oclonoxolon, allopurinol, kalium asetat/asetat, Natrium Bikarbonat, polinasi feces.

DX 3 & INTERVENSI

Nyeri b.d. agen fisik mis: Pembesaran organ/nodus limfe, sum2 tulang dikemas sel leukemia, agen kimia terapi anti leukemia.

Tujuan: Nyeri teratasi KE: klien menyatakan nyeri terkontrol, klien menunjukkan perilaku penanganan nyeri, rileks & mampu istirahat dgn intervensi:

- a. Kaji keluhan nyeri, obs perubahan pd derajat & sisi (skala 0-10).
- b. Obs TTV, obs petunjuk non-verbal mis: otot tegang, gelisah.
- c. Beri lingkungan tenang, kurangi rangsangan peruh ebra.
- d. Beri postel nyaman, sokong sendi & ekstremitas dgn bantal.
- e. Ubah postel dgn periodik & bantu lisisan rentang gerak lembut.
- f. Beri kenyamanan (pijak, kompres dingin & dukungan psikologis).
- g. Kaji ulang/tingkatkan intervensi kenyamanan klien sendiri.
- h. Evaluasi/dukung mekanisme coping pasien.
- i. Bantu manajemen nyeri mis: relaksasi/ nafas dm, sentuhan.
- j. Bantu aktivitas terapeutik, teknik relaksasi.
- k. Kolaborasi: Ases kadar as. urat, beri obat sesuai indikasi: analgesik (asetaminofen), narkotik (kodein, meperidin, morfin, hidromorfon), agen antiarsietas (diazepam, lorazepam).

DX 4 & INTERVENSI

- Intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum, peningkatan laju metabolisme
- Tujuan: pasien mampu mentoleransi aktivitas KE:
- a. Peningkatan toleransi aktivitas yg dapat ditoler
 - b. Berpartisipasi dlm aktivitas sehari-2 sesuai tingkat kemampuan
 - c. Menunjukkan penurunan tanda fisiologis tidak toleransi
- Intervensi:
- d. Evaluasi laporan kelemahan, perhatikan ketidakmampuan berpartisipasi dlm aktivitas, beri lingkungan tenang & periode istirahat tanpa ggn
 - e. Implementasikan teknik penghematan energi, contoh latihan baik duduk daripada berdiri, gunakan kursi mandi
 - f. Jadwalkan makan sekitar kamoterapi. Beri kebersihan mulut sebelum makan & beri antiemetik sesuai indikasi
 - g. Kolaborasi: beri O2 tambahan

DX 5 & INTERVENSI

- Risiko perdarahan b.d trombositopenia
- Tujuan: Klien bebas dari gejala perdarahan KE: TD 90/60mmHg, Nadi 100 x/mnt, ekskresi & sekresi negatif terhadap darah, Ht 40-54% (pria), 37-47% (wanita), Hb 14-18 gr%
- Intervensi:
- a. Pantau haung trombosit dgn jlh 50.000/ml, resti perdarahan, pantau Hg, Hb terhadap tanda perdarahan
 - b. Minta klien mengingatkan perawat bila ada perdarahan gusi
 - c. Observasi kulit, mulut, hidung urin, feces, muntah & tempat tusukan IV terhadap perdarahan
 - d. Pantau TV interval sering, waspada/ tanda perdarahan.
 - e. Gunakan jarum ukuran kecil
 - f. Jika perdarahan, tinggalkan bagian yg sakit & kompres dingin & tekan perlahan.
 - g. Beri bantalan tempat tidur untuk cegah trauma
 - h. Anjurkan menggunakan sikat gigi halus atau pencukur listrik.

DX 6 & INTERVENSI

- Perubahan perfusi jar b.d terhentinya aliran darah sekunder adanya destruksi SDM
- Tujuan: perfusi adekuat KE: I & O seimbang, urin 30 ml/jam, Kapiler refil < 2 detik, TTV stabil, Nadi perifer kuat terpalpasi, Kulit hangat & tidak sianosis
- Intervensi:
- a. Awasi TTV
 - b. Kaji kulit untuk rasa dingin, pucat, kelambatan pengisian kapiler
 - c. Catat perubahan tingkat kesadaran
 - d. Pertahankan masukan cairan adekuat
 - e. Evaluasi terjadinya edema
 - f. Kolaborasi: Awasi pemeriksaan lab: GDA, BUN
- Elektrolit serum, beri pengganti sesuai indikasi, beri cairan hiposmolar

DAFTAR PUSTAKA

- Sawitjer Suzanne C. *Dasar Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner & Sudarwati*. ASH bahasa Agung Wibisono, dkk. Editor Monica Ekar, dkk. Ed. 8. Jakarta : EGC; 2001.
- Taylor, Susan Marie et al. *Patient care Standards : Nursing Process, diagnosis, And Outcome*. ASH bahasa Yessia mah. Ed. 5. Jakarta : EGC; 1998
- Downes, Marilyn E. *Nursing Care Plans: Guidelines For Planning And Documenting Patient Care*. ASH Bahasa I Made Karissa. Ed. 2. Jakarta : EGC; 2000
- Pice, Sylvia Anderson. *Pathophysiology : Clinical Concepts Of Disease Processes*. ASH Bahasa Peter Anugrah. Ed. 4. Jakarta : EGC; 1994
- Rawes, Christine J et al. *Medical-Surgical Nursing*. ASH Bahasa Jolo Galyon. Ed. 1. Jakarta : Salemba Medika; 2001

PENGKAJIAN KASUS

- Nama: Ny. S, 62 thn
- DX Medis: Multiple Myeloma

DATA SUBJEKTIF

- Klien mengatakan ada:
 - Badan lemas
 - Mual
 - Kurang selera makan
 - Ada sariawan
 - Ggn penglihatan
 - Sakral menelan
 - Badan terasa nyeri

DATA OBJEKTIF

- Benjolan di mandibula kanan
- Ht: 7,8
- Hc: 25%
- Leukali 12.000
- Trombosit 277.000
- Telah selesai radikal
- Saling kunjung-muntah intermiten seri 2
- Anoreksia
- Rambut rontok
- Penurunan BB dari 60 kg menjadi 46 kg selama 3 minggu
- Batak
- S: 37-38 °C

DX 1 & INTERVENSI

- Infeksi t.t.d memusat sistem pertahanan tubuh.
- Tujuan: Klien bebas dari infeksi, KE: Normotermis dengan intervensi:
1. Tindakan pd ruang khusus, batasi pengunjung sesuai indikasi.
 2. Cuci tangan utk semua petugas dan pengunjung.
 3. Obs suhu, perhatikan hub peningkatan suhu & farmakopi, obs demam, takikardia, hipotensi, perubahan mental status.
 4. Cegah menggigit: singkapan cairan, beri mandi kompres
 5. Dengan sering mencuci tangan, napas dalam & batuk.
 6. Anestesiasi nyeri, mobil, obs skorea terhadap perubahan kardioritmik vital:
 7. peningkatan epokum/kontak, urine bau busuk & berlemah Ska-Z/asa terbuah.
 8. Obs kulit utk nyeri tekan, eritematosus, luka, batikan kulit dgn larutan antiseptik.
 9. Obs membas mukosa mulut, bersihkan mulut dgn sikat gigi halus.
 10. Tingkatkan kebersihan perianal, jip rendam duduk dgn betadine/betadine.
 11. Beri periode isolasi tanpa gangguan
 12. Dengan peningkatan masukan makanan tinggi protein & cairan.
 13. Hidar prosedur invasif (tusukan jarum, injeksi) bila mungkin.
 14. Kolaborasi: Obs pemeriksaan lab melaibitung darah lengkap, apalah SOP lama/oba-2 ada perubahan resistensi; kultur gram/sensitivitas, uji serl foto dada, beri obat sesuai indikasi trns antibiotik, hindari aspirasi dgn aspirasi, beri diet rendah bakteri misal makanan dimasak, diproses.

IMPLEMENTASI

1. Klien ditempatkan pada ruang IK
2. Pengunjung dibatasi
3. Setiap petugas cuci tangan sebelum & setelah tindakan
4. Cek TTV: S, N
5. Memberi infus dan intake cairan yang cukup untuk mencegah menggigit & dehidrasi
6. Mengkaji tanda-tanda infeksi lainnya seperti mengawasi tusukan infus, auskultasi paru-paru, inspeksi kulit utk nyeri tekan, inspeksi membran mukosa mulut, sikat gigi dgn sikat gigi halus.
7. Memonitor hasil pemeriksaan penunjang seperti lab
8. Memberi obat antibiotik Cefriaxone

EVALUASI

S: Klien mengatakan masih ada sariawan di mulut

O: S 37.9°C, N 100, leukosit: 7000

A: Masalah infeksi teratasi sebagian

P: Intervensi Dx 1 diteruskan

DX 2 & INTERVENSI

DP: Nyeri h.d agen sumbu tulang yg dikemas dgn sel leukemia; agen kimia pengobatan antileukemik

Tujuan: nyeri teratasi KE: Pasien menyatakan nyeri hilang atau terkontrol, pasien menunjukkan perilaku penanganan nyeri, Tampak rileks & mampu istirahat

Intervensi:

a. Kaji keluhan nyeri, perhatikan perubahan pada derajat & sisi (gunakan skala 0-10)

b. Awasi TTV, perhatikan petunjuk non-verbal misal tegangan otot, gelisah.

c. Beri lingkungan tenang, kurangi rangsangan peruh stress.

d. Tempatkan pada posisi nyaman & sokong sendi, ekstremitas dgn bantal.

Ubah posisi secara periodik & bantu latihan rentang gerak lembut.

f. Beri tindakan kenyamanan (pijatan, kompres dingin & dukungan psikologis)

g. Kaji ulang/tingkatkan intervensi kenyamanan pasien sendiri

h. Evaluasi/dukung mekanisme coping pasien.

i. Dorong menggunakan teknik manajemen nyeri contoh latihan relaksasi/nafas dlm, sentuhan.

j. Bantu aktivitas terapeutik, teknik relaksasi.

k. Kolaborasi:

Awasi kadar asam urat, beri obat sesuai indikasi: analgesik (asetaminofen), narkotik (kodein, meperidin, morfin, hidromorfon)
Agen antiansietas (diazepam, lorazepam)

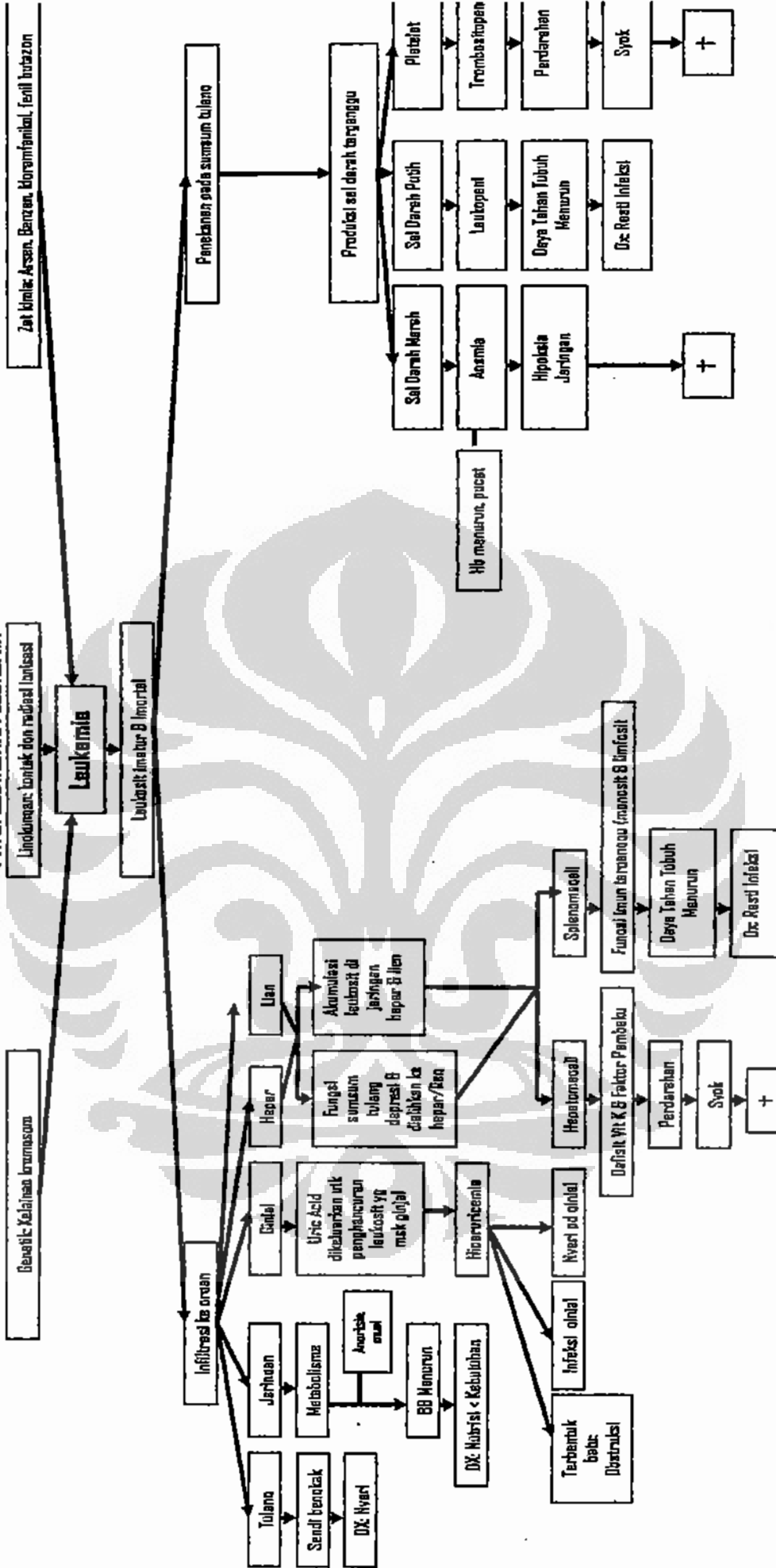
IMPLEMENTASI

1. Mengkaji keluhan nyeri, perhatikan perubahan pada derajat & sisi (gunakan skala 0-10) skala nyeri 4-6.
2. Memberi lingkungan tenang, kurangi rangsangan penuh stres.
3. Menempatkan pada posisi nyaman & sokong sendi, ekstremitas dgn bantal.
4. Mengubahosisi secara periodik & bantu latihan rentang gerak lembut.
5. Memberi korset
6. Mendorong menggunakan teknik manajemen nyeri contoh latihan relaksasi/napas dim, sentuhan
7. Kolaborasi: memberi obat Dumocalsin 2X1 tablet

EVALUASI

- S: Klien mengatakan nyeri berkurang
O: Skala nyeri 1-3, TD: 140/80, N: 100,
korset tetap dipakai
A: Nyeri teratasi
P: Intervensi Dx 2 dihentikan tetapi tetap dimonitor kemungkinan munculnya nyeri.

PATOFLODIAGRAM LEUKEMIA



DAFTAR PUSTAKA

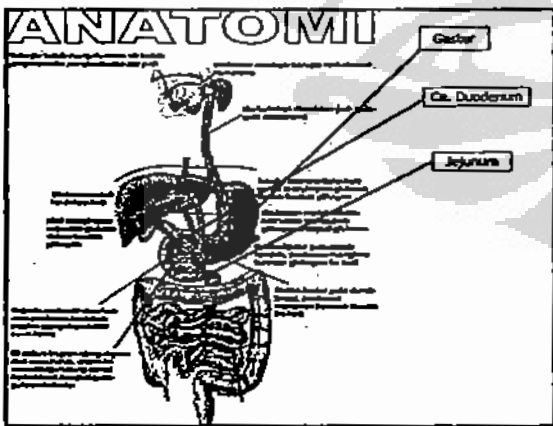
- Doenges, Marilyn E. *Nursing Care Plans: Guidelines For Planning And Documenting Patient Care*. Alih Bahasa I Made Kariasa. Ed. 3. Jakarta : EGC; 1999
- Price, Sylvia Anderson. *Pathophysiology : Clinical Concepts Of Disease Processes*. Alih Bahasa Peter Anugrah. Ed. 4. Jakarta : EGC; 1994
- Reeves, Charlene J et al. *Medical-Surgical Nursing*. Alih Bahasa Joko Setyono. Ed. 1. Jakarta : Salemba Medika; 2001
- Smeltzer Suzanne C. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Alih bahasa Agung Waluyo, dkk. Editor Monica Ester, dkk. Ed. 8. Jakarta : EGC; 2001.
- Tucker, Susan Martin et al. *Patient care Standards : Nursing Process, diagnosis, And Outcome*. Alih bahasa Yasmin asih. Ed. 5. Jakarta : EGC; 1998

Kanker Duodenum

Dr. Christina Muband
N2-01 bagian NRS FOM CEMRI Jakarta
Dijadika dalam rangka uji kompetensi keahlian jenjang keperawatan
Tgl 11 Mei 2008

PENGERTIAN

- Adalah tumor malignan yang muncul dari jaringan epitel pada duodenum



PATOFISIOLOGI

- Umumnya tumor duodenum adalah adenokarsinoma yang berkembang dari polyp adenoma. Pertumbuhan tumor secara lokal tidak terdeteksi, menimbulkan beberapa gejala. Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah menyebar ke dalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ-organ yang berdekatan. Kanker duodenum menyebar dan perusakan langsung ke sekeliling permukaan usus, submukosa, dan dinding luar usus. Struktur yang berdekatan, seperti hepar, kurvatura mayor lambung, jejunum, pankreas, limpa dan dinding abdominal juga dapat dilalui oleh perusakan. Metastasis ke kelenjar getah bening regional sering berasal dari penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu terjadi, bisa saja kelenjar yg jauh sudah dilalui semua kelenjar regional masih normal (Way, 1994). Sel-sel kanker dari tumor primer dpt juga menyebar melalui sistem limfatik atau sistem sirkulasi ke area sekunder seperti hepar, paru-2, otak, tulang & ginjal. "Penyematanan" dari tumor ke area lain dari rongga peritoneal dapat terjadi bila tumor meluas melalui perosa atau selama pembedahan.

