



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN PENERAPAN MPKP PEMULA DENGAN TINGKAT  
KEPUASAN KERJA PERAWAT DAN DOKTER  
PADA RUANGAN MPKP PEMULA  
DI RS PGI CIKINI JAKARTA**

**TESIS**

**OLEH  
YUSNITA SIRAIT  
1006755642**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI, 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN PENERAPAN MPKP PEMULA DENGAN TINGKAT  
KEPUASAN KERJA PERAWAT DAN DOKTER  
PADA RUANGAN MPKP PEMULA  
DI RS PGI CIKINI JAKARTA**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Keperawatan**

**OLEH  
YUSNITA SIRAIT  
1006755642**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI, 2012**



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik semua yang dikutip maupun yang dirujuk telah  
saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Yusnita Sirait**

**NPM : 1006755462**

**Tanda Tangan :**



**Tanggal : 13 Juli 2012**



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Yusnita Sirait  
NPM : 1006755462  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul Proposal Tesis : Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan Tingkat  
Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruangan  
MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Allenidekania, S.Kp, MSc (  )

Pembimbing II : Ir. Yusran Nasution, MKM (  )

Penguji I : Rumondang Panjaitan, S.Kp, MKep. M. Min(  )

Penguji II : Sukihananto, SKep. Ns, MKep (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “HUBUNGAN PENERAPAN MPKP PEMULA DENGAN TINGKAT KEPUASAN KERJA PERAWAT DAN DOKTER PADA RUANGAN MPKP PEMULA DI RS PGI CIKINI JAKARTA”. Penulisan tesis ini disusun sebagai tahapan pelaksanaan penelitian sebagai salah satu syarat penyusunan tesis untuk mencapai gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa saya mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada:

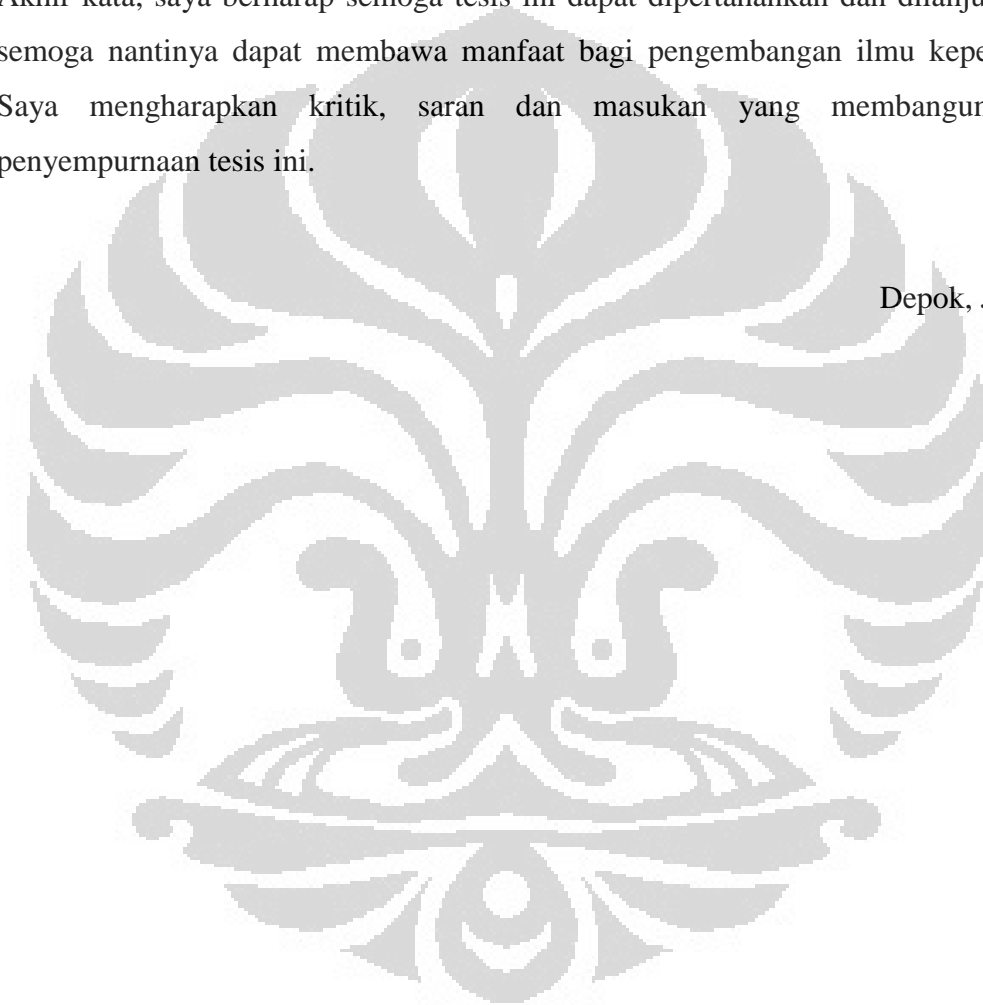
- (1) Dewi Irawaty, MA, PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- (2) Allenidekania, S.Kp, MSc., selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dalam proses penyusunan tesis ini;
- (3) Ir. Yusran Nasution, MKM., selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan saran dan masukan dalam proses bimbingan ini;
- (4) Rumondang Panjaitan, S.Kp, MKep, M.Min., selaku penguji yang turut memberikan saran dan masukan dalam proses penyempurnaan tesis ini;
- (5) Sukihananto, SKep. Ns, MKep., selaku penguji yang turut memberikan saran dan masukan dalam proses penyempurnaan tesis ini;
- (6) Astuti Yuni Nursasi, SKp, MN., selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- (7) Kepala Bidang Keperawatan dan rekan-rekan perawat dan dokter RSU UKI yang turut berpartisipasi dalam penelitian ini;
- (8) Kepala Bidang Keperawatan dan rekan-rekan perawat dan dokter RS PGI Cikini Jakarta yang turut berpartisipasi dalam penelitian ini;
- (9) Suami tercinta nun jauh di Ternate yang selalu memberikan cinta dan motivasi;

- (10) Orangtua dan keluarga yang telah banyak memberikan semangat; dan
- (11) Teman-teman Angkatan 2010 Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia secara khusus buat: Pak Poer, Bu Is, Bu Erin, Mbak Nina, Tike dan Pak Zae yang memberikan dukungan semangat dan kerjasama yang baik selama penyusunan tesis ini

Akhir kata, saya berharap semoga tesis ini dapat dipertahankan dan dilanjutkan dan semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan. Saya mengharapkan kritik, saran dan masukan yang membangun dalam penyempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2012

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PUBLIKASI KARYA ILMIAH**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yusnita Sirait  
NPM : 1006755462  
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Program : Magister  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalti Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**HUBUNGAN PENERAPAN MPKP PEMULA DENGAN TINGKAT  
KEPUASAN KERJA PERAWAT DAN DOKTER PADA RUANGAN MPKP  
PEMULA  
DI RS PGI CIKINI JAKARTA**

beserta perangkat yang ada. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan/memformat-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 13 Juli 2012  
Yang menyatakan :



Yusnita Sirait



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

Tesis, Juli 2012

Yusnita Sirait

Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan Tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruangan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta

xiv +114 hal, 35 tabel, 2 Skema, 4 lampiran

**ABSTRAK**

Kepuasan kerja merupakan perasaan emosi yang menyenangkan setelah merasakan, mengalami, mendapatkan harapan pada kenyataan dari lingkungan tempat kerja. Penelitian ini deskriptif dengan desain *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan Tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruangan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta. Sampel terdiri dari 115 perawat dan 38 dokter, metode pengumpulan data menggunakan instrumen kuesioner. Analisa hubungan antar variabel menggunakan uji kai kuadrat. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara penerapan MPKP Pemula perawat dengan kepuasan kerja perawat ( $p=0,011$ ). Sub variabel pendekatan manajemen dan hubungan profesional merupakan faktor yang paling dominan dalam penerapan MPKP Pemula Perawat terhadap tingkat kepuasan kerja perawat. Tidak ada hubungan yang bermakna antara penerapan MPKP Pemula dokter dengan kepuasan kerja dokter ( $p=0,403$ ).