PATOFISIOLOGI

- Awalnya sebagai nodul, kanker usus sering tanpa gejala hingga tahap lanjut. Karena pola pertumbuhan lambat, 5 sampai 15 tahun sebelum muncul gejala (Way, 1994). Manifestasi tergantung pada lokasi, tipe & perusakan & komplikasi. Perdarahan sering sebagai manifestasi yg membawa klien datang berobat. Gejala awal lain sering terjadi perubahan kebiasaan bab, diarehea atau konstipasi. Karakteristik lanjut adalah nyeri, anorexia, & penurunan BB. Mungkin dapat teraba massa di abdomen. Biasanya klien tampak anemis akibat perdarahan

PATOFISIOLOGI

- Prognosis kanker duodenum tergantung stadium penyakit saat terdeteksi & penanganannya. 75 % klien Ca. duodenum mampu bertahan hidup selama 5 tahun. Daya tahan hidup buruk/lebih rendah pd usia dewasa tua (Hazzard et al., 1994).

PATOFISIOLOGI

- Komplikasi primer dihubungkan dgn kanker duodenum: (1) obstruksi usus diikuti penyempitan lumen akibat lesi; (2) perforasi dari dinding usus oleh tumor, diikuti kontaminasi rongga peritoneal oleh isi usus; (3) perluasan langsung tumor ke organ-organ berdekatan

PERAWATAN KOLABORATIF

- Fokus perawatan kolaboratif bagi klien Ca. duodenum utk membangun diagnosis akurat & stadium penyakit serta menentukan penanganan. Tergantung adanya perluasan penyakit saat didiagnosis, penanganan pd 5 tahun pertama rata-rata dpt berhasil 80–100%. Ca. duodenum selalu ditangani dgn pembedahan, kemoterapi dan terapi radiasi

TEST DIAGNOSTIK

- Karena Ca. duodenum sering berkembang lambat & penanganan stadium awal sangat dibutuhkan, maka organisasi kanker Amerika merekomendasikan prosedur screening rutin bagi deteksi awal penyakit. Rekomendasinya sbdr:
 - Diagnosis pd melalui kolonoskopi pd usia > 40 tahun
 - Klien dgn diduga Ca. Duodenum dpt dilakukan prosedur diagnostik berikut smbt pemeriksaan fisik, test laboratorium, radiography & biopsy untuk memastikan.
- Test laboratorium yg:
 - Jb sel-2 darah smbt evaluasi anemia.
 - CEA (carcinoembryonic antigen) diturunkan glicoprotein di membran sel pd bjt jar. kanker Ca. Duodenum. Antigen ini dpt dideteksi oleh antibiopsiasusury dari serum atau cairan tubuh lainnya dan ekornal. Karena test ini lbh spesifik bagi Ca. Duodenum & positif pd > separuh klien dgn stadium awal penyakit, test sbdr termasuk dlm skrining atau test diagnostik dlm terapi penyakit. Test termasuk digunakan sbagai prediktor pd prognosis postoperative & deteksi kelambatan mwgicid pembedahan (Way, 1994).
 - Pemeriksaan klmie darah alkaline phosphatase & kadar bilirubin dpt meninggi, lbh dini telah mengalmi hepar. Test laboratorium lainnya tsdipul serum protein, kalsium & tesulin

TEST DIAGNOSTIK (lanjutan)

- Biopsi endoskopi digunakan utk deteksi atau konfirmasi ada kariesnya & lokasi tumor. Bisa dilakukan langsung seperti barium swallow atau menggunakan biopsi. Ca. Duodenum terapat endoskopi semua tingkat tumor atau, lokalitas atau dgn pengujian. Diambil atau kefir oleh tumor & pola makroskop normal hilang. Pemeriksaan ini berguna utk tumor duodenum (Way, 1994).
- X-ray dada untuk deteksi metastasis tumor ke paru-2
- CT scan, MRI atau pemeriksaan USG dpt digunakan utk mengkaji apakah sudah mengenai organ lain melalui permukaan langsung atau dari metastasis tumor.
- Endoskopi setelah test diagnostik tersebut digunakan utk mendeteksi & menilai tumor. Setelah dilakukan biopsi jar. endoskopi tersebut dpt mendeteksi 50- 65 % Ca. Duodenum. Pemeriksaan endoskopi dan histopatologi utk mengetahui lokasi & biopsi level pd kelen dgn endoskopi mana. Bila endoskopi dilakukan, lokasi semua tingkat ini diketahui. Tumor dapat tampak membesar, merah, ulseratif, nodul, ulseratif duodenitis.

PEMBEDAHAN

- Pemotongan bedah pd tumor, duodenum yg berdekatan & kal. getah bening yg berdekatan adalah penanganan pilihan utk Ca. duodenum. Penanganan pembedahan bervariasi dari pengusiran tumor oleh laser fotokoagulasi selama endoskopi sampai pemotongan abdominoperineal (APR=abdominoperineal resection) dgn duodenostomy permanen. Bisa memungkinkan (Way, 1994).
- Laser fotokoagulasi digunakan sangat kecil, usus diberi sorotan sinar utk pemanasan langsung jar. di dalamnya. Panas oleh laser umumnya dpt digunakan merusak tumor kecil. Juga digunakan utk bedah paliatif atau tumor lanjut utk mengangkat sumbatan. Laser fotokoagulasi dpt dibentuk berupa endoskopi & digunakan klien tak mampu/tidak toleransi utk dilakukan bedah mayor.
- Penanganan bedah lain utk yg kecil, lokalitas tumor termasuk pemotongan lokal. Prosedur ini juga dpt dilakukan selama endoskopi dgn mengeluarkan jarum utk bedah abdomen. Fulgurasi atau elektrokoagulasi digunakan mengurangi ukuran tumor yg besar bagi klien yg risiko pembedahan jelek. Prosedur ini umumnya dilakukan anestesi umum & dpt dilakukan bertahap (Way, 1994).

PEMBEDAHAN

- Banyak klien Ca. duodenum dilakukan pemotongan bedah dari spingter gaster dgn anastomosis dari sisa jejunum sebagai prosedur pengobatan.
- Tumor pd duodenum biasanya ditangani dgn pemotongan abdominal dimana duodenum diangkat melalui insisi abdominal.

RADIOTERAPI

- Terapi radiasi sering digunakan sebagai tambahan dari pengangkatan bedah dari tumor usus. Bagi kanker duodenum yang kecil, intrakavitari, ekstraintal, atau implanasi radiasi dapat dgn atau tanpa ekresi bedah dari tumor. Radiasi preoperatif diberikan bagi klien dengan tumor besar sampai lengkap pengangkatan. Bila terapi radiasi megavoltage digunakan, kemungkinan dalam kombinasi dengan kemoterapi, karsinoma tidak berkurang ukurannya, sel-sel jaringan limpatik regional dibunuh, dan kelambahan lamban atau tidak tumbuh sama sekali (Berkow & Fletcher, 1992; way, 1994). Terapi radiasi megavoltage juga dapat digunakan postoperatif untuk mengurangi risiko kelambahan dan untuk mengurangi nyeri. Lesi yang terfiksir luas tidak diangkat dapat diangani dengan mengurangi pemisah / hambatan dan memperlambat berkembangnya kanker.

KEMOTERAPI

- Agen-2 kemoterapi, seperti levamisole oral dan intravenous fluorouracil (5-FU), juga digunakan postoperatif sebagai terapi adjuvan untuk kanker kolorektal. Bila dikombinasi dengan terapi radiasi, kontrol pemberian kemoterapi lokal dan survive bagi klien dengan stadium II dan III dengan tumor duodenum. Keunggulan adalah bersih, tetapi kemoterapi dapat digunakan untuk menolong mengurangi penyebaran ke hepar dan mencegah kelambahan. Leucovorin dapat juga diberikan dengan 5-FU untuk meningkatkan efek antitumor.

PERAWATAN

- Dlm perencanaan & implementasi perawatan klien dgn Ca. Duodenum, perawat perlu memperhatikan tidak hanya perawatan fisik tetapi juga respon emosional klien untuk diagnosis. Karena kanker sering terdiagnosa pada tahap lanjut, prognosis meskipun sudah ditangani, dapat jelek. Klien dapat mengalami perasaan denial dan marah. Ditambah lagi, diagnostik test dan efek kemoterapi dan terapi radiasi dapat meninggalkan efek kelelahan pada klien dan berkecil hati.
- Perawatan adalah bantuan menyediakan dukungan emosional, pengejaran klien tentang prosedur diagnostik tertentu, perawatan preoperatif dan postoperatif bila indikasi pembedahan. Diagnosa keperawatan prioritas untuk klien ini adalah nyeri, perubahan nutrisi, dan berduka antisipatori.

NYERI

- Klien dengan Ca. duodenum dapat mengalami nyeri dari berbagai sumber. Pemeriksaan diagnostik dan preparat prosedur sering tidak nyaman. Biasanya semua klien dengan akan mengalami prosedur pembedahan, sering mengenali abdomen dan kemungkinan insisi perineal. Bila reseksi dilakukan. Ketidakyamanan ini berhubungan dengan pemutusan saraf selama insisi di abdomen. Akibatnya, tumor itu sendiri dan, kemungkinan, tumor yang bermetastase dapat mengenai saraf dan organ-organ lainnya, menyebabkan nyeri. Pada awal postoperatif, pasien dikontrol dengan analgesia (PCA = patient control analgesia) dapat sangat efektif dalam mengurangi rasa tidak nyaman, dapat diberikan secara rutin. Pemeriksaan ini dapat juga dilakukan dengan analgesia kontinu. Fokus perawatan pada pengalihan kesedukutan penanganan nyeri, perlu atau tidaknya meningkatkan analgesik, dan memastikan apakah benar-benar rasa nyeri atau rasa takut

PERAWATAN KLIEN DENGAN BEDAH USUS

PREOPERATIF

- Pasien tipe-2 valid utk prosedur. Ini berguna bagi klien & anggota keluarga utk memahami prosedur & kemungkinan risiko & keengganan, sehingga akan lebih siap utk prosedur. Penanganan IC khususnya untuk prosedur sebagai dokumentasi bahwa klien & keluarga setuju utk dilakukan prosedur.
- Kaji pemahaman klien & keluarga tentang prosedur, manfaat & keterbatasan masing-masing kebutuhan. Beri instruksi apa yg diharapkan selama periode postoperatif, meliputi penanganan nyeri, pemasangan selang seperti NGT, NPTD, latihan pernafasan, monitoring intake oral makanan dan cairan, klien yg diharapkan dgn baik selama preoperatif biasanya lebih tenang & merasa lebih baik menolong/mendukung perawatan postoperatif. Perawatan adolus juga mengurangi kebutuhan analgesik & meningkatkan pemulihan klien.
- Pemasangan NGT postoperatif. Maksud sering dilakukan pemasangan di luar bedah hanya utk pembedahan, NGT dpt membantu preoperatif utk menahan sekresi & mengosongkan bl lambung.
- Prosedur persiapan usus. Antibiotik oral & perawatan sebalnya dlmnya dpt diberikan preoperatif utk membersihkan usus & mengurangi risiko kontaminasi bl usus selama pembedahan.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Nyeri
- Kerusakan Integritas Kulit bd pembedahan & terapi radiasi
- Bertuka Antisipas
- Risiko Inefektif Koping individual bd sistem dukungan
- Cemas bd diagnosa malignansi mendatang yg tak pasti.
- Kecemasan bd kurang pengetahuan tentang perawatan lanjut
- Pendidikan Klien dan Keluarga

INTERVENSI KEP DGN RASIONAL

- Sering mengkaji kecukupan penanganan nyeri. Gunakan DS & DO meliputi (1) lokasi, intensitas & karakter nyeri, (2) tanda-2 nonverbal, meliputi: wajah meringis, posisi tubuh tegang, tampak kepayahan, peningkatan N, peningkatan/penurunan TD, RR cepat & dangkal. *Klien dapat berasumsi bahwa nyeri akan terjadi atau toleransi atau dapat menjadi ketakutan tergantung tingkat analgesik. Menanyakan & mengkaji dpt memberi informasi akurat pd perawatan tentang status nyeri klien & berguna mengontrol rasa tak nyaman klien.*
- Tanyakan klien tentang skala nyeri dim rentang 0-10 (0= tanpa nyeri, 10=nyeri sangat). Catat derajat/tingkat nyeri. Nyeri bersifat pengalaman subjektif. Persepsi & respons klien terhadap nyeri berbeda-2. Latar belakang keyakinan & etnik dpt mempengaruhi respons terhadap nyeri.
- Uji efektivitas penanganan nyeri 1/2 jam sesudah pemberian obat. Monitor efektivitas & efek merugikan. Penyesuaian dosis mungkin dibutuhkan mengatasi nyeri tanpa efek berbahaya.

INTERVENSI KEP DGN RASIONAL

- Kaji luka dari tanda-2 peradangan/bengis, kaji selang drainase & kelancaran selang. *Kurangnya kontrol nyeri/perubahan nyeri dpt b.d distensi organ yg terpasang NGT atau kateter urine atau dpt mengindikasikan adanya infeksi atau abses.*
- Kaji distensi abdomen & bising usus. *Perdarahan intra-abdominal, peritonitis, atau ileus paralitik dpt menyebabkan nyeri & dpt membingungkan antara nyeri diakibatkan bekas insisi.*
- Pemberian obat nyeri diprioritaskan utk aktifitas atau prosedur. *Analgesik dpt mengurangi rasa tak nyaman klien, memberi rasa nyaman saat ambulasi.*
- Penanganan nonfarmakologik, seperti posisi, berbagai aktifitas, stimulus lingkungan, imajinasi, & teknik relaksasi. *Teknik ini berguna meningkatkan efek analgesia.*
- Belat/tekan insisi dgn bantal & ajarkan melakukannya saat batuk & bernafas dim untuk mencegah komplikasi pernafasan b.d ketakutan akan rasa nyeri

PEMBAHASAN KASUS

- Tn. R, 38 thn
- MRS dengan keluhan nyeri pada perut selama 3 hari
- DS: Klien mengatakan nyeri di daerah perut bagian bawah kiri & saya merasa terkejut karena ternyata ada lagi tumornya. Dulu memang obat farmoterapi yg kami beli adalah yang harga murah sehingga sekarang kami akan usahakan membeli yg lebih baik dan mahal
- DO: Post op Ca. Duodenum tgl 16 September 2008 hasil PA: Adenokarsinoma pada usus halus yg telah menginvasi sampai lapisan subserosa, hasil pemeriksaan CEA 5 Mei 2008 ditamukan 18.6 (N: 0.0-3.0), hasil CT Scan abdomen: Lesiistik kecil di lobus kanan hati. Tertantung dgn analgesik rutin: Buscopan 1X1 amp, kapsul campuran (mengandung penerang) 1X1 caps, duogesik topical di daerah yang nyeri

DX KEP

- Nyeri b.d proses penyakit
 - DS: Klien mengatakan selalu terasa nyeri di daerah abdomen
 - DO: Skala nyeri 7-10 & tampak gelisah
- Cemas b.d relaps kanker post op & post kemoterapi
 - DS: Klien mengatakan terkejut terhadap kambuhnya kembali kankernya
 - DO: Hasil CoA tgl 5 Mei 2008: 18.6. Klien mengungkapkan rasa penyesalan karena membeli obat kemoterapi pertama dgn harga murah dan merasa hal itu membuat kemungkinan kambuhnya kembali penyakit kankernya. Klien juga mengungkapkan ingin membeli obat kemoterapi seri kedua tn dari RS Dharmas Jakarta dgn harga yang lebih mahal

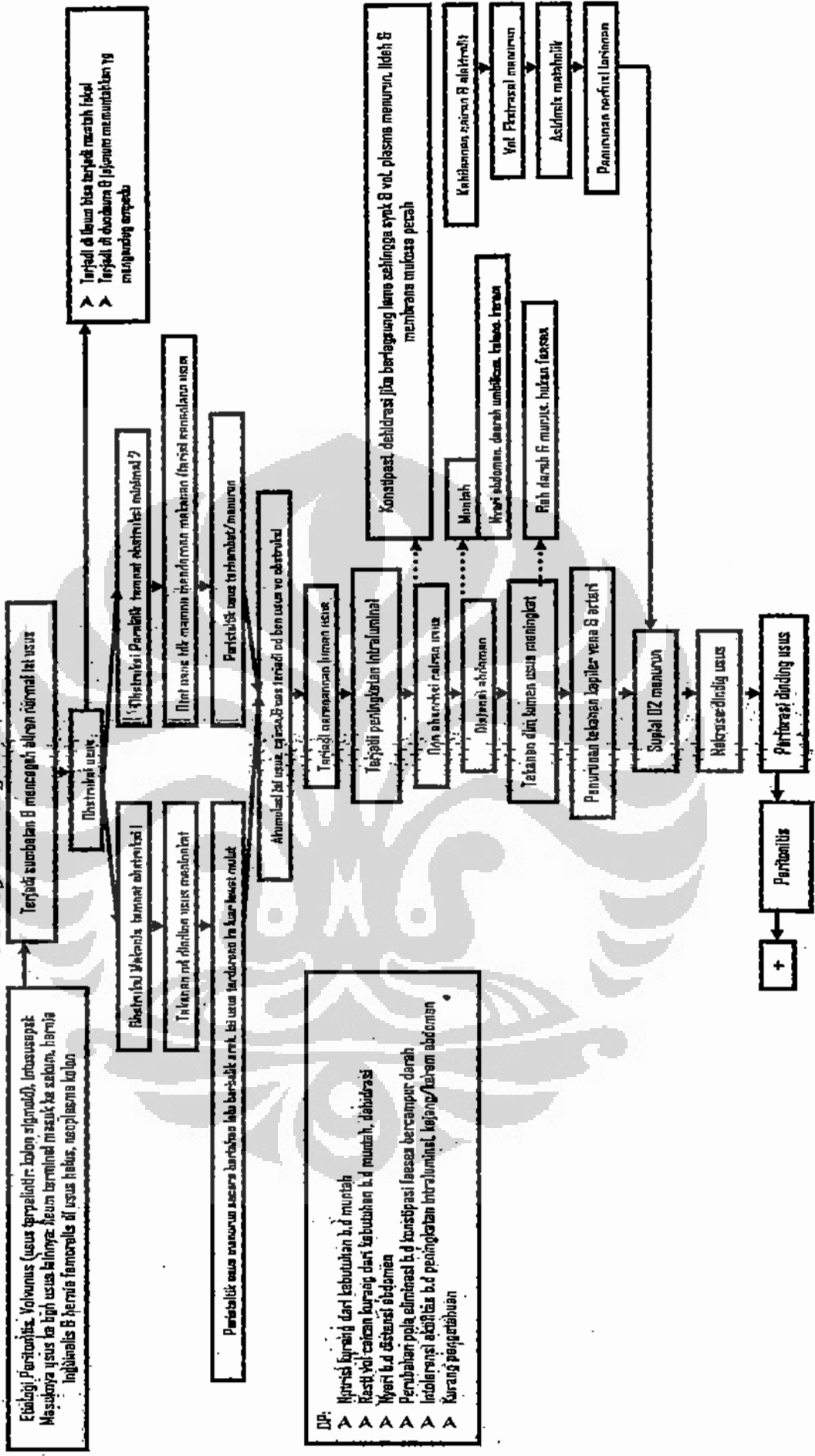
INTERVENSI/IMPLEMENTASI DX1

- Mengkaji keadekuatan penanganan nyeri.
- Menanyakan klien tentang skala nyeri dlm rentang 0-10
- Mengkaji efektivitas penanganan nyeri ½ jam sesudah pemberian obat. Monitor efektifitas & efek merugikan. Penyesuaian dosis mungkin dibutuhkan mengatasi nyeri tanpa efek berbahaya.
- Mengkaji distensi abdomen & bising usus. Perdarahan intra-abdominal, peritonitis, atau ilius paralitik dpt menyebabkan nyeri & dpt membingungkan antara nyeri diakibatkan bekas insisi.
- Memberi obat nyeri diprioritaskan utk aktifitas atau prosedur. Analgesik dpt mengurangi rasa tak nyaman klien, memberi rasa nyaman saat ambulasi.
- Penanganan nonfarmakologik seperti posisi, berbagai aktifitas, stimulus lingkungan, imajinasi, & teknik relaksasi. Teknik ini berguna meningkatkan efek analgesia.

EVALUASI

- S: Klien mengatakan masih tetap nyeri kalau sudah habis efek obat
- DO: Klien mengungkapkan rasa nyeri di daerah abdomennya. TTV DBN
- A: Nyeri belum terkontrol permanen tetapi tergantung pada obat analgesik
- P: Intervensi DX1 diteruskan

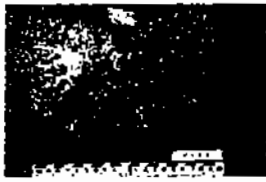
PATOLOGI DIAGRAM OBSTRUKSI USUS



DAFTAR PUSTAKA

- Smeltzer Suzanne C. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Alih bahasa Agung Waluyo, dkk. Editor Monica Ester, dkk. Ed. 8. Jakarta : EGC; 2001.
- Tucker, Susan Martin et al. Patient care Standards : Nursing Process, diagnosis, And Outcome. Alih bahasa Yasmin asih. Ed. 5. Jakarta : EGC; 1998
- Doenges, Marilyn E. Nursing Care Plans: Guidelines For Planning And Documenting Patient Care. Alih Bahasa I Made Kariasa. Ed. 3. Jakarta : EGC; 1999
- Price, Sylvia Anderson. Pathophysiology : Clinical Concepts Of Disease Processes. Alih Bahasa Peter Anugrah. Ed. 4. Jakarta : EGC; 1994
- Reeves, Charlene J et al. Medical-Surgical Nursing. Alih Bahasa Joko Setyono. Ed. 1. Jakarta : Salemba Medika; 2001

SIROSIS HEPATIS



Sahriswaty Ginting
N2 di bagian H RS PGI Cilandak Jakarta
Disajikan dalam rangka uji kompetensi keaslikan jenjang karier
perawat tgl 15 Mei 2008

PENGERTIAN

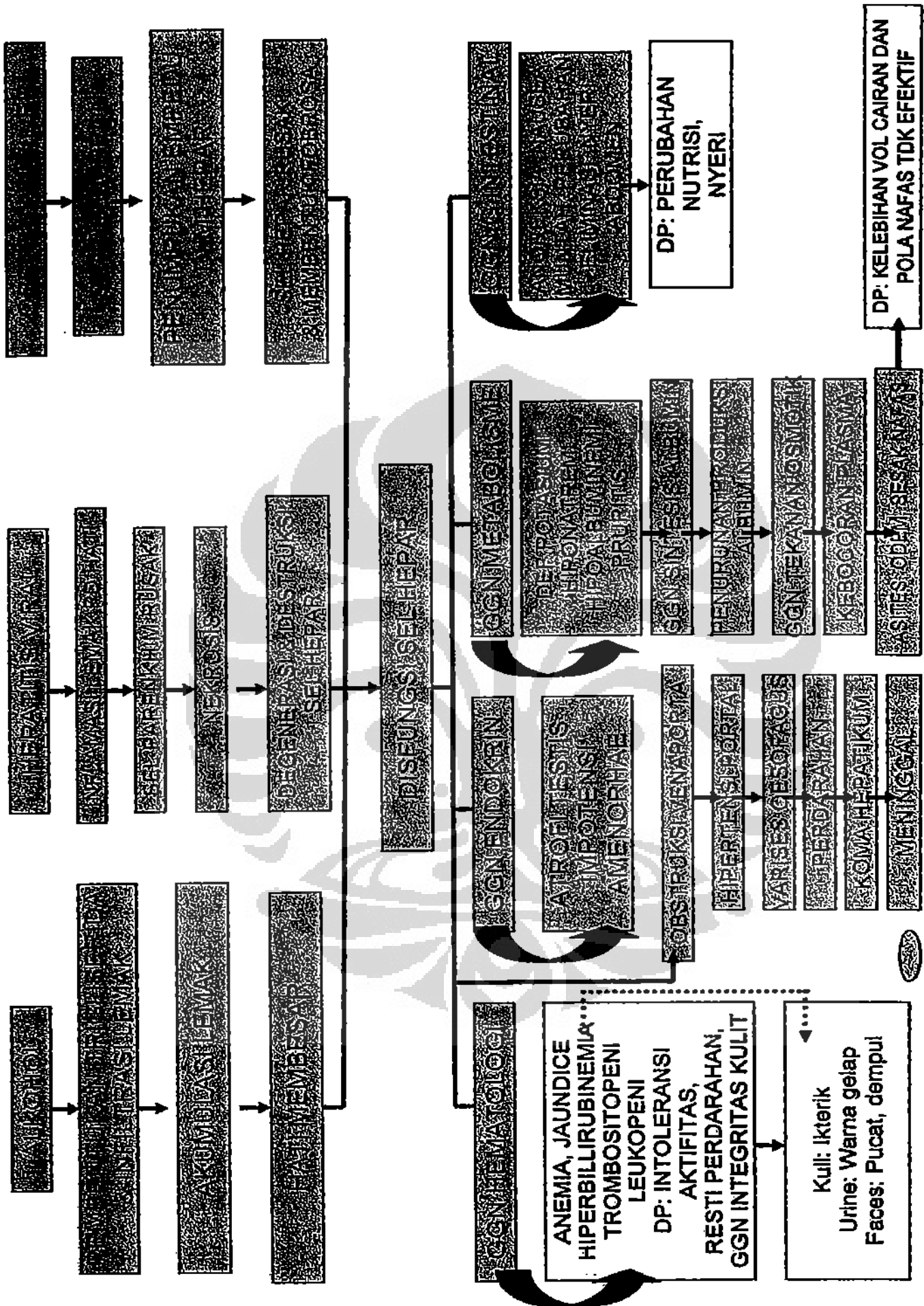
Penyakit khronis progresif pada hati dgn karakteristik degenerasi luas & destruksi sel parenkhim hati (Lewis, 2000, hal 1203)

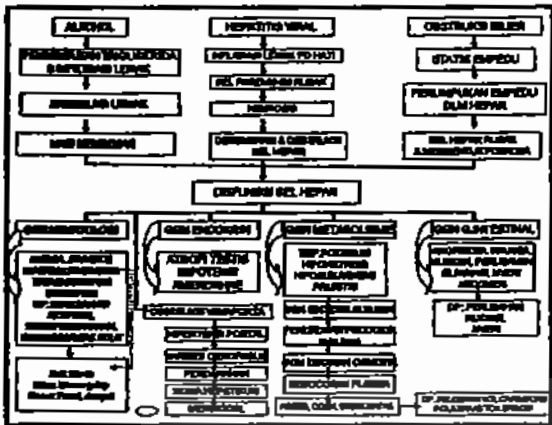
FUNGSI



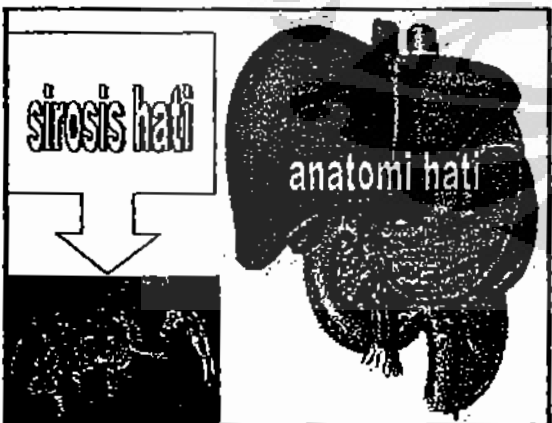
Fungsi hati

- Pembentukan & sekresi empedu, garam empedu, f. untuk pencernaan & absorpsi lemak & vitamin yg larut dlm lemak di usus
- Metabolisme pigmen empedu, bilirubin pigmen utama empedu, merupakan akhir metabolisme pemecahan sel darah merah yg sudah tua. Proses konjugasi berlangsung dlm hati & diekskresi ke dlm empedu
- Metabolisme KH, glikogenesis, glukoneolisis. Hati memegang peranan penting utk mempertahankan kadar glukosa darah normal & menyimpan energi utk tubuh. KH disimpan dlm hati sebagai glikogen
- Metabolisme protein, lemak, steroid
- Penyimpan lemak, detoksikasi, perantara

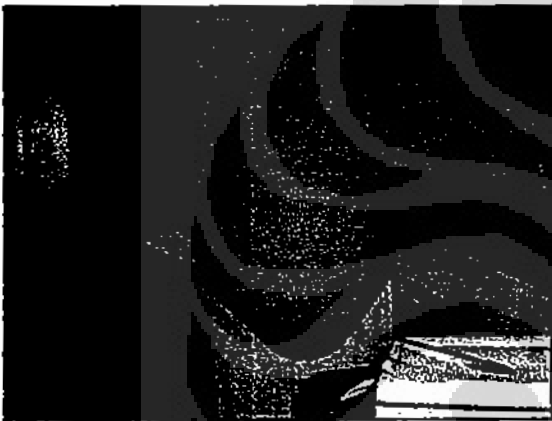












TEST PENUNJANG

- ♦ Pemeriksaan laboratorium
 - Darah: Hb rendah, anoreksia, kolesterol rendah
 - Serum elektrolit: Menilai penggunaan diuretik
 - Protrombin time: pemanjangan masa pembekuan menunjukkan penurunan fungsi hati
 - Serum albumin
 - Pemeriksaan kolinstrese
 - AFP Test
- ♦ Pemeriksaan penunjang lainnya
 - Radiologi dgn Ba. Swallow utk melihat adanya varises esofagus
 - Esofagoskopi utk melihat varises sumber perdarahan/kemungkinan terjadi perdarahan
 - Angiografi utk mengukur tekanan vena porta

PENATALAKSANAAN MEDIS

1. Analgesik: Mengurangi distress lambung
2. Vitamin & suplemen: Untuk proses kesembuhan
3. Diuretik: Mempertahankan kalium, mengurangi asites.
4. Vitamin K: Pembekuan darah.

Terapi Nutrisi:

-Sukses tanpa komplikasi: Tinggi kalori & KH, rendah lemak

-Klien asites & edema: Diet rendah protein, sodium

-Jika resiko ensefalopati: Protein dapat diberi 1,5 g utk keseimbangan osmotik plasma & peningkatan regenerasi sel-2

RENCANA KEPERAWATAN

- DX: Perubahan nutrisi < dari kebutuhan k.d. intake & output, asimtomatik, asites.**
 Do: Klien menyatakan minat, ingan semangat, tak nafsu lesu.
 Da: Klien tampak lesu, anoreksia, BB turun. Makanan tidak lebih 1 porsi.
- DX: Ketidakefektifan k.d. intake N/A, penurunan perfusi plasma.**
 Do: Klien menyatakan minat makan beres.
 Da: Klien tampak aktif, adams. TTV tidak DM
- DX: Cipe pgs nyeri: Nyeri k.d. tekanan abdomen dan diafragma.**
 Do: Klien menyatakan nyeri pada perut
 Da: Klien tampak tenang, normal nyeri & TTV tidak ada batas normal
- DX: Intoleransi aktivitas k.d. ketidaknyamanan (Cipe pgs aktivitas & latihan)**
 Do: Klien menyatakan aktivitas mampu dipatu, bebas terasa lesu.
 Da: Klien tampak terengah lesu, Aktifitas mampu dipatu
- DX: Perubahan pgs nafas tidak efektif k.d. tekanan diafragma, asites.**
 Do: Klien menyatakan susah
 Da: Dispnea, asites, ACD tidak ada batas normal
- DX: Resik perdarahan k.d. ketidakstabilan hbs overambatkan faktor perdarahan.**
 Do: -
 Da: -TTV TD normal, Hb, Ht tidak ada batas normal

PEMBAHASAN KASUS

- Tn I, usia: 68 thn
- Alasan MRS: Demam sejak 1 hari yang lalu disertai perut membesar & terasa begah serta mual-mual.
- DS: Perut saya semakin membesar dan terasa begah suster.
- DO: Asites, edema ekstremitas, balance cairan +840 ml/24 jam, Albumin: 2,3 N: 3,5-4,8), protein total 6,8 mmol (N: 6,0-8,0), Hb: 13,1, Ht: 38, Creatinin: 3,2, LP: 81 Cm, BB 47 Kg (TB:159 Cm), hasil USG: Sirosis Hepatis, BJ urine: 1,015 (1.015-1.025)

DX 1

Ggn vol cairan > kebutuhan tubuh b.d
terganggunya mekanisme pengaturan (penurunan
plasma protein)

Ditandai: Asites, edema ekstremitas, balance
cairan +840 ml/24 jam, Albumin: 2.3, protein total
6.8 mmol, Htc: 13.1, Ht: 38, LP: 81 Cm, BB 47 Kg
(TB:159 Cm), hasil USG: Sirosis Hepatis, BJ urine:
1,015, terasa lelah/lemas.

Tanda: Klien dim status hidrasi yg adekuat,
volume cairan seimbang. KE: Output urin sesuai
BB (1-1.5ml/kg BB/jam: 1128-1692 ml/24 jam), BJ
urin: 1,015 - 1,025, edema (-), asites (-), suara
nafas bersih tidak ada ronchi, RR: 16 - 20
X/menit, TD: 100/70 - 140/90 mmHg, nad: 60 -
100X/menit, tolerans terhadap aktivitas. Alb: 4 - 5
mg/dl, elektrolit dalam batas normal.

Intervensi

- Monitor I & O cairan. Ular kelebihan isi gastrointestinal & perfirasi
kelebihan baik kental maba (MWL), corak keringat di. Rasionat: Perlu
penelitian fungsi ginjal & menentukan kebutuhan penggantian
cairan & penurunan resiko kelebihan cairan bertambah.
- Jelaskan pd klien & keluarga tentang pembatasan cairan & diet.
Rasionat: Peningkatan pemahaman dpt meningkatkan kerjasama klien
& keluarga dim program perawatan.
- Tingkatkan & dorong oral hygiene dgn sering. Rasionat: Kebesihan
mulut yg baik dpt mengurangi ketahanan membran mukosa mulut,
sehingga mengurangi rasa haus (Smetzer & Bare, 2006).
- Monitor edema & asites. Rasionat: Klien sirosis hati mengalami retensi
cairan dim IV mengakibatkan TD meningkat hal ini menyebabkan
peningkatan tekanan hidrostatik kapiler mengakibatkan cairan IV shift
ke dia ruang interstisial sehingga edema dpt kita jumpai pd Klien
sirosis hati (Lewis, Heideringer, Dirksen, 2000).