Kata kunci: kepuasan kerja, MPKP, perawat, dokter

Daftar bacaan: 75 (1997-2012)

**POST GRADUATE PROGRAM OF NURSING FACULTY  
DEPARTMENT OF NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2012

Yusnita Sirait

Association Between Implementation of Beginning Professional Nursing Practice Model (Beginning PNPM) with Nurses and Physicians Job Satisfaction at Beginning PNPM wards in the Jakarta PGI Cikini Hospital

xiv +1114pages, 35 tables, 2 figures, 4 appendices

**ABSTRACT**

Job satisfaction was a pleasant emosional after felt, happened, achieved in the actual job environment. Descriptive study with cross sectional design purposes to explore the association between the implementation of Beginning Profesional Nursing Practice Model (Beginning PNPM) with Nurses and Physicians Job Satisfaction at Beginning PNPM wards. The Sample of 115 nurses and 38 physicians, filled questionnaire instrument. A analysis of variable was done by chi-square. The result shown that relationship significant between implementation of beginning PNPM with nurses job satisfaction ( $p=0,011$ ). The sub variable management approach and profesional relationship were dominant factors in the implementation beginning PNPM with nurses job satisfaction. No significant difference between implementation of beginning PNPM with physicians job satisfaction ( $p=0,403$ )

Keywords: Job Satisfaction, PNPM, Nurse, Physician  
References: 75 (1997-2012)

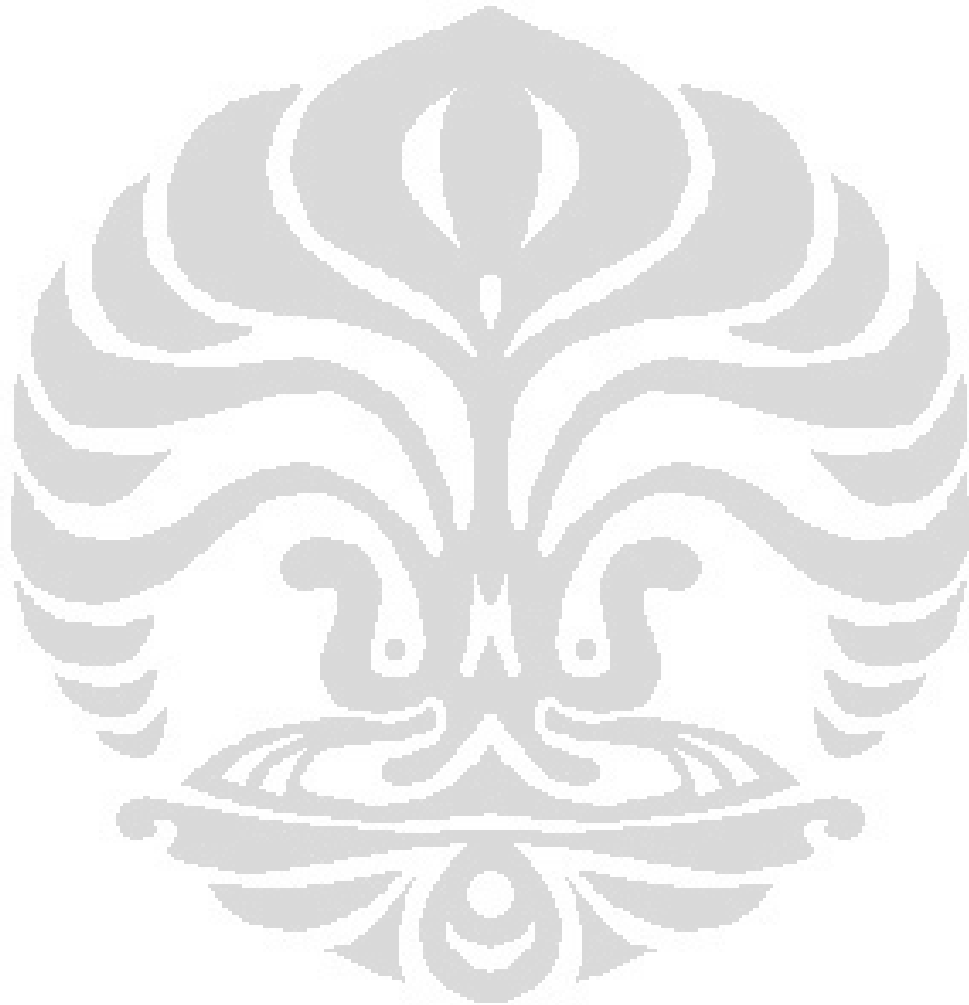
## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	10
1.3 Tujuan Penelitian.....	11
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Manajemen Keperawatan.....	14
2.2 Perawat.....	16
2.3 Dokter.....	20
2.4 Kepuasan Kerja.....	25
2.5 Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).....	37
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>53</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	53
3.2 Hipotesis.....	55
3.3 Definisi Operasional.....	56
<b>4. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>62</b>
4.1 Rancangan Penelitian.....	62
4.2 Populasi Dan Sampel.....	62
4.3 Tempat Penelitian.....	65
4.4 Waktu Penelitian.....	66
4.5 Etika Penelitian.....	66
4.6 Alat Pengumpulan data.....	67

4.7	Prosedur Pengumpulan Data.....	71
4.8	Pengolahan data.....	72
4.9	Analisis Data.....	72
<b>5.</b>	<b>HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>74</b>
5.1	Analisis Univariat.....	74
5.2	Analisis Bivariat.....	78
5.3	Analisis Multivariat.....	91
<b>6.</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>97</b>
6.1	Interpretasi dan Diskusi hasil.....	97
6.2	Faktor yang paling dominan penerapan MPKP Pemula perawat.....	110
6.3	Keterbatasan Penelitian.....	111
6.4	Implikasi Terhadap pelayanan, Pendidikan dan Penelitian.....	112
<b>7.</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>113</b>
7.1	Simpulan.....	113
7.2	Saran.....	114

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi operasional.....	56
Tabel 4.1 Populasi dan jumlah sampel perawat per ruangan.....	64
Tabel 4.2 Populasi dan jumlah sampel dokter per status dokter.....	65
Tabel 4.3 Kisi-kisi kuesioner penerapan MPKP Pemula terhadap perawat.....	68
Tabel 4.4 Kisi-kisi kuesioner penerapan MPKP Pemula terhadap dokter.....	68
Tabel 4.5 Kisi-kisi kuesioner kepuasan kerja perawat terhadap penerapan MPKP Pemula.....	69
Tabel 4.6 Kisi-kisi kuesioner kepuasan kerja dokter terhadap penerapan MPKP Pemula.....	69
Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden perawat di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012.....	74
Tabel 5.2 Distribusi karakteristik responden dokter di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012.....	75
Tabel 5.3 Penerapan MPKP Pemula dan kepuasan perawat dalam penerapan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012.....	76
Tabel 5.4 Penerapan MPKP Pemula oleh dokter di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012.....	77
Tabel 5.5 Hubungan kelompok umur dengan kepuasan perawat.....	78
Tabel 5.6 Hubungan pendidikan formal terakhir dengan kepuasan perawat	79
Tabel 5.7 Hubungan lama kerja dengan kepuasan perawat.....	79
Tabel 5.8 Hubungan status perkawinan dengan kepuasan perawat.....	80
Tabel 5.9 Hubungan status kepegawaian dengan kepuasan perawat.....	81