Intervensi (lanjutan)

- Monitor peringktan JVP, susutasi bunyi jantung & paru.
Rasionat: Karena retensi cairan menyebabkan jh cairan ekstrasel
meningkat. Hal ini akan meningkatkan beban kerja jantung &
meningkatkan peyrah jantung kongestif dgn manifestasi sesak nafas,
bata jantung pd periksa meleber & distensi vena jugularis
(Smetzer & Bare, 2006).
- Monitor BB & LP tiap hari dgn etat, waktu & pelepasan yg sama jika
mempertahkan. Rasionat: Penimbangan BB harian adalah
pengawasan etatua cairan terbaik. Peningkatan BB > 0.5 kg tiap
hari diduga ada retensi cairan. Bila terjadi peningkatan BB secara
cepat maka diduga terjadi retensi cairan, tiap kenaikan BB 1 kg =>
cairan 1 liter (Price & Wilson, 2002).
- Kaji tingkat kesadaran, susutasi perubahan mental, edanya gelisah
Rasionat: Penurunan kesadaran dpt menunjukkan perpendaban
cairan, susutasi letada, asidosis, ketidak seimbangan elektrolit, &
terjadanya hipoksia.

Intervensi (lanjutan)

Kolaborasi

- **Diet** plasma albumin sesuai terapi: **Cairan 20% & Albumin**. **Fungsi:** Peningkatan albumin serum mempengaruhi tekanan onkotik & dpt terjadi peralihan cairan, waktu perlu ditambah/diberkas cairan plasma yg kecil.
- **Monitor hasil perawatan** ureum & kreatinin serum. **Fungsi:** Mengukur derajatnya & penerapannya di tingkat ginjal, sesuai jumlah nilai serum kreatinin. **Kreatinin** adalah indikator yg lebih baik utk fungsi ginjal yg lebih baik bagi fungsi ginjal karena tdk dipengaruhi kadar diet & metabolisme jaringan (Krovo, 1999).
- **Monitor hasil perawatan** Na, K serum. **Fungsi:** Hiponatremia dpt disebabkan > cairan (diuretik) atau ketidakmampuan ginjal menyerap Na. Hiponatremia menyebabkan distensi cairan tubuh total. **Kalium** juga obstruksi ginjal & nilai renal elektrolit K utk mengkompensasi ketidaklamban kon hidropon (memperbaiki sirkulasi) menyebabkan hipertensi (Lavin, Hultman, Dirksen, 2003).
- **Diet** Dietit (Lain 1 X 40 mg tablet (sesuai terapi) **Fungsi:** utk melindungi ginjal tubuler dari cedera, memperlambat hiperkalemia, dan meningkatkan vol urin efektif (Archard, Cleveland, & Wanda, 2002).

DISCHARGE PLANNING

1. Anjurkan klien istirahat cukup.
2. Anjurkan diet tinggi kalori & KH & rendah lemak.
3. Anjurkan makan sedikit-2 tetapi sering dan membatasi makanan/minum terlalu panas/dingin.

EVALUASI

- S:** Klien mengatakan perut masih terasa begah dan semakin membesar
- O:** Output urin 2230 ml/24 jam, edema (+), asites (+), suara nafas bersih tidak ada ronchi, intolerans terhadap aktivitas. Alb: 4 – 5 mg/dl, elektrolit dalam batas normal balance cairan – 830 ml/24 jam, Albumin: 3.0, protein total 8.3 mmol, Hb: 11, LP: 95, BB 53 Kg (TB:159 Cm) → Meningkatkan LP & BB
- A:** Masalah kelebihan vol cairan belum teratasi
- P:** Intervensi DX 1 diteruskan

DAFTAR PUSTAKA

- Black, Joice. M., & Hawk, Jane. H. (2005). *Medical Surgical Nursing; clinical management for positive outcomes*. 7th Edition. Elsevier. Inc: St. Louis
- Doenges, M. E, (1993/2000), *Nursing Care Plans. Guidelines For Planning And Documenting Patient Care*. (Terjemahan oleh I Made Karias, dkk). Jakarta: EGC.
- Fang JWS, Lau GKK, Marousis C, et al: Failure to detect cell surface expression of hepatitis C structural proteins using a vaccinia expression system. *Gastroenterology* 106:A890, 1994
- Farci P, Alter HJ, Govindarajan S, et al: Lack of protective immunity against re-infection with hepatitis C virus. *Science* 258:135, 1992.
- Guyton (2001), *Human Physiology and Diseases Mechanism, 3rd - ed*, Terjemahan oleh Petrus Andrianto, 2001). Jakarta : EGC.
- Lau J, Nelson D, et al: Pathogenesis of Hepatocellular Damage in Chronic Hepatitis C Virus Infection. *Clinics in Liver Disease*, W.B. Saunders Company, 1997.

ASKEP KLIEN DENGAN:

CORONARY ARTERIAL DISEASE

Sr. Yuliana
N2 di bagian I RS PSI Cikini Jakarta
Dapatkan dan rangkai uji kompetensi tambahan jenjang karier
permanen Tgl 29 Mei 2008

PENDAHULUAN

- Penyakit jantung: Penyebab kematian utama di dunia. Di Indonesia sendiri penyakit jantung koroner penyebab kematian utama (Depkes RI, 2000).
- Penyakit jantung koroner atau Coronary Heart Disease merupakan "Epidemic of Health". Penyakit ini tak lepas dari gaya hidup individu & faktor-2 terkait seperti faktor nutrisi, aktivitas dan stressor lingkungan perorangan penting terjadinya penyakit jantung koroner.
- Melalui kemampuan di atas, perawat sebagai tenaga kesehatan dapat menekan angka kejadian penyakit jantung koroner. Dengan kita adalah promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, untuk menekan angka kejadian tsb salah satunya dgn menanggulangi timbulnya penyakit tsb dgn memberi petunjuk. Upaya yg dilakukan berawal dari individu itu sendiri dgn memperbaiki gaya hidup tsb sehat, seperti memelihara diet asupan nutrisi tsb hari, melakukan aktivitas teratur & dgn mengelola/ mengatasi stressor dgn tepat. Penyakit jantung koroner dapat ditaklukkan & masyarakat dapat hidup sehat & sejahtera, sehingga terlaksana program pemerintah yaitu Indonesia Sehat tahun 2010.

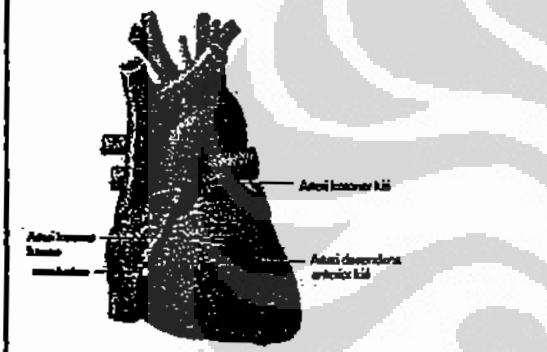
Definisi

CAD: Kondisi patologis arteri koroner ditandai penimbunan abnormal lipid atau bahan lemak & jaringan fibrosa di dinding PD yg mengakibatkan perubahan struktur & fungsi arteri & penurunan aliran darah ke jantung. (Brumer & Suddarth, 2000).

Anatomi Fisiologi

Arteri koroner: PD yg mempunyai darah ke otot jantung, yg mempunyai kebutuhan metabolisme tinggi terhadap O₂ & nutrisi. Jantung menggunakan 70%-80% O₂ yg diantarkan melalui arteri koroner. Perbandingan, organ lain hanya menggunakan rata-rata 2 seperempat O₂ yg diantarkan. Arteri koroner muncul dari aorta dekat hulunya di ventrikel kiri. Dinding sisi kiri jantung disuplai dgn bagian yg lebih banyak melalui arteri koroner utama kiri, yg kemudian terpecah menjadi 2 cabang besar ke bawah (arteri ascendens anterior sinistra) & melintang (arteri sirkumflexia) sisi kiri jantung. Jantung kanan di pasok seperti itu pula dari arteri koroner dekstra. Tdk seperti arteri lain, arteri koroner diperfusi selama diastolik.

Sumbatan pada arteri koroner kanan



Etiologi

- Penyebab CAD: Penyakit aterosklerosis, mungkin disebabkan beban metabolisme lipid, koagulasi darah & keadaan biokimia dinding arteri
- Faktor resiko CAD ada 2: yg tak dpt dimodifikasi & yg dpt dimodifikasi
- Faktor resiko yg tak dpt dimodifikasi: Riwayat keluarga positif, peningkatan usia, jenis kelamin, terjadi tiga kali lebih sering pd pria dibanding wanita, race: insiden lebih sering terjadi pd penduduk Amerika keturunan Afrika
- Faktor resiko yg dpt dimodifikasi: Kolesterol darah tinggi, TG tinggi, DM, obesitas, inaktivitas fisik, stress, penggunaan kontrasepsi oral, hipertensi (seperti sangat kompetitif, agresif atau ambisius), Geografi (insiden lebih tinggi pada daerah industri)

Patofisiologi

Aterosklerosis dimulai ketika kolesterol berlemak tertimbun di intima arteri besar. Timbunan ini dinamakan ateroma atau plak akan mengganggu absorpsi nutrisi oleh sel-2 endotel yg menyekat lapisan dinding dlm PD & menyumbat aliran darah karena timbunan ini menonjol ke lumen PD. Endotel PD yg terkena akan mengalami nekrosis & menjadi jar parut, selanjutnya lumen menjadi semakin sempit & aliran darah terhambat. Pada lumen yg menyempit & ber dinding kasar akan cenderung terjadi pembentukan bekuan darah, hal ini menjelaskan bagaimana terjadinya koagulasi IV, disebut penyakit tromboemboli yg merupakan komplikasi tersering aterosklerosis

Tanda dan Gejala

Aterosklerosis koroner menimbulkan gejala & komplikasi sebagai akibat penyempitan lumen arteri & penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah ke jantung berlangsung progresif & suplai darah yg baik adekuat (iskemia) yg dituntutkannya akan membuat sel-2 otot ketahanan komponen darah yg dibutuhkan utk hidup. Kerusakan sel akibat iskemia terjadi dlm berbagai tingkat. Manifestasi utama iskemia miokardium adalah nyeri dada. Angina pectoris adalah nyeri dada yg hilang timbul, tdk disertai kerusakan irreversible sel-2 jantung. Iskemia yg lebih berat disertai kerusakan sel dinamakan infark miokardium. Jantung yg mengalami kerusakan irreversible akan mengalami degenerasi & kemudian diganti dgn jar parut. Bila kerusakan jantung sangat luas, jantung akan mengalami kegagalan, tak mampu lagi memenuhi kebutuhan tubuh akan darah dgn memberikan curah jantung yg adekuat. Manifestasi akhir penyakit arteri koroner dpt berupa perubahan pd EKG, aneurisma ventrikel, disritmia & kematian mendadak

Tes Diagnostik

- Elektrokardiografi
- Pemeriksaan Enzim dan Isoenzim
- Creatinin Kinase (CK), dengan isoenzimnya CK-MB)
- Thorax foto, echocardiografi

Penatalaksanaan

- Tujuan penatalaksanaan medik: Memperkecil kerusakan jantung sng mengurangi kemungkinan terjadi komplikasi.
- Kerusakan jantung diperkecil dgn segera mengembalikan keseimbangan antara kebutuhan dan suplai O₂ jantung, terapi obat-2, pemberian O₂, bed rest, kolaborasi terapi Nitroglycerin (sub lingual, iv), Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA), Coronary Artery By Pass Graft (CABG).

Komplikasi

- Aritmia
- Congestive Heart Failure
- Cardiogenik Syok
- Perikarditis
- Emboli paru
- Ventrikel aneurysme

Pengkajian

- Hx:
 - > riwayat kesehatan yg penting
 - > Riwayat kec: penyakit miokard infark sebelumnya, angina, aortic stenosis, carabotomiyomi, hipertensi, DM, anemia, penyakit paru & hiperlipidemia.
 - > Obat-2: penggunaan nitrat & adrenergic blocker, obat anti hipertensi, agen penurun lipid.
 - > Pola hidup kec: Pola persagi & penatalaksanaan kec, riwayat pekerjaan yg sulit jantung, gaya hidup kurang gerak, merokok, nutrisi & metabolik, konsumsi lemak/ kolesterol, garam, asam lemak, stress, pola makan dan perut, nyeri ulu hati saat makan, aktivitas & latihan, polidipsi, dispepsia, disinsomnia, batuk, nyeri dada jika bekerja, persagi keputus, nyeri dada atau takan beraktivitas dan 24 jam, ke tangan, kepala, pusing, penggunaan & biasanya dibarengkan dgn faktor penalaran, sering dgn ketidakstabilan dgn nitroglycerin, kering takaransi berisa dan stress, lebih parah stress, kecemasan.
- BB:
 - ✓ Kelemahan
 - ✓ Kaki dingin, kebas, kulit pucat.
 - ✓ Cardiovascular: takikardi, aritmia, ventrikel gallopy, atrial gallopy

Diagnosa Keperawatan

- Nyeri dada b.d penurunan aliran darah koroner.
- Menurunnya cardiac output b.d perubahan kontraktilitas miokardium.
- Kecemasan b.d ketakutan akan kematian.
- Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara supply O2 miokard & kebutuhan.

Perencanaan Keperawatan

Nyeri dada b.d penurunan aliran darah koroner

NYN : Nyeri dada berirama sampai dgn istirahat

Intervensi :

- Kaji keluhan nyeri dada, lokasi, durasi, intensitas & faktor yg mempengaruhi.
RA: Mampu mengetahui tanda-tanda klinis yg khas pd nyeri iskemik.
- Beri ukurings sesuai dengan instruksi.
RA: Menunjukkan tingkat aktivitas ke jantung.
- Kolaborasi untuk pemberian obat vasodilator dan anti koagulan.
RA: Terjadi obat merupakan pertolongan pertama utk mempertahankan jar. jantung.
- Anjurkan istirahat yg cukup, tempat tidur, kapan dibangunkan.
RA: Istirahat dgn pengawasan kecurusan O2 ke jantung.
- Tingkatkan kenyamanan fisik klien dgn posisi tidur yg nyaman & menentramkan keluhan dada.
RA: Kenyamanan fisik terpenuhi keplekterasan klien & mengurangi kecemasan.

Perencanaan Keperawatan (lanjutan)

Keperawatan Keperawatan (lanjutan)

NYN : Nyeri dada berirama sampai dgn istirahat

Intervensi :

- Kaji keluhan nyeri dada, lokasi, durasi, intensitas & faktor yg mempengaruhi.
RA: Mampu mengetahui tanda-tanda klinis yg khas pd nyeri iskemik.
- Beri ukurings sesuai dengan instruksi.
RA: Menunjukkan tingkat aktivitas ke jantung.
- Kolaborasi untuk pemberian obat vasodilator dan anti koagulan.
RA: Terjadi obat merupakan pertolongan pertama utk mempertahankan jar. jantung.
- Anjurkan istirahat yg cukup, tempat tidur, kapan dibangunkan.
RA: Istirahat dgn pengawasan kecurusan O2 ke jantung.
- Tingkatkan kenyamanan fisik klien dgn posisi tidur yg nyaman & menentramkan keluhan dada.
RA: Kenyamanan fisik terpenuhi keplekterasan klien & mengurangi kecemasan.

PENGKAJIAN KASUS

- Nama: Tn M. 48 thn
- DK Medis: CAD

DATA SUBJEKTIF

- Klien MICS dengan alasan:
 - Badan lemas dan tiba-tiba tidak ingat apa yang terjadi
- Keluarga mengatakan:
 - Pada waktu di gereja pingsan, kemudian ditolong dokter yang sedang ada di gereja.
- Dokter yang menolong mengatakan tiba-tiba pingsan dan tidak ada pernafasan dan denyut nadi, kemudian saya lakukan RJP di gereja kemudian dibawa ke RS
- Klien mengatakan: Terasa nyeri pada dada yang ada di dada saya

DATA OBJEKTIF

- Setelah klien MICS terjadi cardiac arrest total, kemudian diberikan SA IV 2 amp. Adrenalin IV 2 amp dan dilakukan RJP terjadi VF kemudian dilakukan DC Syock 300J J F 22380 J
- Ada luka bakar di dada pada bekas pemasangan pad die DC Syock
- Hasil Lab:
 - Hb 16.1, Ht: 54%, CPK Gt/B2L: 107/167, ALt: HB0H: 520
 - LDH: 143, BUN: 50, Kreatinin total: 2.05
 - AGU: PR: 2.065L, PT/PTT: 30.0, PVR: 150, HCTC: 90, BEc: -21.4
- Diapiric: 950 cc/24 jam
- Kurang tidur
- Hasil pemeriksaan EKG: Sinus Ritmis
- Hasil pemeriksaan foto dada ada pembesaran jantung
- Hasil pemeriksaan echocardiogram: Terdapat sumbatan pada arteri koroner kanan

III, Perencanaan & Implementasi Keperawatan

III. Monitor CO ke peredaran ke seluruh tubuh.
Tugas: klien mampu melaksanakan perawatan yang penting dgn SE, TD, & HR, ada toleransi perubahan aktivitas (dapat, tidak dapat) dan, dalam diri ada coping yang digunakan utk menghadapi output jantung.

Intervensi

- Berubah dari tidak toleran, mampu, ke, toleransi prilaku & perawatan
- Ada ME, NSG terlihat baik.
- Ankleed longi jantung, nilai tekanan, lama & longi berubah.
- Ada perubahan status mental, disorientasi, bingung, gelisah, kurang pola pd respon program.
- Catatan awal hasil & capillary refill.
- Mempertahankan tirah baring pd posisi supina minimal episode akut.
- Monitor peraba tali-tali yg ada.
- Point of care observasi selama perawatan yang terus.
- Dori ME awal program mulai.
- lakukan perawatan awal program mulai, output jantung, ABG, elektrolit & paku ludah.
- Discharge
- Pertukaran informasi stress: baik rubricasi, cara mengatasi program.