Tabel 5.10 Hubungan nilai profesional dengan kepuasan perawat.....	81
Tabel 5.11 Hubungan pendekatan manajemen dengan kepuasan perawat..	82
Tabel 5.12 Sistem pemberian asuhan keperawatan dengan kepuasan perawat	82
Tabel 5.13 Hubungan profesional dengan kepuasan perawat.....	83
Tabel 5.14 Hubungan kompensasi dan penghargaan dengan kepuasan perawat	84
Tabel 5.15 Hubungan penerapan MPKP Pemula dengan kepuasan perawat	84
Tabel 5.16 Hubungan kelompok umur dengan kepuasan dokter.....	85
Tabel 5.17 Hubungan pendidikan formal terakhir dengan kepuasan dokter	86
Tabel 5.18 Hubungan lama kerja dengan kepuasan dokter.....	86
Tabel 5.19 Hubungan status perkawinan dengan kepuasan dokter.....	87
Tabel 5.20 Hubungan status pegawai dengan kepuasan dokter.....	87
Tabel 5.21 Hubungan nilai profesional dengan kepuasan dokter.....	88
Tabel 5.22 Hubungan pendekatan manajemen dengan kepuasan dokter.....	89
Tabel 5.23 Hubungan profesional dengan kepuasan dokter.....	89
Tabel 5.24 Hubungan penerapan MPKP Pemula dengan kepuasan dokter...	90
Tabel 5.25 Hasil analisis regresi logistik ganda faktor yang paling dominan dalam penerapan MPKP Pemula Perawat terhadap kepuasan kerja perawat dengan variabel confounding.....	91
Tabel 5.26 Variabel penelitian yang menjadi kandidat dalam regresi logistik	92
Tabel 5.27 Hasil akhir analisis regresi logistik ganda dengan metode backward yang menjadi kandidat model perawat pada ruang MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012.....	93
Tabel 5.28 Hasil akhir analisis regresi logistik ganda pada ruang MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012.....	94

## DAFTAR SKEMA

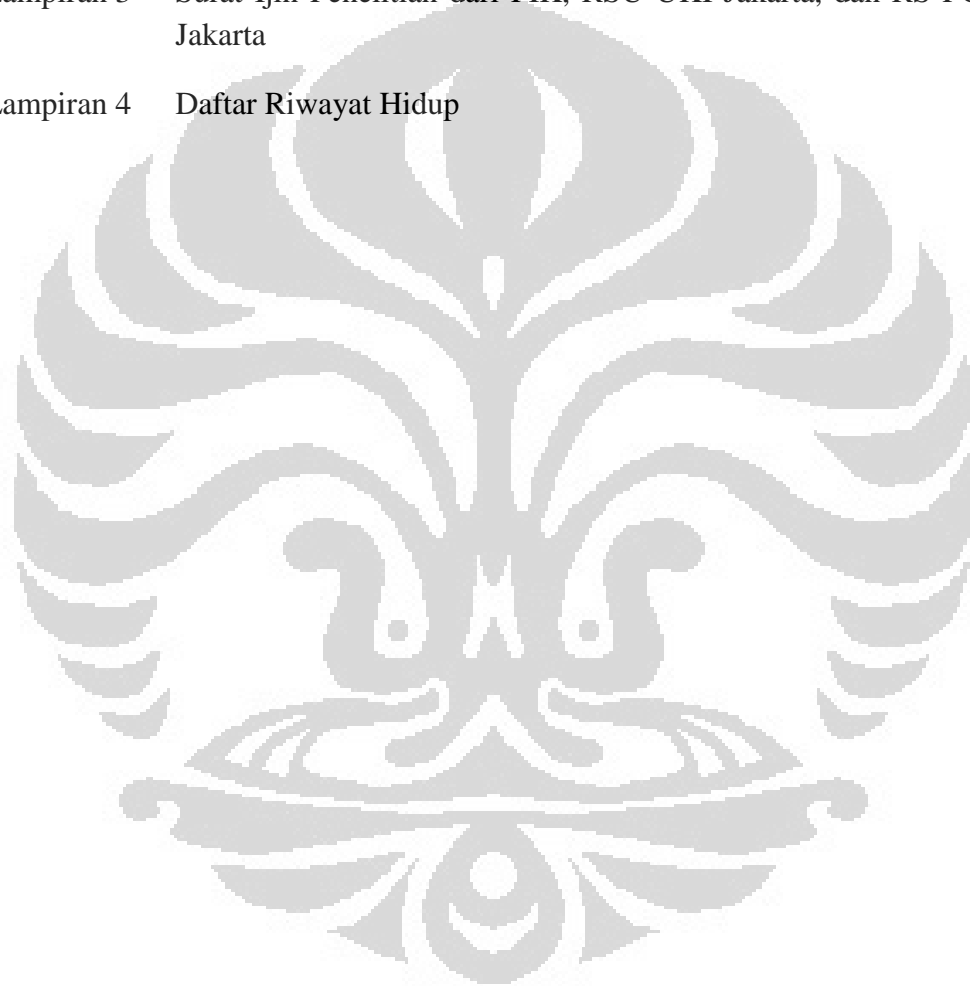
Skema 2.1 Kerangka teori hubungan penerapan MPKP dengan tingkat kepuasan erja perawat dan dokter pada ruangan MPKP di RS PGI Cikini Jakarta.....	52
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian hubungan penerapan MPKP dengan tingkat kepuasan kerja perawat dan dokter pada ruangan MPKP di RS PGI Cikini Jakarta.....	54





## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 informasi penelitian, pernyataan persetujuan menjadi responden, Kuesioner A, B, dan C
- Lampiran 2 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari FIK, RSU UKI Jakarta, dan RS PGI Cikini Jakarta
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup



## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Dampak globalisasi dalam bidang kesehatan yang paling terpengaruh antara lain adalah bagian perumah sakitan. Kita ketahui bahwa manajemen perumah sakitan di Indonesia pada umumnya belum dikelola secara efisien dan profesional, begitu pula mutu pelayanan yang diselenggarakan relatif masih rendah (Nuryandari, 2007). Disisi lain keunggulan rumah sakit swasta asing yang jumlahnya semakin meningkat telah terbiasa dikelola dengan sistem manajemen profesional. Hal ini akan menguntungkan bagi investor rumah sakit swasta asing serta konsumen menengah keatas karena selain mempunyai keunggulan dalam mutu pelayanan juga adanya banyak pilihan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Di rumah sakit, pelayanan kesehatan yang utama selain pelayanan medis adalah pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesional merupakan bagian integral dari upaya pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Selain itu, pelayanan keperawatan merupakan salah satu faktor penentu baik buruknya mutu dan citra rumah sakit, karena selain bentuk pelayanannya yang mempunyai ciri khusus yaitu diselenggarakan selama dua puluh empat jam secara terus menerus juga merupakan salah satu tenaga profesi kesehatan yang terbanyak jumlahnya di rumah sakit (Nuryandari, 2007). Kotler and Armstrong (2001) menyatakan kepuasan pelanggan berhubungan erat dengan mutu. Untuk itu mutu pelayanan keperawatan perlu terus dikembangkan dan ditingkatkan seoptimal mungkin untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan sehingga merasa puas atas pelayanan yang diberikan (*Customer Satisfaction*).

Berbagai upaya dilakukan dalam peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit termasuk dalam pelayanan keperawatan yaitu dengan mengembangkan strategi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). MPKP adalah suatu sistem (struktur, proses, nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menunjang asuhan tersebut. (Hoffart & Woods, 1996). Menurut Huber (2010) Berdasarkan MPKP yang dikembangkan Hoffart & Woods (1996), menyimpulkan bahwa MPKP terdiri dari lima sub sistem yaitu: nilai-nilai profesional (*Professional values*), pendekatan manajemen (*Management Approach*), hubungan profesional (*Professional Relationship*), sistem pemberian asuhan keperawatan (*Care Delivery System*) dan kompensasi & penghargaan (*Compensation & Reward*).

Nilai-nilai profesional menjadi komponen utama pada praktik keperawatan profesional. Nilai-nilai profesional yang dimaksud adalah penghargaan atas otonomi klien, menghargai klien, melakukan yang terbaik bagi klien dan tidak merugikan klien (Sitorus, 2006). Dalam mengimplementasikan nilai-nilai profesional tersebut, perawat harus mempunyai komitmen yang tinggi terhadap tugas dan tanggung jawabnya.

Pendekatan manajemen pelayanan keperawatan didasarkan pada proses manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian. Salah satu aspek pada sub-sistem pendekatan manajemen pada fungsi pengorganisasian adalah penentuan karakteristik klien yang dirawat di ruang MPKP. Hal ini penting untuk mendukung pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dengan didukung oleh sumber daya dan prasarana yang ada. Pada pelayanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan tergantung pada jumlah klien dan derajat ketergantungan dengan klasifikasi menjadi tiga kategori, yaitu perawatan minimal/*self care*, perawatan parsial/*intermediate*, perawatan maksimal/*total care*.

Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit terdiri dari beberapa tim dengan dengan disiplin ilmu yang berbeda-beda. Berdasarkan peran dan fungsi dari masing-masing disiplin ilmu akan terjalin hubungan profesional. Hubungan profesional sebagai salah satu sub sistem dalam MPKP memungkinkan adanya kolaborasi berarti hubungan profesional perawat dengan tim kesehatan lain, khususnya dokter. Kolaborasi menurut American Medical Assosiation (1994) adalah proses dimana dokter dan perawat merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek mereka dengan berbagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat. Kolaborasi membutuhkan berbagi pengetahuan yang direncanakan dan menjadi tanggung jawab bersama untuk merawat pasien. Bekerja bersama dalam kesetaraan dan saling menghargai merupakan esensi dasar dari kolaborasi untuk menggambarkan hubungan perawat dan dokter untuk menghasilkan *outcome* yang lebih baik bagi pasien dalam mencapai upaya penyembuhan dan memperbaiki kualitas hidup. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Hirschhoff (2006) di Concord Hospital Cardiac Surgery, July 1998–October 2001 menyatakan bahwa kolaborasi yang baik antara perawat dan dokter menurunkan angka kematian 56%. Hal serupa juga diungkapkan oleh Maxson et al. (2011) bahwa kolaborasi antara *registered nurse* dan dokter menunjukkan penurunan angka kesakitan dan angka kematian, biaya perawatan, dan *medical errors* dan meningkatkan kepuasan kerja profesional dan retensi staf keperawatan.

Sistem pemberian asuhan keperawatan terdiri dari beberapa metode. Metode MPKP yaitu metode keperawatan primer adalah metode pemberian asuhan keperawatan komprehensif yang merupakan aplikasi dari model praktik keperawatan profesional. Hasil penelitian yang dilakukan Zelauska dan Howes (1992) terhadap delapan ruang rawat yang melaksanakan model dan delapan ruang rawat sebagai kontrol (non-model) didapatkan perbandingan: biaya perawatan per klien per hari lebih rendah pada ruang rawat yang menerapkan

konsep MPKP dibandingkan dengan ruang rawat yang tidak menerapkan MPKP. Selain itu tingkat kepuasan kerja perawat di ruang model lebih tinggi dibandingkan perawat di ruang non-model, angka perpindahan perawat diruang model lebih rendah dibandingkan ruang rawat non-model.

Penghargaan karir dalam MPKP merupakan salah satu wujud dari kompensasi dan penghargaan. McClosky (1974) dalam Gillies (1999) sebuah survei perawat di Chicago dan San Fransisco menyatakan penghargaan psikologi seperti kesempatan mengikuti program pendidikan, kesempatan kenaikan karir, pengakuan dari rekan kerja dan supervisor, kesempatan untuk turut serta di dalam penelitian, tambahan tanggung jawab pekerjaan, dan penghargaan keamanan seperti peningkatan gaji, tambahan waktu libur, dan jam kerja yang lebih baik memberikan kontribusi yang lebih baik terhadap kepuasan kerja dibandingkan penghargaan sosial, seperti peningkatan hubungan sosial dengan rekan kerja dan berbagi pendapat/perasaan dengan yang lain.

Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta merupakan rumah sakit swasta tipe B, yang berdiri pada tahun 1898 dan terakreditasi 16 pelayanan (2009). RS PGI Cikini Jakarta juga mempunyai pelayanan unggulan hemodialisa yang menjadi rujukan nasional. Sampai saat ini RS PGI Cikini Jakarta masih tetap bertahan ditengah persaingan dengan bermunculannya rumah sakit swasta asing yang menawarkan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang beragam dan berkualitas. Oleh karena itu RS PGI Cikini Jakarta berupaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang dimilikinya agar dapat menjawab kebutuhan masyarakat dan meningkatkan daya saing dalam pemberian pelayanan kesehatan secara optimal.

Pelayanan keperawatan RS PGI Cikini Jakarta pertama kali memulai menerapkan MPKP Pemula sejak tahun 2001. Dinamakan MPKP pemula karena adanya keterbatasan sumberdaya keperawatan berdasarkan jenjang pendidikan. MPKP Pemula di awali di ruangan H sebagai percontohan (*pilot project*) dan diikuti ruangan C dan K (Unit Penyakit Dalam). Penerapan MPKP Pemula ini

diikuti ruangan yang lain secara bertahap dari tahun ke tahun. Saat ini semua ruangan sudah menerapkan MPKP Pemula.

Proporsi perawat berdasarkan tingkat pendidikan di RS PGI Cikini Februari 2012 adalah S2 3 orang (0,7%), S1 Keperawatan 25 orang (6,2%), DIII Keperawatan/Kebidanan 307 orang (76,4%), SPK 65 orang (16,2%) dan PKC 2 orang (0,5%), dengan total jumlah perawat 402 orang. Abdallah dan Levine (1965) dalam Gillies (1999) menyarankan rasio tenaga profesional harus memenuhi rasio kebutuhan tenaga 55% tenaga profesional : 45% tenaga non profesional. Sitorus (2006) menyatakan sarjana keperawatan (S1 Kep) sebagai tenaga profesional dan DIII Keperawatan sebagai profesional pemula. Berdasarkan data ketenagaan proporsi perawat per ruangan dalam penerapan MPKP Pemula, setiap ruangan masih ada yang belum memiliki tenaga S1 Keperawatan dan berdasarkan penerapan keseharian MPKP Pemula di ruangan menerapkan modifikasi perawat primer dan ketua tim sebagai penanggungjawab menggantikan peran PP.

Sejak Penerapan MPKP Pemula tahun 2001 sampai sekarang ada penambahan tenaga keperawatan sebesar 70 orang (17,4%), sedangkan data *turnover* sebesar 5% dari tahun 2005-2011. Adanya penambahan tenaga baru yang cukup besar dan angka *turnover* sebesar 5 % ini akan mempengaruhi dan memberi dampak terhadap metode penugasan pada pelaksanaan MPKP Pemula dan apakah tenaga baru sudah dilatih MPKP Pemula atau belum.