EVALUASI

S: Saya sudah merasa segar sekarang suster, tidak pingsan lagi dan tidak ada keringat dingin lagi

II: TD: 70/80, N: 5

A: Masalah perawatan CO teratasi

P: Intervensi dihentikan, klien pulang setelah mendapat penyuluhan untuk aktivitas, diet & mengatasi stress

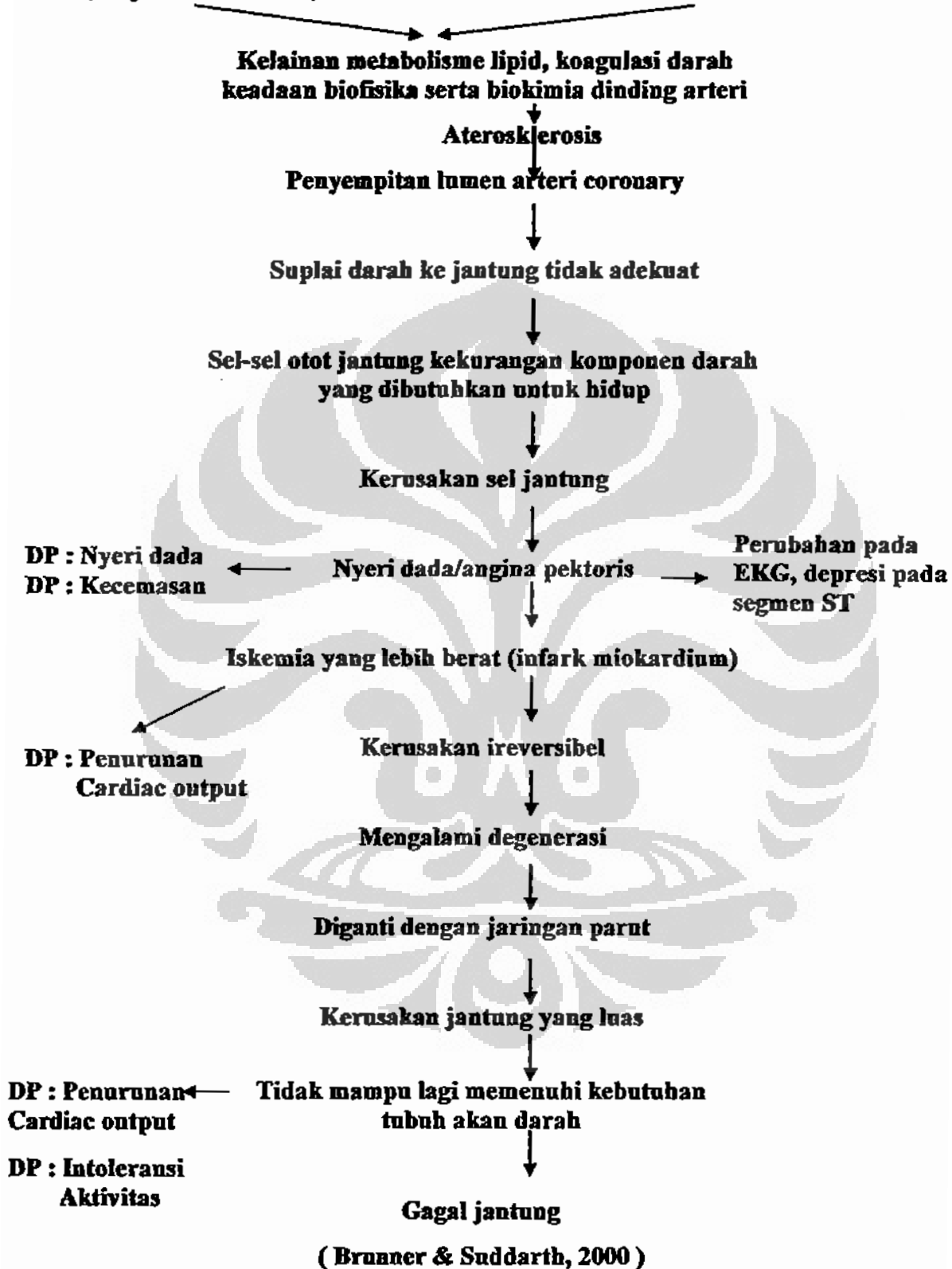
Discharge Planning

- Menghindari aktivitas berat, yg menyebabkan nyeri dada, lakukan beristirahat.
- Menghindari panas & dingin yg berlebihan.
- Memeriksa BB bila perlu
- Berhenti merokok
- Aktivitas harus diawali istirahat yg cukup.
- Mengetahui diet yg dianjurkan, menyesuaikan habit, lama & garam sesuai yg dianjurkan.
- Mengetahui aturan pengobatan, dan hal lainnya obat.
- Melakukan aktivitas yg dapat melepaskan diri stress.
- Melakukan pengisian fisik dgn peningkatan bertahap tingkat aktivitas, berjalan-2 setiap hari dgn meningkatkan jarak & lamanya sesuai yg dianjurkan.
- Menghindari aktivitas yg menggunakan otot, angkat berat, setiap aktivitas yg memerlukan energi berlebihan.
- Segera ke fasilitas kesehatan jika nyeri dada tak kunjung sembuh, napas pendek, denyut jantung cepat/lambat & pingsan

PATOFLOWDIAGRAM CORONARY HEART DISEASES

Faktor yang tidak dapat dimodifikasi:
keturunan, peningkatan usia, jenis kelamin,

Faktor yang dapat dimodifikasi:
kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, DM, obesitas, inaktivitas fisik, stress, kepribadian tipe A



DAFTAR PUSTAKA

- Black, Joyce M., 1997. Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Continuity of Care. 5th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Brunner and Suddarth's, 2000. Textbook of Medical Surgical Nursing. Lippincott, Philadelphia.
- Doengoes, Marilyn E. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Ed. 3. Jakarta : EGC.
- Lewis, Sharon Mantik. 2000. Medical Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems. Mosby Inc., Missouri

ASKEP KLIEN DENGAN AIDS



Sr. Romauli
N2 di bagian H RS PGI Cilandak Jakarta
Ditajikan dalam rangka uji kompetensi keahlikan
Jenjang karier perawat tgl 21 Mei 2008

PENGERTIAN

Acquired immune deficiency syndrome adalah kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh secara bertahap yang disebabkan oleh infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV)

(Arif mansoer dkk, Kapita Selekta Kedokteran jilid 2 hal 162)

PENGERTIAN

Bentuk paling berat dari keadaan sakit terus menerus yang berkaitan dengan Infeksi HIV.

Brunner & Suddarth, KMB vol 3, 2002 hal 162)

PENGERTIAN

Penyakit retrovirus yang ditandai oleh immunosupresi berat yang menyebabkan terjadinya infeksi oportunistik, neoplasma sekunder & kelainan neurologik.

(Sylvia Anderson, Patofisiologi vol 1, 2006 hal 241)

TROMBOSIT

- Merupakan butir-2 yg berkelompok di antara eritrosit, besarnya $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ x eritrosit
- Berfungsi sebagai zat untuk pembekuan darah
- Normalnya: 150.000-450.000

LEUKOSIT

- Berperan dalam melawan infeksi
- Normal: 4.000-10.000
 - Neutrofil batang, jumlah: 2-8 %, nukleus berupa batang bengkok, tidak berlobus
 - Neutrofil segmen, jumlah 50-70%, jumlah meningkat pd keadaan infeksi akut.
- Neutrofilia: jlh neutrofil > normal
- Neutropenia: jlh neutrofil < dari normal
- Sebagai fagositosis bakteri
- Sebagai destruksi sel & enzim lisosom

EOSINOFIL

- Jlh 2-5% dari seluruh leukosit
- Bila jlh meningkat disebut eosinofilia, misalnya terdapat pd penyakit yg menyebabkan & disebabkan alergi seperti asma, cacangan
- Mencegah reaksi hipersensitif
- Daya fagositosis ringan

BASOFIL

- Sukar ditemukan karena jumlahnya sangat sedikit
- Mengandung granula: histamin & heparin
- Berperan pada reaksi hipersensitifitas

MONOSIT

- Jlh: 1-8%
- Berperan:
 - Limfosit T: kekebalan seluler yg menyerang langsung benda asing berasal dari Thymus
 - Limfosit B: diproduksi antibodi setelah ada antigen, merupakan kekebalan humoral

SISTEM IMUN

- Suatu sistem yg kompleks terdiri atas komponen seluler & molekuler
- Mempunyai fungsi utama dpt membedakan zat asing dari zat yg berasal dari tubuh sendiri & mempertahankan tubuh terhadap organisme atau zat asing tsb
- Komponen seluler utama: Antibodi & limfokin
- Sel-2 granulosit & sistem komplemen juga berperan dlm respons imune

PERTAHANAN TUBUH

Terdiri dari:

- Sistem imune alamiah (non spesifik)
 - Merupakan pertahanan tubuh terdepan dlm menghadapi serangan berbagai mikroorganisme oleh karena dpt memberikan respons langsung terhadap antigen
 - Non spesifik karena tdk ditujukan terhadap mikroorganisme tertentu, telah ada & siap berfungsi sejak lahir

PERTAHANAN TUBUH

- Sistem imune spesifik
 - Membutuhkan waktu utk mengenal antigen terlebih dahulu sebelum dpt memberikan responsnya, oleh karena sistem tsb hanya dpt menghancurkan benda asing yg sudah dikenal sebelumnya → spesifik
 - Sistem imune spesifik seluler
 - Yg berperan: limfosit T (T sel) → sel TA
 - Btk melawan mikroorganisme intrasel
 - Sel T4 NK (natural killer): Dpt membunuh tumor tanpa diarahkan selb duku. Fungsi: menyirngkan sel tumor & sel yg terinfeksi virus
 - Sel K (killer), membunuh sel tumor dgn bantuan antibodl.
 - Sistem imune spesifik humoral
 - Yg berperan: limfosit B (sel B) utk melawan mikroorganisme ekstrasel

SISTEM LIMFORETIKULER

- **Usus organ & jaringan**
 - Organ limfoid primer/central
Mm pematangan sel T & sel B menjadi limfosit yg dpt mengenali antigen. Sel T & Sel B selanjutnya akan menetap di limfoid sekunder.
 - Organ limfoid sekunder/perifer
Mm pematangan & diferensiasi limfosit yg sudah dikenalkan serta besukul mntak berhadap antigen membebetuk yg Di Krpa, MCA, jar limfoid lain seperti Plaque Peyer
- **Usus seluler**
 - Limfosit T & B
 - Sel 2 lain: >Agranulosis mononuklear
 - >Granuloh: Neutrofil, Eosinofil, Basofil
 - >Sel Mast & Tumorok

PENATALAKSANAAN MEDIK

1. Medikamentosa

- Peningkatan survival pd kllen dgn manifestasi klinis dpt dicapai dgn diagnosis dini, pemberian zidovudin, pengobatan komplikasi serta penggunaan antibiotik sebagai profilaksis secara luas khususnya utk pneumonia karena *Pneumocystis Carinii* Pneumoniae (PCP)
- >Indikasi dini, disarankan pemberian antiretroviral pd keadaan asimtomatik bila CD4 < 300/mm kubik & CD4 pd keadaan simtomatik. Obatnya adalah zidovudin (ZDV) & Didanosin (DDI)
 - >Profilaksis, bila CD4 <200/mm kubik, terdapat kandidiasis oral yg berangsur > 2 minggu atau pernah mengalami infeksi PCP di masa lalu, sedangkan profilaksis pd TBC diberikan bila PPD test 5 mm dgn indikasi

PENATALAKSANAAN MEDIK

- >Stadium lanjut, banyak terjadi infeksi oportunistik yg mengancam jiwa. Obat yg dpt diberikan adalah ZDV
- >Pada fase terminal, penyakit sudah tak teratasi, pengobatan yg diberikan hanya simtomatik dgn tujuan kllen merasa lebih enak, bebas dari rasa mual & sesak, mengatasi infeksi yg ada & mengurangi rasa cemas

PENATALAKSANAAN MEDIK

2. Non medikamentosa

Sesuai saat ini belum ditemukan vaksin yg dpt mencegah & obat yg dpt mengatasi masalah ini. Upaya pencegahan merupakan cara yg paling tepat utk menurunkan insiden penyakit ini. Cara pencegahannya:

> Pendidikan kepada kelompok yg berisiko terinfeksi AIDS

> Anjuran bagi yg telah terinfeksi virus ini utk tdk menyumbangkan darah, organ atau cairan semen & menghindari hubungan seksual guna mencegah terjadinya penularan

> Screening darah donor terhadap adanya antibodi HIV

DISCHARGE PLANNING

- Anjuran pada keluarga untuk:

- Selalu cuci tangan sebelum & setelah kontak dengan pasien
- Menggunakan sarung tangan saat kontak dgn cairan tubuh klien seperti darah
- Tdk memberi makan/minum saat tak sadar utk mencegah aspirasi/tersekal
- Menjaga kebersihan perawatan maupun lingkungan pasien
- Tdk mengabaikan pasien tetapi tetap memberikan dukungan positif
- Kontrol rutin & minum obat antivirus secara teratur

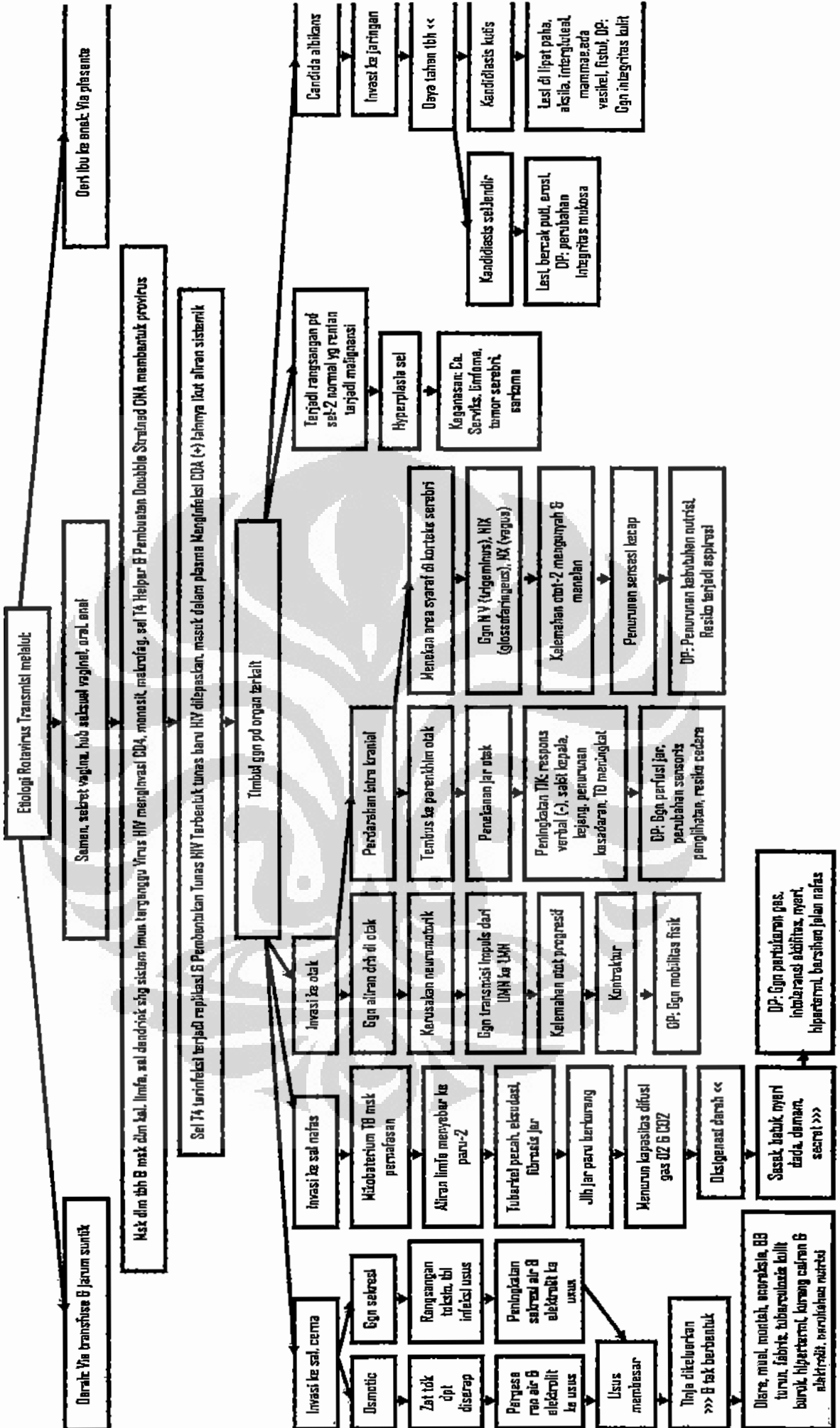
- Jelaskan pada keluarga cara penularan infeksi HIV:

- Lewat produk darah dari transfusi atau penggunaan jarum suntik secara bersamaan
- Lewat penularan ibu kepada anak melalui plasenta
- Lewat hubungan seksual (akumulasi air liur, sekret vagina)

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart, KMB, EGC, Jakarta, 2002
- E. Doenges, Rencana Asuhan Keperawatan, EGC, Jakarta
- Mansoor Arif, Kapita Selektia Kedokteran, Media Aesculapius, Jakarta, 2000
- Sylvia Anderson, Patofisiologi, EGC, Jakarta, 2008

PATOFLODIAGRAM AIDS



By: Labora S

FORMAT PENILAIAN
UJIAN KENAIKAN JENJANG KARIER PERAWAT



OLEH:
LABORA SITINJAK
0606027064

Disampaikan Pada Pelatihan Sistem Jenjang Karier
Untuk Nurse 2: Advanced Beginner
Di RS PGI "Cikini" Jakarta
April 2008



BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI
Jl. Raden Saleh 40
Jakarta 10330

PETUNJUK PEMBERIAN NILAI
UJI KOMPETENSI UNTUK KENAIKAN JENJANG KARIER PERAWAT

A PENGKAJIAN

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
1.	Relevansi data fokus dengan kondisi klien.	4	Bila: Sesuai keluhan utama, dirumuskan dalam data subjektif dan objektif & mengarah pada masalah yang terdapat pada klien (sesuai kondisi waktu pengkajian)
		3	Bila: Sesuai keluhan utama, sesuai kondisi patologis, dirumuskan dalam data subjektif dan obyektif
		2	Bila: Sesuai keluhan utama dan sesuai kondisi patologis
		1	Bila: Sesuai keluhan utama
		0	Bila: Tidak sesuai kondisi klien pada saat pengkajian
2.	Relevansi penggunaan metode-metode pengumpulan data.	4	Bila: Menggunakan 3 metode yang dipakai dengan tepat, sesuai jenis data yang harus dikumpulkan dan kondisi klien.
		3	Bila: Menggunakan 3 metode
		2	Bila: Menggunakan 2 metode
		1	Bila: Menggunakan 1 metode
		0	Bila: Penggunaan metode tidak sesuai jenis data yang harus dikumpulkan dan tidak sesuai kondisi klien.
3.	Ketepatan penggunaan alat pengumpulan data.	4	Bila: Alat lengkap dan cara tepat serta sesuai data yang harus dikumpulkan.
		3	Bila: Alat lengkap digunakan hanya untuk tanda-tanda vital dan pemeriksaan dasar (kondisi patologis)
		2	Bila: Alat yang digunakan hanya untuk tanda-tanda vital.
		1	Bila: Alat yang digunakan hanya untuk tanda-tanda vital (2 jenis alat)
		0	Bila: Alat dan cara pengumpul data tidak sesuai jenis data yang dikumpulkan.
4.	Ketepatan penentuan sumber data.	4	Bila: Primer, sekunder dan sumber tersebut relevan dengan jenis data yang dikumpulkan
		3	Bila: Primer dan sekunder masing-masing lebih dari satu dan relevan dengan jenis data yang dikumpulkan.
		2	Bila: Primer dan sekunder masing-masing satu
		1	Bila: Hanya satu sumber
		0	Bila: Sumber data (primer dan sekunder) tidak relevan dengan jenis data yang dikumpulkan.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
5.	Analisa Data.	4	Bila: Data, masalah dan penyebab relevan
		3	Bila: Data relevan dengan masalah dan kurang relevan dengan etiologi
		2	Bila: Data kurang relevan dengan masalah dan relevan dengan etiologi
		1	Bila: Data kurang relevan dengan masalah dan etiologi
		0	Bila: Data tidak relevan dengan masalah dan etiologi.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

6	Rumusan diagnosa keperawatan	4	Bila: Spesifik, rumusan PES/PE, berfokus pada kebutuhan/respon klien, dapat diatasi oleh intervensi keperawatan atau intervensi kolaborasi.
		3	Bila: rumusan PES/PE, berfokus pada kebutuhan/respons klien, dapat diatasi oleh intervensi keperawatan atau intervensi kolaborasi.
		2	Bila: rumusan PES/PE, berfokus pada kebutuhan/respons klien.
		1	Bila: Rumusan PES/PE, tidak berfokus pada kebutuhan klien
		0	Bila: Rumusan tidak sesuai dengan PES/PE dan tidak berfokus pada kebutuhan klien.

C. PERENCANAAN

7	Ketetapan memprioritaskan masalah	4	Bila: Prioritas dibuat menggunakan alasan dan pendekatan konsep serta kondisi klien.
		2	Bila: Prioritas dibuat menggunakan alasan dan pendekatan konsep, tetapi tidak sesuai dengan kondisi klien
		0	Bila: Prioritas tanpa dibuat menggunakan alasan dan pendekatan konsep dan tidak sesuai dengan kondisi klien
8	Ketepatan menentukan tujuan	4	Bila tujuan yang dirumuskan spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, berdasar realitas dan ada batas waktunya
		3	Bila tujuan yang dirumuskan spesifik, relevan, ada batas waktu tetapi kurang dapat dicapai
		2	Bila tujuan yang dirumuskan spesifik, berdasar realitas, tetapi tidak ada batas waktu dan kurang dapat dicapai
		1	Bila tujuan yang dirumuskan tidak spesifik, tidak dapat diukur, tidak ada batas waktu tetapi relevan dengan diagnosa keperawatan
		0	Bila tujuan yang dirumuskan tidak spesifik, tidak dapat diukur, tidak ada batas waktu dan tidak relevan dengan diagnosa keperawatan

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
9	Ketepatan menyusun rencana keperawatan	4	Bila: Rencana tindakan mengarah pada penetapan rencana pencapaian tujuan, bersifat komprehensif (bio-psiko-sosio-spiritual), spesifik, menggunakan kata perintah, sesuai masalah keperawatan dan dirumuskan secara sistematis.
		3	Bila rencana tindakan mengarah pada pencapaian tujuan, bersifat komprehensif (bio-psiko-sosio-spiritual), spesifik, menggunakan kata perintah tetapi tidak dirumuskan secara sistematis.
		2	Bila: Rencana tindakan mengarah pada pencapaian tujuan, bersifat komprehensif (bio-psiko-sosio-spiritual), tidak dirumuskan secara spesifik & sistematis.
		1	Bila: Rencana tindakan mengarah pada pencapaian tujuan, tidak bersifat komprehensif (bio-psiko-sosio-spiritual), tidak dirumuskan secara spesifik & sistematis.
		0	Bila: Rencana tindakan tidak mengarah pada pencapaian tujuan, tidak bersifat komprehensif, serta tidak dirumuskan secara spesifik dan sistematis.
10	Rencana tindakan bersifat operasional	4	Bila: Rencana tindakan sesuai kondisi klien, dapat dilaksanakan dan sesuai kondisi setempat.
		3	Bila: Rencana tindakan sesuai kondisi klien, dapat dilaksanakan, tetapi tidak sesuai kondisi setempat
		2	Bila: Rencana tindakan sesuai kondisi klien, tetapi tidak dapat dilaksanakan dan tidak sesuai kondisi setempat.
		1	Bila: Rencana tindakan tidak sesuai kondisi klien, tidak sesuai kondisi setempat, tetapi dapat dilaksanakan.
		0	Bila: Rencana tindakan tidak sesuai kondisi klien, tidak sesuai kondisi setempat dan tidak dapat dilaksanakan.

D. IMPLEMENTASI

11	Jika Melakukan SOP Keperawatan: Jenis alat yang disediakan sesuai dengan kebutuhan	4	Bila: Semua alat lengkap jika ada yang tidak lengkap dimodifikasi dengan alat lain tetapi prinsip sama.
		3	Bila: Alat yang penting lengkap, ada beberapa alat penunjang yang tidak lengkap
		2	Bila: Alat yang penting lengkap tetapi dimodifikasi dan tidak melanggar prinsip
		1	Bila: Alat tidak lengkap terutama yang penting
		0	Bila: Alat yang disediakan tidak lengkap dan tidak sesuai dengan kebutuhan.
12	Kualitas Alat (hanya ada nilai 4 dan 0)	4	Bila: Memenuhi prinsip steril bagi alat yang perlu steril dan bersih untuk alat yang perlu bersih
		0	Bila: Tidak memenuhi prinsip steril atau bersih

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
13	Penggunaan alat sesuai fungsi	4	Bila: Penggunaannya sesuai fungsi untuk semua alat.
		3	Bila: Penggunaannya sesuai fungsi untuk alat-alat yang penting. Alat penunjang penggunaannya dimodifikasi.
		2	Bila: Penggunaannya sesuai fungsi hanya alat yang prinsip/ penting.
		1	Bila: Penggunaan alat yang penting tidak sesuai fungsi
		0	Bila: Penggunaan alat yang penting/prinsip tidak sesuai fungsi.
14	Langkah-langkah tindakan sesuai urutan (SOP) yang benar.	4	Bila: Tindakan sesuai urutan yang benar
		3	Bila: Langkah-langkah tindakan prinsip dilakukan dengan benar, yang sifatnya menunjang dimodifikasi.
		2	Bila: Langkah-langkah tindakan tidak sesuai urutan tapi mengikuti prinsip kerja
		1	Bila: Tindakan tidak sesuai urutan yang benar dan tidak memberi hasil yang memuaskan.
		0	Bila: Tindakan tidak sesuai urutan dan hasil yang dicapai merugikan atau membahayakan klien.
15	Langkah-langkah tindakan sesuai prinsip SOP (hanya nilai 4 & 0)	4	Bila: Tindakan yang dilakukan memperhatikan semua prinsip dalam SOP
		0	Bila: Tindakan tidak memperhatikan prinsip SOP
16	Langkah-langkah tindakan dilakukan secara efektif dan efisien	4	Bila penggunaan waktu dan alat berdaya guna, serta metode yang digunakan tepat untuk mencapai tujuan.
		3	Bila penggunaan alat berdaya guna, serta metode yang digunakan tepat untuk mencapai tujuan.
		2	Bila penggunaan waktu dan alat berdaya guna, metode yang digunakan kurang tepat untuk mencapai tujuan.
		1	Bila hanya waktu yang berdaya guna
		0	Bila penggunaan waktu dan alat tidak berdaya guna, serta metode yang digunakan tidak tepat.
17	Melakukan Evaluasi tindakan keperawatan yang baru dilakukan sesuai kondisi pasien	4	Bila menanyakan perasaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan atau mengukur, mengobservasi hasil tindakan dan kondisi pasien membandingkan dengan data awal, menyimpulkan keberhasilan tindakan.
		3	Bila menanyakan perasaan pasien dan mengukur, mengobservasi hasil tindakan dan membandingkan dengan data awal.
		2	Bila menanyakan perasaan pasien dan mengukur, mengobservasi hasil tindakan .
		1	Bila hanya menanyakan kepuasan pada pasien terhadap tindakan.
		0	Bila Tidak melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
18	Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan secara benar.	4	Bila menuliskan tanggal, jam & apa yang dilakukan, respons klien & tanda tangan pelaksana tindakan.
		3	Bila tidak ada waktu
		2	Bila tidak ada waktu dan tidak ada respon klien
		1	Bila hanya menulis tindakan yang dilakukan
		0	Bila tidak melakukan pendokumentasian tindakan yang dilakukan.
11	Jika melakukan penyuluhan Kesehatan Membuat rancangan penyuluhan keperawatan	4	Bila semua komponen (Tujuan, Materi, KBM, Metode, media/alat bantu dan evaluasi) benar ada hubungan dan sesuai dengan diagnosa keperawatan.
		3	Bila semua komponen rancangan ada, benar, sesuai kondisi klien dan diagnosa keperawatan, hanya komponen media/alat bantu kurang lengkap.
		2	Bila komponen rancangan ada, benar tetapi tidak sesuai dengan kondisi klien.
		1	Bila komponen rancangan tidak lengkap dan tidak sesuai dengan kondisi klien.
		0	Bila komponen rancangan salah semua, tidak sesuai dengan kondisi klien.
12	Menyiapkan klien dan keluarga.	4	Bila klien/keluarga secara fisik dan mental siap mengikuti penyuluhan berhadapan dengan perawat (ada kontak mata)
		3	Bila klien/keluarga secara fisik dan mental siap mengikuti penyuluhan, tetapi posisi klien tidak berhadapan dengan perawat (tidak ada kontak mata)
		2	Bila klien/keluarga hanya siap secara fisik tetapi secara mental tidak siap mengikuti penyuluhan, posisi klien berhadapan dengan perawat (tidak ada kontak mata)
		1	Bila siap hanya fisik
		0	Bila klien/keluarga tidak disiapkan baik secara fisik, mental dan posisi klien/keluarga tidak berhadapan.(tidak ada kontak mata)
13	Menyiapkan setting (tempat dan lingkungan).	4	Bila menjaga privacy klien, menyiapkan tempat/lingkungan tenang, sesuai dengan kondisi klien.
		3	Bila menyiapkan tempat/lingkungan tenang, sesuai kondisi klien, tetapi kurang menjaga privacy klien.
		2	Bila menjaga privacy klien, menyiapkan tempat/lingkungan tenang, tidak sesuai kondisi klien.
		1	Bila menyiapkan tempat/lingkungan tidak tenang, tidak menjaga privacy klien, sesuai kondisi klien
		0	Bila menyiapkan tempat/lingkungan yang tidak tenang, tidak menjaga privacy & tidak sesuai kondisi klien.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
14	Menyiapkan alat bantu dan alat peraga.	4	Bila menyiapkan alat bantu dan alat peraga yang tepat, sesuai dengan materi penyuluhan, latar belakang klien (kemampuan baca tulis dan jumlah sasaran), kondisi tempat serta jenisnya bervariasi
		3	Bila menyiapkan alat bantu dan alat peraga sesuai dengan materi penyuluhan, latar belakang klien, kondisi tempat serta jenisnya bervariasi
		2	Bila menyiapkan alat bantu dan alat peraga hanya sesuai dengan materi penyuluhan, tetapi tidak sesuai dengan latar belakang klien.
		1	Bila menyiapkan alat bantu dan alat peraga yang kurang sesuai dengan materi penyuluhan dan latar belakang klien.
		0	Bila tidak menyiapkan alat bantu maupun alat peraga sesuai dengan materi penyuluhan.
15	Strategi/langkah-langkah efisien dan benar.	4	Bila pelaksanaan penyuluhan menggunakan prinsip belajar mengajar, dimulai dengan pembukaan, penyampain isi dan diakhiri dengan penutupan dan evaluasi. Langkah-langkah selesai sesuai dengan target waktu yang ditetapkan.
		3	Bila pelaksanaan penyuluhan menggunakan prinsip belajar mengajar, dimulai dengan pembukaan, penyampain isi dan diakhiri dengan penutupan dan evaluasi. Langkah-langkah selesai sesuai tidak sesuai dengan target waktu yang ditetapkan.
		2	Bila pelaksanaan penyuluhan tidak menggunakan prinsip belajar mengajar, tetapi dimulai dengan pembukaan, penyampain isi dan diakhiri dengan penutupan dan evaluasi. Materi yang disampaikan tidak benar dan pelaksanaan selesai tidak sesuai dengan target waktu yang ditetapkan.
		1	Bila pelaksanaan penyuluhan dimulai langsung pada penyampain isi dan penutupan, tetapi tidak memperhatikan prinsip belajar mengajar . Materi yang disampaikan tidak benar dan tidak sesuai dengan target waktu yang ditetapkan.
		0	Bila langkah-langkah penyuluhan tidak benar tidak memperhatikan prinsip belajar mengajar . Materi yang disampaikan tidak benar dan tidak sesuai dengan target waktu yang ditetapkan.

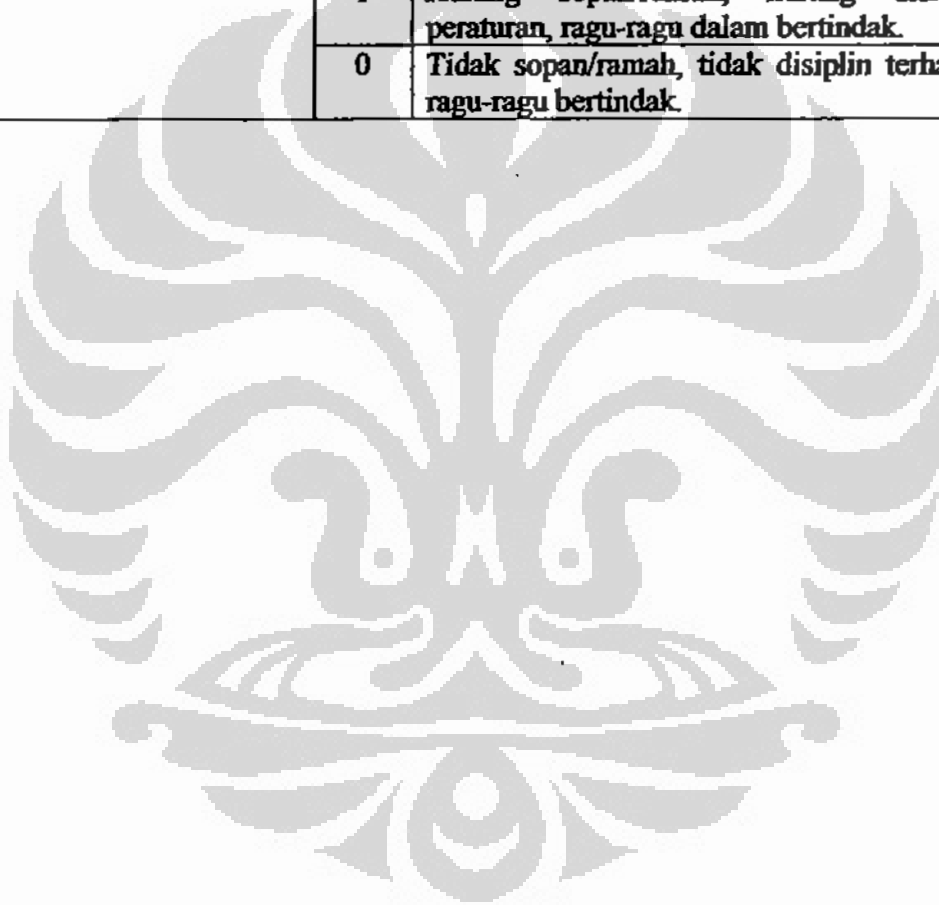
No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
16	Melaksanakan evaluasi hasil penyuluhan kesehatan.	4	Bila menanyakan kembali materi sesuai tujuan khusus, menilai tingkat penerimaan klien, melakukan modifikasi tindakan penyuluhan.
		3	Bila menanyakan kembali materi sesuai tujuan khusus, menilai tingkat penerimaan klien, tidak melakukan modifikasi tindakan penyuluhan.
		2	Bila menanyakan kembali materi sesuai tujuan khusus, tidak menilai tingkat penerimaan klien, tidak melakukan modifikasi tindakan penyuluhan.
		1	Bila menanyakan kembali materi, tidak sesuai tujuan khusus, tidak menilai tingkat penerimaan klien, tidak melakukan modifikasi tindakan penyuluhan.
		0	Bila tidak melakukan evaluasi
17	Dokumentasi pada pencatatan perawatan benar.	4	Bila kegiatan penyuluhan dicatat pada catatan keperawatan mencakup: waktu, tujuan, kegiatan, respons dan tanda tangan.
		3	Bila kegiatan penyuluhan dicatat pada catatan keperawatan hanya mencakup: kegiatan, respons dan tanda tangan.
		2	Bila kegiatan penyuluhan dicatat pada catatan keperawatan hanya mencakup kegiatan dan tanda tangan.
		1	Bila kegiatan penyuluhan dicatat pada catatan keperawatan hanya kegiatan saja.
		0	Bila kegiatan penyuluhan tidak dicatat.