Data kegiatan pelayanan RS PGI Cikini tahun 2011 menunjukkan bahwa BOR RS PGI Cikini dari tahun 2002-2011 berada pada rentang 60-70%. Menurut Depkes RI nilai ideal BOR adalah 60-85%, namun menurut Barber Johnson (standar internasional) nilai ideal BOR adalah 75%-85%.

Jumlah Tenaga Dokter RS PGI Cikini Februari 2012 adalah 155 orang meliputi: dokter tamu 83 orang (53,5%). Dokter kontrak 12 orang (7,75%), dokter tetap 50 orang (32,3%), dan dokter jaga 10 orang (6,45%). Perbandingan dokter tetap

dengan dokter tamu sebesar 1: 1,6. Dokter kontrak adalah dokter yang menjalani tugas selama masa kontrak 1 tahun dan setelah habis masa kontrak bisa di perpanjang bisa tidak. Status dokter juga akan mempengaruhi dan memberi dampak terhadap pelaksanaan MPKP Pemula dan apakah dokter tamu maupun dokter kontrak terpapar dengan MPKP Pemula atau tidak.

Data lain yang didapatkan adalah jumlah TT 330 buah. Berdasarkan SK Menkes No.262/Menkes/Per/VII/79 tentang Rasio Tempat Tidur Dan Personel Rumah Sakit menyatakan bahwa rasio Tenaga Medis (TM) : Tempat Tidur (TT) adalah 1 : (4-7).

Berdasarkan data hasil kegiatan residensi S2 Keperawatan Kepemimpinan dan Manajemen UI Wijayanti (2011) periode 10 Oktober-30 November 2011 didapatkan bahwa nilai-nilai profesional dalam praktik MPKP Pemula di semua rawat inap yang menerapkan MPKP Pemula 50% perawat *clinical care manager* (CCM) selalu memberi masukan kepada perawat primer dalam pelaksanaan tugas, sebanyak 34,6% perawat *clinical care manager* tidak pernah melaksanakan presentasi isu-isu keperawatan terbaru dan merancang pertemuan ilmiah kepada perawat primer. Evaluasi pelaksanaan pendidikan kesehatan oleh perawat primer diberikan oleh perawat *clinical care manager* dengan kategori selalu sebanyak 46,2%. Selain itu juga didapatkan data dalam hubungan profesional, perawat primer menjawab kategori selalu sebanyak 69,2% mengalami kesulitan berkolaborasi dengan tim kesehatan bagian laboratorium dan perawat primer menjawab kategori selalu sebanyak 50% menjalin relasi dengan perawat *clinical care manager*.

Berdasarkan kajian tentang sistem kompensasi dan penghargaan didapatkan juga data hanya 57,7 % perawat *clinical care manager* selalu memberikan masukan secara asertif kepada perawat primer, 50% perawat *clinical care manager* kadang-kadang memberikan pujian atas keberhasilan perawat primer dalam melaksanakan tugas, dan 42,3 % selalu memberikan support dalam

melaksanakan tugas. Sebanyak 42,3% perawat primer menyatakan bahwa pemberian penghargaan dan kompensasi kadang-kadang diberikan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala bidang keperawatan RS PGI Cikini Jakarta menyatakan bahwa sejak diterapkannya MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta sudah pernah dilakukan survei tentang kepuasan kerja perawat dan dokter terhadap pelaksanaan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta 6 bulan setelah pelaksanaan MPKP tahun 2001 pada ruangan *pilot project* dan didapatkan bahwa kepuasan kerja perawat meningkat setelah menerapkan MPKP Pemula. Ruangan yang lain belum pernah dievaluasi sejak ruangan tersebut menerapkan MPKP Pemula. Hasil wawancara dari salah satu perawat diruangan menyatakan bahwa sejak penerapan MPKP Pemula, pelayanan asuhan keperawatan belum berjalan sesuai dengan MPKP yang seharusnya dan perlu dilakukan evaluasi ulang terhadap kepuasan kerja perawat dan dokter terhadap penerapan MPKP Pemula.

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu dokter juga di dapatkan bahwa adanya MPKP Pemula belum tersosialisasi terhadap semua dokter dan jika dokter visite kadang perawatnya mengatakan bahwa pasien itu bukan kelolaan perawat tersebut, sehingga antara dokter dan perawat belum terdapat kesinkronan akan penerapan MPKP.

Kepuasan kerja menjadi isu yang cukup menarik dan penting terbukti karena besar manfaatnya bagi kepentingan individu, perusahaan dan masyarakat dalam hal ini perawat, dokter, rumah sakit dan pasien. Allen dan Vitale-Nolen (2005) dalam penelitiannya yang berjudul "*patient care delivery model improves nurse job satisfaction*" menyatakan bahwa model asuhan pemberian keperawatan meningkatkan kepuasan kerja perawat 14% sejak model pemberian asuhan keperawatan tersebut dikembangkan. Kepuasan kerja perawat diukur berdasarkan indeks kepuasan kerja yang terdiri dari enam komponen. Enam komponen tersebut diurutkan berdasarkan kepuasan perawat di New Hampshire



Hospital tempat dilakukan penelitian adalah interaksi, status profesional, otonomi (skor kepuasan tertinggi), kebijakan organisasi, penugasan dan gaji (skor kepuasan paling rendah). Penelitian Sitorus (2003) tentang dampak implementasi model praktik keperawatan profesional terhadap mutu asuhan keperawatan di rumah sakit, desain penelitian kuasi eksperimen dalam bentuk *pre dan post test with control group*. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-square* dan uji *t*. Hasil penelitian didapatkan bahwa MPKP yang dilakukan di RSUPNCM terbukti dapat meningkatkan kepuasan klien dan keluarga 114 kali lebih besar dibandingkan dengan peningkatan kepuasan klien dan keluarga, sedangkan pada kelompok kontrol hanya meningkat 3 kali. Peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar lebih tinggi pada kelompok intervensi sebanyak 235 kali dibandingkan dengan kelompok kontrol, penurunan angka infeksi nosokomial pada ruang intervensi 3 kali dibandingkan ruang kontrol, dan lama hari rawat lebih pendek pada ruang intervensi antara 0 - 1 hari dibandingkan ruang kontrol antara 2 -5 hari lebih lama.

Menurut Triasih (2007), perawat yang memiliki kepuasan kerja terhadap pekerjaannya 4,22 kali lebih besar menampilkan kinerja yang baik bila dibandingkan dengan perawat yang memiliki ketidakpuasan terhadap pekerjaannya.

Bidang Keperawatan RS PGI Cikini Jakarta tetap berupaya secara terus menerus untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, oleh karena itu Bidang Keperawatan menyatakan ingin melakukan evaluasi ulang tentang kepuasan perawat dan dokter setelah pelaksanaan MPKP Pemula yang sudah lama tidak pernah di evaluasi kembali terutama pada seluruh ruangan MPKP Pemula sekarang ini selain ruangan *pilot project*. Adanya *turnover* sebesar 5%, Adanya perawat baru yang belum sempat mengikuti pelatihan MPKP Pemula dan adanya *loss generation CCM* (*CCM* lama 7 orang dan calon *CCM* sekarang ada 4 orang), dan adanya pernyataan dari Bidang Keperawatan yang menyatakan

bahwa mereka akan menerapkan penilaian kinerja berdasarkan *balanced scorecard*, dimana salah satu dari 4 perspektif yang dinilai yaitu perspektif pertumbuhan dan pembelajaran. Kepuasan kerja karyawan perlu di ukur untuk menilai perspektif pertumbuhan dan perkembangan sehingga penelitian ini sangat diperlukan untuk dilakukan kembali dalam menilai kinerja perawat.