E. EVALUASI

1	Pelaksanaan evaluasi.	4	Bila evaluasi merujuk pada tujuan, ditunjang kriteria hasil, menggunakan metode yang tepat dan ada tindak lanjut asuhan keperawatan.
		3	Bila evaluasi merujuk pada tujuan, ditunjang kriteria hasil, menggunakan metode, tidak ada tindak lanjut asuhan keperawatan.
		2	Bila evaluasi merujuk pada tujuan dan ditunjang kriteria hasil.
		1	Bila evaluasi hanya merujuk pada tujuan.
		0	Bila evaluasi tidak merujuk pada tujuan dan kriteria hasil.

E. SIKAP/PENAMPILAN

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
1	Sikap/penampilan selama praktek.	4	Bila ramah dan sopan, berinisiatif, kreatif bekerja, berkomunikasi baik pada klien, keluarga dan tim kesehatan, tak ragu-ragu bertindak dan disiplin terhadap peraturan.
		3	Kurang ramah dan sopan, berinisiatif, kreatif bekerja, berkomunikasi baik pada klien, keluarga dan tim kesehatan, tidak ragu-ragu bertindak dan disiplin terhadap peraturan.
		2	Kurang ramah dan sopan, kurang disiplin terhadap peraturan, berinisiatif, kreatif dalam bekerja, berkomunikasi baik pada klien.
		1	Kurang sopan/ramah, kurang disiplin terhadap peraturan, ragu-ragu dalam bertindak.
		0	Tidak sopan/ramah, tidak disiplin terhadap peraturan, ragu-ragu bertindak.





BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI
Jl. Raden Saleh 40
Jakarta 10330

PETUNJUK PEMBERIAN NILAI LAPORAN KASUS
UJI KOMPETENSI UNTUK KENAIKAN JENJANG KARIER PERAWAT

A. PENULISAN LAPORAN KASUS

1. Sistematika Penulisan

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
1.	Kesinambungan antar alenia dan antar bab.	4	Bila sesuai dengan judul dari Bab I s/d Bab V dan antar alenia saling berhubungan.
		3	Bila sesuai dengan judul dari Bab I s/d V, tapi antar alenia kurang berhubungan.
		2	Bila ada salah satu Bab yang tidak sesuai dengan judul, tapi antar alenia saling berhubungan.
		1	Bila tidak ada kesesuaian antar judul dengan semua bab dan antar alenia kurang berhubungan.
		0	Bila tidak ada kesesuaian antar judul dengan semua bab dan antar alenia tidak berhubungan.
2.	Pengulangan isi tulisan yang tidak perlu.	4	Bila tidak ada pengulangan kata antar alenia pada salah satu Bab.
		3	Bila ada beberapa pengulangan kata antar alenia pada salah satu Bab.
		2	Bila ada beberapa pengulangan kata antar alenia pada dua/tiga Bab.
		1	Bila ada banyak pengulangan kata antar alenia pada dua/tiga Bab.
		0	Bila ada pengulangan kata antar alenia pada semua Bab.
3.	Penggunaan bahasa (Kalimat, ejaan dan sebagainya).	4	Bila semua kalimat menggunakan tata bahasa Indonesia yang baik sesuai EYD 90%-100%.
		3	Bila kalimat menggunakan tata bahasa Indonesia yang baik sesuai EYD 70%-80%.
		2	Bila kalimat menggunakan tata bahasa Indonesia yang baik sesuai EYD 60%.
		1	Bila kalimat menggunakan tata bahasa Indonesia yang baik sesuai EYD 50%.
		0	Bila kalimat menggunakan tata bahasa Indonesia yang baik sesuai EYD kurang dari 50%.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
4.	Cara penulisan rujukan/kutipan.	4	Bila setiap kutipan selalu disertai nama referensi secara lengkap dan benar.
		3	Bila ada beberapa kutipan tidak disertai nama referensi secara lengkap dan benar.
		2	Bila ada sebagian kutipan tidak disertai nama referensi secara lengkap dan benar.
		1	Bila hampir semua kutipan tidak disertai nama referensi secara lengkap dan benar.
		0	Bila semua kutipan tidak disertai nama referensi secara lengkap dan benar.

2. Isi Tulisan

1.	Kejelasan rumusan.	4	Bila rumusan laporan kasus sangat jelas terdiri dari 5 (lima) bab yang saling berhubungan.
		3	Bila rumusan laporan kasus jelas terdiri dari 5 (lima) bab yang saling berhubungan.
		2	Bila rumusan laporan kasus cukup jelas terdiri dari 5 (lima) bab yang saling berhubungan.
		1	Bila rumusan laporan kasus kurang jelas dan terdiri dari 5 (lima) bab yang kurang berhubungan.
		0	Bila rumusan laporan kasus tidak jelas dan terdiri dari 5 (lima) bab yang tidak saling berhubungan.
2.	Ketajaman analisa/pembahasan.	4	Bila dilakukan pada setiap bagian (Pengkajian, Diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) antara teori dan kasus.
		3	Bila dilakukan pada beberapa bagian (Pengkajian, Diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) yang membahas kesenjangan teori dan kasus.
		2	Bila dilakukan pada setiap bagian tapi kurang jelas dan kurang relevan.
		1	Bila hanya dilakukan pada beberapa bagian tapi kurang jelas dan kurang relevan.
		0	Bila tidak jelas dan tidak relevan.
3.	Kesesuaian kesimpulan dan saran dengan isi tulisan.	4	Bila kesimpulan tepat dan saran bersifat operasional, logis dan dapat dilaksanakan.
		3	Bila kesimpulan tepat dan saran bersifat operasional, logis, tapi kurang dapat dilaksanakan.
		2	Bila kesimpulan kurang tepat dan saran bersifat operasional, logis dan kurang dapat dilaksanakan.
		1	Bila kesimpulan kurang tepat dan saran kurang bersifat operasional, kurang logis dan kurang dapat dilaksanakan.
		0	Bila kesimpulan tidak tepat dan saran tidak operasional.

B. PRESENTASI PENYAJIAN

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
1	Penyajian sesuai dengan waktu yang dialokasikan.	4	Bila presentasi mencapai waktu tepat 15 menit
		3	Bila presentasi kurang atau lebih 3 menit dari waktu yang ditentukan.
		2	Bila presentasi kurang atau lebih 5 menit dari waktu yang ditentukan.
		1	Bila presentasi lebih 10 menit dari waktu yang ditentukan.
		0	Bila presentasi lebih 15 menit dari waktu yang ditentukan.
2.	Kejelasan mengemukakan inti sari laporan kasus.	4	Bila presentasi mencakup semua bab dan memfokuskan pada kasus.
		3	Bila presentasi tidak mencakup semua bab, tapi memfokuskan pada kasus.
		2	Bila presentasi mencakup semua bab dan kurang memfokuskan pada kasus.
		1	Bila presentasi tidak mencakup semua bab dan kurang memfokuskan pada kasus.
		0	Bila presentasi tidak mencakup semua bab dan tidak memfokuskan pada kasus.
3.	Kelancaran dalam penyajian.	4	Bila penyajian lancar dan teratur, mudah dimengerti.
		3	Bila penyajian cukup lancar dan teratur, mudah dimengerti.
		2	Bila penyajian kurang lancar dan kurang teratur, tetapi masih bisa dimengerti.
		1	Bila penyajian kurang lancar dan kurang teratur dan kurang bisa dimengerti.
		0	Bila penyajian kurang lancar dan tidak teratur dan sulit dimengerti.
4.	Penampilan dan sikap teruji saat tanya jawab.	4	Bila penampilan teruji tenang dan tidak tergesa-gesa.
		3	Bila penampilan teruji tenang dan sedikit tergesa-gesa.
		2	Bila penampilan teruji kurang tenang dan sedikit tergesa-gesa.
		1	Bila penampilan teruji tidak tenang dan tergesa-gesa.
		0	Bila penampilan teruji tidak tenang dan tampak sangat tergesa-gesa.

C. TANYA JAWAB

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
1.	Ketepatan menjawab.	4	Bila teruji dapat menjawab dengan benar 80%-100% pertanyaan penguji.
		3	Bila teruji dapat menjawab dengan benar 60%-80% pertanyaan penguji.
		2	Bila teruji dapat menjawab dengan benar 50% pertanyaan penguji.
		1	Bila teruji dapat menjawab dengan benar 30%-40% pertanyaan penguji.
		0	Bila teruji dapat menjawab dengan benar 0%-30% pertanyaan penguji.
2.	Kemampuan mengemukakan pendapat/ argumentasi.	4	Bila teruji mampu mengemukakan pendapat dengan baik dan mampu mempertahankan pendapatnya berdasarkan konsep dasar/teori.
		3	Bila teruji cukup mampu mengemukakan pendapat dengan baik dan mampu mempertahankan pendapatnya berdasarkan konsep dasar/teori.
		2	Bila teruji kurang mampu mengemukakan pendapat dan tidak mampu berargumentasi berdasarkan konsep dasar/teori.
		1	Bila teruji kurang mampu mengemukakan pendapat dan tidak mampu berargumentasi jika dikaitkan dengan konsep dasar/teori.
		0	Bila teruji tidak mampu mengemukakan pendapat.
3.	Penampilan dan sikap teruji saat tanya jawa.	4	Bila teruji mampu menjaga sikap dan emosi dengan baik.
		3	Bila teruji mampu menjaga sikap, tapi kurang mampu menjaga emosi.
		2	Bila teruji kurang mampu menjaga sikap dan emosi.
		1	Bila teruji tidak mampu menjaga sikap dan emosi.
		0	Bila sikap dan emosi teruji tidak stabil.

D. SIKAP

1.	Berpakaian rapi.	4	Bila teruji berpakaian seragam rapih, bersih, atribut lengkap (Papan nama, sepatu hitam untuk pria/sepatu putih untuk wanita).
		3	Bila teruji berpakaian seragam rapih, bersih atribut lengkap tapi tidak memakai sepatu sesuai ketentuan.
		2	Bila teruji berpakaian seragam rapih, bersih tapi tidak memakai papan nama.
		1	Bila teruji berpakaian seragam kurang rapih, kurang bersih kurang lengkap menggunakan atribut.
		0	Bila teruji berpakaian seragam tapi kotor.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
2	Sopan Santun	4	Bila teruji mengucapkan salam sebelum mulai, duduk tertib, kosentrasi, antusias dan mempertahankan kontak mata.
		3	Bila teruji mengucapkan salam sebelum mulai, duduk tertib, kosentrasi, kurang antusias dan mempertahankan kontak mata.
		2	Bila teruji mengucapkan salam sebelum mulai, duduk tertib, kurang kosentrasi, kurang antusias dan kurang bisa mempertahankan kontak mata.
		1	Bila teruji mengucapkan salam sebelum mulai, duduk kurang tertib, kurang kosentrasi, kurang antusias dan tidak ada kontak mata.
		0	Bila teruji tidak mengucapkan salam sebelum mulai, duduk kurang tertib, kurang kosentrasi, kurang antusias dan tidak ada kontak mata.
3.	Kreatifitas dan berfikir kritis.	4	Bila teruji mampu menyampaikan ide-ide, saran / masukan yang positif dan memberikan alternatif pemecahan masalah.
		3	Bila teruji mampu menyampaikan ide-ide, saran / masukan yang positif, tapi memberikan alternatif pemecahan masalah kurang baik.
		2	Bila teruji mampu menyampaikan ide-ide, saran / masukan yang positif, tapi tidak memberikan alternatif pemecahan masalah.
		1	Bila teruji mampu menyampaikan ide-ide, saran / masukan yang tidak positif dan tidak memberikan alternatif pemecahan masalah.
		0	Bila teruji tidak mampu mengemukakan pendapat.
4.	Kemampuan menerima masukan	4	Bila teruji terbuka dan memperbaiki masukan.
		3	Bila teruji menerima masukan
		2	Bila teruji mendengarkan masukan
		1	Bila teruji mempertahankan pendapat yang kurang tepat
		0	Bila teruji mendebat, tapi tidak tepat.



BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI
Jl. Raden Saleh 40
Jakarta 10330

LEMBAR PENILAIAN PRAKTEK
UJI KOMPETENSI UNTUK KENAIKAN JENJANG KARIER PERAWAT

Nama Perawat :

NRPP :

Tanggal Ujian :

Tempat Ujian :

TOTAL BOBOT 65 %

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
A. PENGKAJIAN (25%)							
1.	Relevansi data fokus dengan kondisi pasien						
2.	Relevansi penggunaan metode-metode						
3.	Ketepatan penggunaan alat pengumpul data						
4.	Ketepatan penentuan sumber data						
5.	Analisa data						
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN (15%)							
6.	Rumusana Diagnosa Keperawatan						
C. PERENCANAAN (20%)							
7.	Ketepatan memprioritaskan masalah						
8.	Ketepatan menentukan tujuan						
9.	Ketepatan menyusun dan menetapkan rencana tindakan keperawatan						
10.	Rencana tindakan operasional						
D. IMPLEMENTASI & EVALUASI (30%)							
Melakukan Prosedur Keperawatan							
11.	Jenis alat yang disediakan sesuai dengan kebutuhan.						
12.	Kualitas Alat (hanya 4 dan 0)						
13.	Penggunaan alat sesuai fungsi.						
14.	Langkah-langkah tindakan sesuai urutan yang benar (SOP)						
15.	Langkah-langkah tindakan sesuai prinsip dalam SOP (hanya 4 dan 0).						
16.	Langkah-langkah tindakan dilakukan secara efektif dan efisien.						
17.	Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai kondisi klien						
18.	Pelaksanaan Evaluasi.						
19.	Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan secara benar.						
20.	Sikap/Penampilan						

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
	Melakukan Penyuluhan (10%)						
21.	Membuat rancangan penyuluhan kesehatan						
22.	Menyiapkan klien dan keluarga						
23.	Menyiapkan setting (tempat dan lingkungan)						
24.	Menyiapkan alat bantu dan alat peraga						
25.	Strategi/ langkah-langkah efisien						
26.	Melaksanakan evaluasi hasil penyuluhan kesehatan						
27.	Pelaksanaan Evaluasi						
28.	Dokumentasi pada catatan keperawatan benar						
29.	Sikap/ Penampilan (dinilai pada hari ke-3)						

JUMLAH NILAI YANG DIDAPAT =

JIKA MELAKUKAN PROSEDUR KEPERAWATAN

$$\text{NILAI} = \frac{\text{JUMLAH NILAI YANG DIDAPAT}}{\text{JUMLAH ITEM YANG DINILAI (29)}} =$$

JIKA MELAKUKAN PENYULUHAN

$$\text{NILAI} = \frac{\text{JUMLAH NILAI YANG DIDAPAT}}{\text{JUMLAH ITEM YANG DINILAI (19)}} =$$

Jakarta,

PENGUJI

(.....)



BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI

Jl. Raden Saleh 40

Jakarta 10330

LEMBAR PENILAIAN LAPORAN KASUS

UJI KOMPETENSI UNTUK KENAIKAN JENJANG KARIER PERAWAT

Nama Perawat :

NIP :

Tanggal Ujian :

Judul Laporan Kasus :

.....

A. HASIL PENULISAN LAPORAN KASUS (Bobot 30%)

1. Sistematika Penulisan (bobot 15 %)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
1.	Kesinambungan antar alenia dan antar Bab						
2.	Pengulangan isi tulisan yang tidak perlu						
3.	Penggunaan bahasa (kalimat ejaan, dsb)						
4.	Cara penulisan rujukan / kutipan						
JUMLAH							

Nilai hasil sistematika penulisan (1) : $\frac{\text{Jumlah nilai}}{4} \times \text{bobot} =$

2. Isi Tulisan (bobot 15%)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
1.	Kejelasan rumusan						
2.	Ketajaman analisa /pembahasan						
3.	Kesesuaian kesimpulan dari saran dengan isi tulisan.						
JUMLAH							

Nilai hasil Isi Tulisan (2) : $\frac{\text{Jumlah nilai}}{3} \times \text{bobot} =$

Nilai Hasil Penulisan laporan Kasus (A)=

(jumlah Nilai 1) + (jumlah nilai 2) =

B. PRESENTASI / PENYAJIAN (Bobot 20%)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
1.	Penyajian sesuai dengan waktu yang dialokasikan						
2.	Kejelasan mengemukakan intisari laporan kasus						
3.	Kelancaran dalam penyajian						
4.	Penampilan dan sikap teruji						
JUMLAH							

Nilai hasil presentasi (B) : $\frac{\text{Jumlah nilai}}{4} \times \text{bobot} =$

C. TANYA JAWAB (Bobot 40 %)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
1.	Ketepatan menjawab.						
2.	Kemampuan mengemukakan pendapat/ Argumentasi						
3.	Penampilan & sikap teruji selama tanya jawab						
JUMLAH							

Nilai hasil Tanya Jawab (C) : $\frac{\text{Jumlah nilai}}{3} \times \text{bobot} =$

D. SIKAP (Bobot 10%)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
1.	Berpakaian bersih, rapih dan atribut lengkap						
2.	Sopan santun						
3.	Kreativitas dan berpikir kritis						
4.	Kemampuan menerima masukan						
JUMLAH							

Nilai hasil Sikap (D) : $\frac{\text{Jumlah nilai}}{4} \times \text{bobot} =$

Nilai Akhir : A + B + C + D =

Jakarta,.....