Pelaksanaan evaluasi survei kepuasan pasien RS PGI Cikini setiap tahunnya dilakukan untuk menilai masing-masing pelayanan yang diberikan terhadap pasien. Data kepuasan pasien berdasarkan rekapitulasi laporan evaluasi survei kepuasan pasien RS PGI Cikini periode Januari-Juni 2011 terhadap pelayanan keperawatan termasuk dalam kategori memuaskan dengan rata-rata 84,42-87,15 (kategori Memuaskan 73,33-86,66), namun masukan dari pasien masih didapatkan diantaranya perawat jika dipanggil lama sekali datang dan ada perawat yang judes.

Berdasarkan fenomena tersebut diatas maka peneliti ingin mengetahui tingkat kepuasan kerja perawat dan dokter dalam penerapan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta berdasarkan lima komponen MPKP yang telah dikembangkan oleh Hoffart dan Woods (1996).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Kepuasan kerja terbukti besar manfaatnya bagi kepentingan individu, perusahaan dan masyarakat dalam hal ini perawat, dokter, rumah sakit dan pasien. Kepuasan kerja akan menggerakkan, mengarahkan, mendukung, dan menghentikan perilaku. Penerapan MPKP terdiri dari 5 sub sistem, meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional, dan kompensasi dan penghargaan. Kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan telah dilakukan evaluasi setiap tahunnya namun evaluasi kepuasan penyedia pelayanan terhadap asuhan pelayanan yang diberikan yaitu kepuasan perawat dan dokter dalam penerapan MPKP Pemula sudah lama tidak dievaluasi, tingginya perawat baru sejak MPKP pemula tahun

2001 sampai sekarang, tingginya perbandingan status dokter tetap dengan dokter tamu, rendahnya peran perawat CCM dalam melakukan presentasi isu-isu keperawatan terbaru, merancang pertemuan ilmiah kepada perawat primer, evaluasi pelaksanaan pendidikan kesehatan, belum tersosialisasinya MPKP Pemula terhadap seluruh dokter dan ketidakpuasan dokter terhadap perawat yang menyatakan bahwa pasien tersebut bukan kelolaan perawat yang bersangkutan serta akan diterapkannya penilaian kinerja berdasarkan *balance scorecard* yang membutuhkan data tentang kepuasan kerja perawat. Berbagai studi tentang kepuasan kerja, dampak implementasi MPKP terhadap mutu asuhan keperawatan, kepuasan kerja perawat pada ruang MPKP telah banyak dilakukan dan terbukti telah meningkatkan kepuasan kerja perawat. Dengan adanya data diatas, masalah penelitian ini adalah bagaimana hubungan penerapan MPKP Pemula berdasarkan lima sub sistem MPKP dengan tingkat kepuasan kerja perawat dan dokter pada ruangan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja perawat dan tingkat kepuasan kerja dokter di ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- 1.3.2.1 Karakteristik perawat dan dokter meliputi: umur, status perkawinan, lama bekerja dan status kepegawaian
- 1.3.2.2 Gambaran penerapan MPKP Pemula meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, hubungan profesional, sistem pemberian asuhan keperawatan, dan kompensasi dan penghargaan menurut perawat di RS PGI Cikini Jakarta

- 1.3.2.3 Gambaran penerapan MPKP Pemula meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, dan hubungan profesional menurut dokter di RS PGI Cikini Jakarta
- 1.3.2.4 Gambaran tingkat kepuasan kerja perawat di ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta
- 1.3.2.5 Gambaran tingkat kepuasan kerja dokter di ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta
- 1.3.2.6 Hubungan karakteristik perawat dengan kepuasan kerja perawat dalam penerapan MPKP Pemula di ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta
- 1.3.2.7 Hubungan penerapan MPKP Pemula meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, hubungan profesional, sistem pemberian asuhan keperawatan, dan kompensasi dan penghargaan dengan tingkat kepuasan kerja perawat di ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta
- 1.3.2.8 Hubungan penerapan MPKP Pemula meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, dan hubungan profesional dengan tingkat kepuasan kerja dokter di ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta
- 1.3.2.9 Hubungan karakteristik dokter dengan kepuasan kerja dokter dalam penerapan MPKP Pemula di ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta
- 1.3.2.10 Faktor yang paling dominan variabel lima sub sistem penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja perawat
- 1.3.2.11 Faktor yang paling dominan variabel tiga sub sistem penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja dokter

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Ilmu Pengetahuan**

- 1.4.1.1 Memberikan pengetahuan tentang penerapan MPKP Pemula terhadap tingkat kepuasan perawat dan dokter
- 1.4.1.2 Memberikan tambahan pengetahuan tentang Model Praktik Keperawatan Profesional Pemula (MPKP Pemula) dalam manajemen keperawatan

### **1.4.2 Manfaat Aplikatif**

- 1.4.2.1 Memberikan gambaran tentang penerapan MPKP Pemula terhadap tingkat kepuasan kerja perawat dan tingkat kepuasan kerja dokter sehingga dapat digunakan sebagai pengambilan kebijakan bagi layanan keperawatan dan organisasi keperawatan untuk meningkatkan profesionalisme keperawatan
- 1.4.2.2 Bagi rumah sakit sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan layanan keperawatan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien, perawat dan dokter serta rumah sakit tersebut dan sebagai bahan dasar dalam penilaian kinerja perawat dalam penerapan *balanced scorecard*
- 1.4.2.3 Memberikan masukan bagi pengambil keputusan (manajerial) dalam mengembangkan layanan keperawatan

### **1.4.3 Manfaat Metodologis**

Hasil penelitian ini dapat memberikan data untuk penelitian lanjut tentang pengaruh kepuasan kerja perawat terhadap kinerja berbasis *balance scorecard* terhadap mutu layanan keperawatan dalam penerapan model praktik keperawatan primer pemula (MPKP Pemula) di RS PGI Cikini Jakarta.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan teori dan konsep sebagai dasar penelitian dan menjadi bahan rujukan saat melakukan pembahasan terkait manajemen keperawatan, perawat, dokter, kepuasan kerja dan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).

#### **2.1 Manajemen Keperawatan**

Manajemen adalah suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan perawatan, pengobatan dan bantuan terhadap pasien (Gillies, 1999). Proses manajemen keperawatan sama dengan proses keperawatan, menggunakan langkah-langkah metode ilmiah. (Gillies, 1994)

Ada beberapa fungsi manajemen yang dikemukakan para ahli, diantaranya Henry Fayol (1925) dalam Suarli & Bahtiar (2010) fungsi manajemen adalah *planning, organization, command, coordination, dan control*. Gulick (1937) dalam Marquis & Huston (2003) mengembangkan fungsi manajemen yang dikemukakan oleh Fayol yang terdiri dari: *planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, and budgeting* (POSCORB). Menurut Marquis & Huston (2003) Gambaran fungsi manajemen ada lima, yaitu:

##### **2.1.1 Perencanaan (*Planning*)**

Perencanaan adalah suatu keputusan untuk masa yang akan datang. Artinya apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana hal tersebut dilakukan untuk mencapai tujuan. Perencanaan mencakup menetapkan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur dan peraturan; menyusun rencana strategis jangka pendek dan jangka panjang, menetapkan rencana anggaran; dan mengatur perubahan rencana.

### 2.1.2 Pengorganisasian (*Organizing*)

Penataan hubungan kerja yang teratur dan sistematis untuk mencapai tujuan. Pengorganisasian merupakan suatu aktivitas pengorganisasian meliputi menyusun struktur rencana, menetapkan tipe/model asuhan keperawatan yang tepat, aktivitas kelompok untuk mencapai tujuan unit. Fungsi lain melibatkan pekerjaan di dalam struktur organisasi dan memahami dan menggunakan kekuatan dan otoritas yang tepat.

### 2.1.3 Pengaturan staf (*Staffing*)

Pengaturan staf merupakan fungsi mulai menyeleksi, mengembangkan dan sosialisasi staf, penentuan jumlah dan menggabungkan staf secara tepat sesuai dengan ketersediaan untuk mencapai kebutuhan unit sehari-hari dan tujuan organisasi. Fungsi ini terdiri dari rekrutmen, wawancara, pengaturan upah, dan orientasi staf, pengaturan jadwal, pengembangan staf, sosialisasi karyawan, dan kerjasama tim.

### 2.1.4 Pengarahan (*directing*)

Fungsi ini berhubungan dengan koordinasi dan penggerakan (*coordinating* dan *activating*). Pada fungsi ini dibutuhkan keterampilan kepemimpinan dan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Pengarahan kadang-kadang termasuk dalam fungsi *staffing*. Fungsi ini biasanya tanggung jawab manajemen SDM seperti motivasi, manajemen konflik, delegasi, komunikasi, dan fasilitasi kolaborasi.

### 2.1.5 Pengawasan (*controlling*)

Pengawasan adalah suatu proses untuk mengetahui apakah pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana, pedoman, ketentuan, kebijakan, tujuan dan sasaran yang sudah ditetapkan sebelumnya. Fungsi ini termasuk penilaian kinerja, pertanggungjawaban keuangan, kontrol kualitas, kontrol legal dan etik, kontrol profesionalitas dan kolega.

Berdasarkan tahap proses manajemen dapat dilihat bahwa model praktik keperawatan profesional termasuk dalam fungsi pengorganisasian.

## 2.2 Perawat

Menurut ICN (2010) menyatakan keperawatan meliputi otonomi dan kolaborasi perawatan individu dari berbagai umur, keluarga, kelompok, dan komunitas, sehat atau sakit dan di semua keadaan. Keperawatan termasuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit, merawat orang yang sakit, orang yang tidak mampu, dan merawat orang yang akan meninggal.

Berdasarkan peraturan MenKes RI No HK.02.02/MenKes/1481/1/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat Bab I Pasal 1 ayat (1) menyatakan perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Florence Nightingale dalam Catatan keperawatan "*what it is and what it is not*", perawat diartikan sebagai seorang yang berperan dalam kesehatan individu disamping yang lain (Dochterman & Grace, 2001).

Menurut Henderson (1991) dalam Potter & Perry (2001) fungsi unik perawat adalah menolong individu yang sehat atau sakit, dalam usaha menjaga kesehatan atau penyembuhan atau untuk menghadapi kematiannya dengan tenang. Usaha tersebut dapat dilakukan sendiri oleh individu bila ia mempunyai kekuatan, kemauan, atau pengetahuan. Oleh karena itu perawat berperan untuk memandirikan individu baik sehat maupun sakit.

Dalam Undang-Undang RI No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Bab 1 Pasal 1 ayat (6) menyatakan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu



memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan yang dimaksud termasuk perawat.

Pelayanan keperawatan merupakan sub sistem dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. Menurut Depkes RI (2001) Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan yang profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia/PPNI (2006) praktik keperawatan diartikan sebagai tindakan mandiri profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai lingkup wewenang dan tanggungjawabnya. Praktik keperawatan merupakan suatu praktik profesional yang mempunyai karakteristik utama: praktik keperawatan merupakan praktik dengan orientasi melayani, berdasarkan ilmu keperawatan yang kokoh mempunyai kode etik dan mempunyai otonomi (Shortridge dalam Sumijatun, 2010).

Perawat dalam pelaksanaan tugas, menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan sesuai bidang keahlian atau kewenangannya (Depkes RI, 2006). Perawat sebagai profesi dalam menjalankan praktik perorangan diluar praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan wajib memiliki surat ijin praktik perawat (SIPP). Menurut Peraturan MenKes RI No HK.02.02/MenKes/1481/1/2010 Bab II Pasal 3 menyatakan setiap perawat yang menjalankan praktik wajib memiliki SIPP. SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan kepada perawat untuk melakukan praktik keperawatan secara perorangan dan/atau berkelompok. Surat

Tanda Registrasi (STR) adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah kepada tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Pada Bab III pasal 11 Peraturan MenKes RI No HK.02.02/MenKes/1481/1/2010 dinyatakan dalam melaksanakan praktik, perawat mempunyai hak:

- a. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik keperawatan sesuai standar;
- b. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien dan/atau keluarganya;
- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi;
- d. Menerima imbalan jasa profesi; dan
- e. Memperoleh jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya.

Pada Bab III pasal 12 Peraturan MenKes RI No HK.02.02/MenKes/1481/1/2010 dinyatakan:

(1) Dalam melaksanakan praktik, perawat wajib untuk:

- a. Menghormati hak pasien;
- b. Melakukan rujukan;
- c. Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- d. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien/klien dan pelayanan yang dibutuhkan;
- e. Meminta persetujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan;
- f. Melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis; dan
- g. Mematuhi standar.

(2) Perawat dalam menjalankan praktik senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya, yang diselenggarakan oleh Pemerintah atau organisasi profesi.

- (3) Perawat dalam menjalankan praktik wajib membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Adanya SIPP dan STR dalam Bab I Pasal 1 ayat (3) dan (5) Peraturan MenKes RI No HK.02.02/MenKes/1481/1/2010 ini sesuai dengan definisi legal keberadaan tindakan praktik keperawatan untuk melindungi masyarakat (publik) dan untuk melindungi perawat. Hukum ini mendefinisikan otoritas praktik dan kualifikasi bagi perawat/ *registered nurse*, perawat vokasional dan *registered nurse advance* atau perawat-bidan. Perawat yang melakukan praktik pengobatan tanpa ada ijin atau malpraktik tidak akan dilindungi (Dochterman & Grace, 2001).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1239/MenKes/SK/XI/2001 tentang registrasi dan praktik keperawatan sebagai dasar hukum praktik perawat dalam melaksanakan praktik harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan berdasarkan pendidikan dan pengalaman serta dalam memberikan pelayanan berkewajiban mematuhi standar profesi. Adanya dasar hukum praktik keperawatan ini bertujuan untuk melindungi perawat dan juga masyarakat. Hal ini di dukung UU No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 23 ayat (1) yang menyatakan tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, ayat (2) kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dimaksud dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki, ayat (3) dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah Penyelenggaraan praktik keperawatan bertujuan untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada penerima dan pemberi jasa pelayanan dan hal ini merupakan dasar rencana undang-undang keperawatan dikumandangkan, namun belum dapat persetujuan dari DPR RI sampai sekarang.

Praktik keperawatan terdiri atas tiga dimensi: aktivitas dependen, interdependen dan independen. Perbedaannya ada pada sumber otoritas suatu tindakan. Menurut Wong, D. L., et al (2002) aktivitas dependen adalah area praktik keperawatan yang mengandalkan tanggung gugat perawat untuk mengimplementasikan tindakan yang ditetapkan. Aktivitas interdependen adalah area praktik keperawatan yang tanggung jawab dan tanggung gugat keperawatannya tumpang tindih dengan disiplin lain seperti kedokteran dan memerlukan kolaborasi diantara kedua disiplin tersebut. Aktivitas independen adalah area praktik keperawatan yang merupakan tanggung jawab langsung dari perawat.