PENGUJI

(.....)



BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI
Jl. Raden Saleh 40
Jakarta 10330

REKAPITULASI UJIAN KENAIKAN JENJANG KARIER PERAWAT
NILAI UJIAN PRAKTEK

Nama Perawat :
NRPP :
Tanggal Ujian :
Tempat Ujian :
Judul Kasus :
.....

NO	PENGUJI	NILAI (N)
1		
2		
3		

Nilai Laporan Kasus Dihitung Rumus: $\frac{N1+N2+N3}{3} =$

Penguji I

Penguji II

Penguji III

(.....)

(.....)

(.....)



BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI

Jl. Raden Saleh 40

Jakarta 10330

PETUNJUK PEMBERIAN NILAI UJIAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

A FASE I: PRA INTERAKSI

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
1.	Persiapan diri perawat sebelum bertemu dengan klien.	4	Bila menanyakan diri apakah siap menghadapi klien, menanyakan perawat lain atau dokter tentang siapa klien, membaca status klien untuk mengetahui identitas klien, menanyakan keluarga tentang siapa klien
		3	Bila menanyakan diri apakah siap menghadapi klien, menanyakan perawat lain atau dokter tentang siapa klien, membaca status klien untuk mengetahui identitas klien, tidak menanyakan keluarga tentang siapa klien
		2	Bila menanyakan diri apakah siap menghadapi klien, menanyakan perawat lain atau dokter tentang siapa klien, tidak membaca status klien untuk mengetahui identitas klien dan tidak menanyakan keluarga tentang siapa klien
		1	Bila menanyakan diri apakah siap menghadapi klien, tidak menanyakan perawat lain atau dokter tentang siapa klien, tidak membaca status klien untuk mengetahui identitas klien dan tidak menanyakan keluarga tentang siapa klien
		0	Bila tidak menanyakan diri apakah siap menghadapi klien, tidak menanyakan perawat lain atau dokter tentang siapa klien, tidak membaca status klien untuk mengetahui identitas klien dan tidak menanyakan keluarga tentang siapa klien

B. FASE II: ORIENTASI

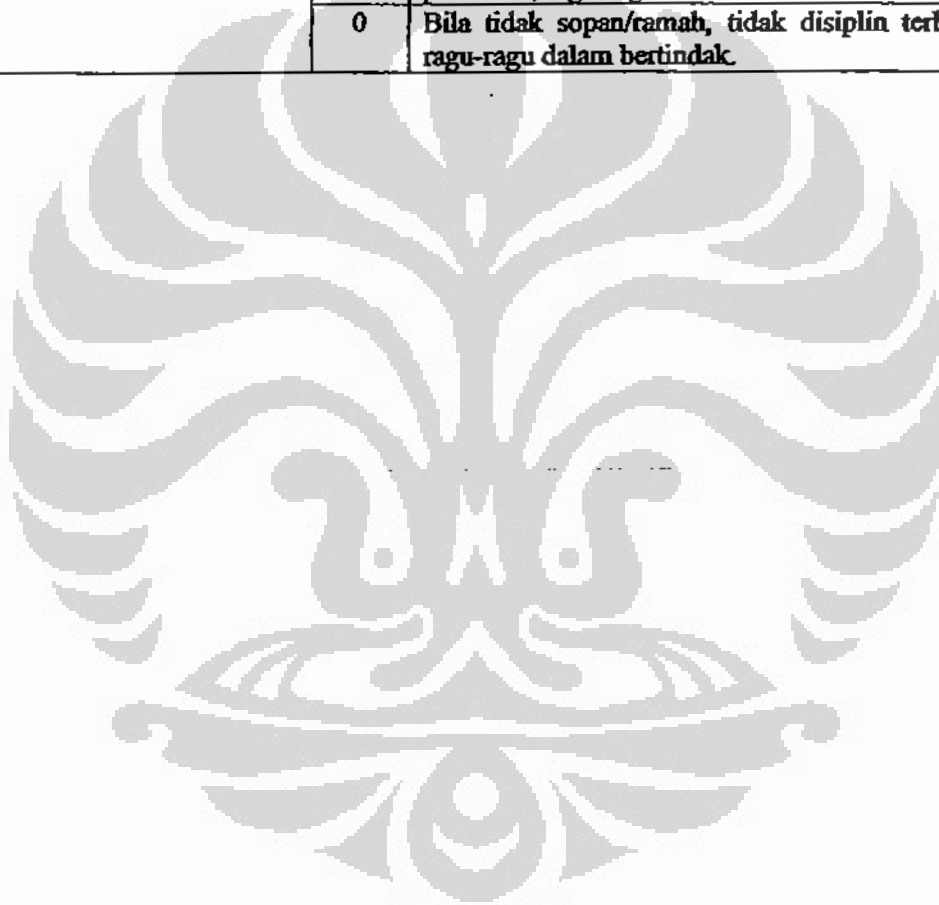
2	Pada awal pertemuan selama masa orientasi perawat dengan klien.	4	Bila perawat menyapa/mengucapkan salam kepada klien, memperkenalkan diri kepada klien, menanyakan panggilan nama yang disukai klien, mengkaji tingkat kecemasan klien, membuat kontrak waktu pertemuan, menyampaikan tujuan pertemuan, mengidentifikasi masalah
		3	Bila perawat menyapa/mengucapkan salam kepada klien, memperkenalkan diri kepada klien, menanyakan panggilan nama yang disukai klien, mengkaji tingkat kecemasan klien, membuat kontrak waktu pertemuan, menyampaikan tujuan pertemuan, tidak mengidentifikasi masalah
		2	Perawat mengucapkan salam kepada klien, memperkenalkan diri kepada klien, menanyakan panggilan nama yang disukai klien, mengkaji tingkat kecemasan klien, tidak membuat kontrak waktu pertemuan, tidak menyampaikan tujuan pertemuan, tidak mengidentifikasi masalah
		1	Bila perawat menyapa/mengucapkan salam kepada klien, memperkenalkan diri kepada klien, tidak menanyakan panggilan nama yang disukai klien, tidak mengkaji tingkat kecemasan klien, tidak membuat kontrak waktu pertemuan, tidak menyampaikan tujuan pertemuan, tidak mengidentifikasi masalah
		0	Tanpa melakukan fase orientasi, langsung masuk fase interaksi.

C. FASE III: INTERAKSI

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
3	Pada masa interaksi atau selama melakukan tindakan keperawatan oleh perawat kepada klien.	4	Bila perawat meningkatkan interaksi sosial dengan sikap saling menerima, menggunakan tehnik komunikasi terapeutik (mendengar dengan aktif, memberi kesempatan klien memulai pembicaraan, memberi penghargaan atas informasi atau pembicaraan klien, mengulangi kembali yang diucapkan klien apabila diperlukan klarifikasi, melakukan refleksi diri, mengarahkan pembicaraan bila menyimpang dari topik, membagi persepsi, diam pada saat mendengar klien atau saat diperlukan diam, memberi informasi yang diperlukan klien, memberi saran yang dibutuhkan klien, memberikan pertanyaan terbuka, mengeksplorasi perasaan/pengalaman klien yang diperlukan untuk pemulihan), memberi penjelasan untuk meminimalkan ketergantungan klien terhadap perawat dan memperhatikan pencapaian tujuan yang telah disepakati.
		3	Bila perawat meningkatkan interaksi sosial dengan sikap saling menerima, menggunakan tehnik komunikasi terapeutik (mendengar dengan aktif, memberi kesempatan klien memulai pembicaraan, memberi penghargaan atas informasi atau pembicaraan klien, mengulangi kembali yang diucapkan klien apabila diperlukan klarifikasi, melakukan refleksi diri, mengarahkan pembicaraan bila menyimpang dari topik, membagi persepsi, diam pada saat mendengar klien atau saat diperlukan diam, memberi informasi yang diperlukan klien, memberi saran yang dibutuhkan klien, memberikan pertanyaan terbuka, mengeksplorasi perasaan/pengalaman klien yang diperlukan untuk pemulihan), memberi penjelasan untuk meminimalkan ketergantungan klien terhadap perawat, tidak memperhatikan pencapaian tujuan yang telah disepakati.
		2	Bila perawat meningkatkan interaksi sosial dengan sikap saling menerima, menggunakan tehnik komunikasi terapeutik (mendengar dengan aktif, memberi kesempatan klien memulai pembicaraan, memberi penghargaan atas informasi atau pembicaraan klien, mengulangi kembali yang diucapkan klien apabila diperlukan klarifikasi, melakukan refleksi diri, mengarahkan pembicaraan bila menyimpang dari topik, membagi persepsi, diam pada saat mendengar klien atau saat diperlukan diam, memberi informasi yang diperlukan klien, memberi saran yang dibutuhkan klien, memberikan pertanyaan terbuka, mengeksplorasi perasaan/pengalaman klien yang diperlukan untuk pemulihan), tidak memberi penjelasan untuk meminimalkan ketergantungan klien terhadap perawat, tidak memperhatikan pencapaian tujuan yang telah disepakati.

E. SIKAP/PENAMPILAN

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Kriteria Nilai
1	Sikap/penampilan selama praktek.	4	Bila ramah dan sopan, berinisiatif, kreatif dalam bekerja, berkomunikasi dengan baik kepada klien, keluarga dan tim kesehatan, tidak ragu-ragu dalam bertindak dan disiplin terhadap peraturan.
		3	Bila kurang ramah dan sopan, berinisiatif, kreatif dalam bekerja, berkomunikasi dengan baik kepada klien, keluarga dan tim kesehatan, tidak ragu-ragu dalam bertindak dan disiplin terhadap peraturan.
		2	Bila kurang ramah dan sopan, kurang disiplin terhadap peraturan, berinisiatif, kreatif dalam bekerja, berkomunikasi dengan baik kepada klien.
		1	Bila kurang sopan/ramah, kurang disiplin terhadap peraturan, ragu-ragu dalam bertindak.
		0	Bila tidak sopan/ramah, tidak disiplin terhadap peraturan, ragu-ragu dalam bertindak.



		1	Bila perawat meningkatkan interaksi sosial dengan sikap saling menerima, tidak menggunakan tehnik komunikasi terapeutik (mendengar dengan aktif, memberi kesempatan klien memulai pembicaraan, memberi penghargaan atas informasi atau pembicaraan klien, mengulangi kembali yang diucapkan klien apabila diperlukan klarifikasi, melakukan refleksi diri, mengarahkan pembicaraan bila menyimpang dari topik, membagi persepsi, diam pada saat mendengar klien atau saat diperlukan diam, memberi informasi yang diperlukan klien, memberi saran yang dibutuhkan klien, memberikan pertanyaan terbuka, mengeksplorasi perasaan/pengalaman klien yang diperlukan untuk pemulihan), tidak memberi penjelasan untuk meminimalkan ketergantungan klien terhadap perawat, tidak memperhatikan pencapaian tujuan yang telah disepakati.
		0	Tidak berkomunikasi selama fase interaksi.

D. FASE IV: TERMINASI

4	Pada masa perawatan melakukan terminasi kepada klien.	4	Bila perawat melakukan evaluasi terhadap pencapaian tujuan, melakukan persiapan mental klien untuk mengakiri pertemuan, mengantisipasi akibat terminasi, mendiskusikan perasaan klien terhadap terminasi, membuat kontrak pertemuan selanjutnya bila masih diperlukan, mengucapkan salam selamat tinggal.
		3	Bila perawat melakukan evaluasi terhadap pencapaian tujuan, melakukan persiapan mental klien untuk mengakiri pertemuan, mengantisipasi akibat terminasi, mendiskusikan perasaan klien terhadap terminasi, tidak membuat kontrak pertemuan selanjutnya bila masih diperlukan, mengucapkan salam selamat tinggal.
		2	Bila perawat melakukan evaluasi terhadap pencapaian tujuan, melakukan persiapan mental klien untuk mengakiri pertemuan, tidak mengantisipasi akibat terminasi, tidak mendiskusikan perasaan klien terhadap terminasi, tidak membuat kontrak pertemuan selanjutnya bila masih diperlukan, mengucapkan salam selamat tinggal.
		1	Bila perawat melakukan evaluasi terhadap pencapaian tujuan, tidak melakukan persiapan mental klien untuk mengakiri pertemuan, tidak mengantisipasi akibat terminasi, tidak mendiskusikan perasaan klien terhadap terminasi, tidak membuat kontrak pertemuan selanjutnya bila masih diperlukan, mengucapkan salam selamat tinggal.
		0	Bila tidak melakukan komunikasi selama masa terminasi.



BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI

Jl. Raden Saleh 40

Jakarta 10330

LEMBAR PENILAIAN UJIAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Nama Perawat :

NRPP :

Tanggal Ujian :

Tempat Ujian :

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					KETERANGAN
		0	1	2	3	4	
1.	Fase I: Pra Interaksi						
2.	Fase II: Pra Orientasi						
3.	Fase III: Interaksi						
4.	Fase IV: Terminasi						
5.	Sikap/Penampilan selama berkomunikasi						

REKAPITULASI HASIL UJIAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK KENAIKAN

NO	PENGUJI	NILAI (N)
1		
2		
3		

Nilai Dihitung Dengan Rumus:

$$\frac{N1 + N2 + N3}{3} =$$

Penguji I

Penguji II

Penguji III

(.....)

(.....)

(.....)



**KEPUTUSAN
BIDANG KEPERAWATAN RS PGI CIKINI
No : 40/SK/Kabid/VI/2008**

Tentang

**UJI COBA APLIKASI SISTEM JENJANG KARIR PERAWAT
RS PGI CIKINI**

Bidang Keperawatan RS PGI Cikini

- Menimbang** : a. Bahwa dalam rangka optimalisasi dan revitalisasi kinerja Bidang Keperawatan RS PGI Cikini Jakarta, maka perlu penataan sistem pembinaan karier dan reward bagi tenaga keperawatan.
b. Bahwa Sistem Jenjang Karir Perawat merupakan sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme sesuai dengan bidang pekerjaan melalui peningkatan kompetensi.
c. Bahwa untuk melaksanakan/menerapkan Sistem Jenjang Karir Perawat tersebut dipandang perlu didahului dengan Uji Coba Aplikasi Sistem Jenjang Karir Perawat, melalui keputusan surat kepala Bidang Keperawatan RS PGI Cikini.
- Mengingat** : 1. UU RI No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
2. Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang tenaga Kesehatan
3. Kepmenkes No. 94/Kep/M PAN/2001 tentang Jabatan Fungsional Perawat dan angka kreditnya
4. Kepmenkes RI No. 1239/DX/2001 tentang Registrasi dan praktik Perawat
5. Pedoman Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Dirbinyankep, Dirjenyanmed Depkes RI, 2006
6. Visi RS Pelayanan Kesehatan Holistik dengan sentuhan Kasih
7. Garis Besar Perencanaan Rumah Sakit, customer oriented
8. Saran Direktur Umum RS PGI Cikini

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : **KEPUTUSAN KEPALA BIDANG KEPERAWATAN TENTANG UJI COBA APLIKASI SISTEM JENJANG KARIR PERAWAT RS PGI CIKINI JAKARTA**
- PERTAMA** : Mencabut SP dari Bidang Keperawatan April 2005 tentang Tim Penyempurnaan Jenjang Fungsional Keperawatan RS PGI Cikini
- KEDUA** : Membentuk tim untuk menyusun mekanisme pelaksanaan Sistem Jenjang Karir Perawat
- KETIGA** : Tujuan uji coba Aplikasi Sistem Jenjang Karir Perawat untuk melihat pertumbuhan dan budaya profesionalisme perawat
- KEEMPAT** : Susunan tim dan personalia Sistem Jenjang Karir Perawat terdapat pada lampiran keputusan ini

- KELIMA** : Aplikasi Sistem Jenjang Karir Perawat ini masih dalam tahap uji coba sehingga belum diberlakukan kompensasi terhadap upah
- KEENAM** : Uraian tugas tim akan disusun tim Sistem Jenjang Karir Perawat
- KETUJUH** : Hal-hal yang belum diatur dalam keputusan ini akan diatur tersendiri
- KEDELAPAN** : Apabila ternyata dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka keputusan ini dapat diubah sesuai kebutuhan organisasi dan diperbaiki sebagaimana mestinya
- KESEMBILAN** : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan sampai cukup masa uji coba Aplikasi Sistem Jenjang Karir Perawat

Ditetapkan di : Jakarta
Pada Tanggal : 15 Juni 2008


Kedua, Sibarani, SKp
Ka Bidang Keperawatan

Tembusan :

1. Direktur Ketua
2. Direktur Umum
3. Direktur Medik
4. Ketua Komite Keperawatan
5. Wakil Bidang Keperawatan
6. Masing-masing Tim Sistem Jenjang Karir Perawat
7. PKR
8. Arsip