### **2.3 Dokter**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia tahun 2012, dokter adalah lulusan pendidikan kedokteran yang ahli dalam hal penyakit dan pengobatannya. Menurut UU No 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran Bab I Pasal 1 ayat (2) dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ayat (1) menyatakan praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan. Ayat (11) Profesi dokter adalah suatu pekerjaan dokter yang dilaksanakan berdasarkan keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat.

Pada Bab VI tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi Pasal 29 ayat (1) dan (2) menyatakan setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi. Surat tanda registrasi dokter dan surat tanda

registrasi dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Pada Bab VII tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Pasal 36 menyatakan setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat ijin praktik. Pasal 39 menyatakan praktik kedokteran diselenggarakan berdasarkan pada kesepakatan antara dokter atau dokter gigi dengan pasien dalam upaya untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan. Menurut Andrew (1983) dalam Dochterman & Grace (2001) praktik kedokteran berarti diagnosis, penatalaksanaan, pencegahan, pengobatan atau menghilangkan penyakit manusia, penyakit ringan, cacat, atau keadaan fisik lainnya dan kondisi mental dengan nasihat, pelayanan, tes diagnostik. Pasal 44 menyatakan dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi

Berdasarkan UU No 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran Bab VII Paragraf 6 tentang Hak dan Kewajiban Dokter dan dokter gigi Pasal 50 dan 51 menyatakan Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- b. memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
- c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- d. menerima imbalan jasa.

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban :

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Menurut Wong, D. L., et al (2002) aktivitas dependen dokter adalah area praktek dokter memberikan mandat dalam bentuk instruksi kepada perawat. Aktivitas interdependen adalah area praktik dokter yang tanggung jawab dan tanggung gugatnya tumpang tindih dengan disiplin lain seperti keperawatan dan memerlukan kolaborasi diantara kedua disiplin tersebut.

#### 2.4 Hubungan Perawat dan Dokter

Pada umumnya rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan mempunyai tim kerja yang terdiri dari tim multi disiplin. Tim tersebut diantaranya dokter dan perawat disamping petugas kesehatan yang lain. Tim diartikan sebagai satu kelompok yang didirikan guna mencapai tujuan (Sumijatun, 2010). Pelayanan kesehatan yang diberikan ditujukan untuk keberhasilan pelayanan kesehatan dengan hasil akhir pelayanan kepuasan klien.

Hubungan perawat-dokter adalah satu bentuk hubungan interaksi yang telah cukup lama dikenal ketika memberikan bantuan kepada pasien. Salah satu bentuk dari hubungan perawat-dokter adalah kolaborasi. Kolaborasi antara profesional kesehatan merupakan strategi untuk meningkatkan *outcomes* perawatan. *National Joint Practice Commission (1997)* yang dikutip Siegler dan

Whitney (2000) bahwa tidak ada definisi yang mampu menjelaskan sekian ragam variasi dan kompleksnya kolaborasi dalam konteks perawatan kesehatan. Baggs et al., (1999) dalam Leever, A. M., et al. (2010) definisi spesifik kolaborasi antara perawat dan dokter adalah perawat dan dokter bekerjasama secara kooperatif, berbagi tanggung jawab untuk mengatasi masalah dan mengambil keputusan untuk merumuskan dan membuat rencana perawatan pasien. Bratt et al. (2000) dalam Zangaro and Soeken (2007) menyatakan kolaborasi perawat dan dokter adalah bersama-sama berbagi informasi untuk mengambil keputusan dan mengatasi masalah.

*Association Medical American (AMA, 1994)*, mendefinisikan istilah kolaborasi sebagai proses dimana dokter dan perawat merencanakan dan praktik bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktik mereka dengan berbagai nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat. Selanjutnya menurut Asosiasi Perawat Amerika (ANA, 1992) kolaborasi adalah hubungan kerjasama diantara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada klien. Kegiatan yang dilakukan meliputi: diskusi tentang diagnosa, kerjasama dalam asuhan kesehatan, saling berkonsultasi atau komunikasi serta masing-masing bertanggung jawab pada pekerjaannya. Menurut Depkes (2002) kolaborasi adalah kegiatan kerjasama antar tenaga kesehatan di suatu unit kerja atau instansi kesehatan.

Penelitian McCaffrey et al dalam *The Journal of Nursing Research* (Februari 2012) tentang “*The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration*” dengan desain penelitian quasi -experimental pre dan post test. Dengan skala Jefferson yang meneliti hubungan sikap kolaborasi dan komunikasi dokter dan perawat, kolaborasi dan *critical thinking* sikap perawat dan dokter residen tentang *outcomes* kualitas pasien pada 68 perawat dan 47

dokter residen, hasil penelitian didapatkan bahwa program edukasi formal dan diskusi *follow up* meningkatkan sikap keduanya baik perawat dan dokter residen dengan skala Jefferson (dokter residen  $t=4.68$ ,  $P=0.001$ , perawat  $t=4.37$ ,  $P=0.001$ ) dan skala komunikasi (dokter residen  $t=4.23$ ,  $P=0.001$ , perawat  $t=4.13$ ,  $P=0.001$ ).

Dokter dan perawat memiliki tujuan bersama yaitu dalam upaya keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit sesuai dengan peran dan tanggung jawab kedua profesi tersebut secara langsung sehingga berdampak pada hasil akhir pelayanan klien. Untuk itu peran masing-masing harus dijaga kelancarannya, dokter tidak lebih penting dari perawat demikian juga sebaliknya. Profesi kedokteran dan profesi keperawatan harus bekerja bersama-sama, serasi, selaras dan seimbang, saling menghargai dan saling membina pengertian. Daerah kerja yang tumpang tindih harus dikerjakan bersama-sama bukan saling tarik-menarik atau sebaliknya saling melempar tanggung jawab (Daldiyono dalam Werdati, 2007).

Perawat dan dokter dalam menjalankan profesinya tidak terlepas dari kode etik masing-masing profesi. Kode etik merupakan petunjuk formal bagi pelaksanaan profesional. Hubungan kolaborasi tidak terlepas dari kode etik. Salah satu fungsi kode etik keperawatan adalah menjadi pedoman bagi perawat untuk berperilaku dan menjalin hubungan keprofesian sebagai landasan dalam praktik etika baik hubungan antara perawat, klien, masyarakat, tenaga profesional kesehatan lain dan profesi (Kozier, 2004). Menurut kode etik kedokteran Indonesia (2004) Pasal 7c menyatakan bahwa seorang dokter harus menghormati hak-hak pasien, hak-hak sejawatnya, dan hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien. Menurut PPNI (2010) Kode etik keperawatan dalam hubungan perawat dan teman sejawat, menyatakan perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun



dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh; dan perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

Praktik kolaborasi perawat dan dokter ternyata tidak berhasil berkembang luas meskipun ditunjang dokumentasi mengenai kualitas keperawatan praktisi perawat (Sox, 1979 dalam Siegler & Whitney, 2000), peningkatan lingkup, dan kemampuan perawat, serta tuntutan masyarakat terhadap reformasi perawatan kesehatan. Hal ini tidak mengejutkan profesional yang mempraktikkan kolaborasi karena kolaborasi berhasil mereka jalankan setelah mereka menghadapi dan mengatasi hambatan. Hambatan kolaborasi tersebut dijumpai pada tingkat profesional, institusional, dan legislatif. Inti sesungguhnya dari konflik perawat dan dokter terletak pada perbedaan sikap profesional mereka terhadap pasien dan cara dokter dan perawat berkomunikasi mengenai kesan masing-masing. Dua sistem pendidikan yang berbeda dengan sendirinya menghasilkan dua bahasa yang berbeda yang selanjutnya memantulkan dan memperkuat konflik antara perawat dan dokter (Kennedy & Garvin, 1988; Lynaugh & Bates, 1973; Pridham & Hansen, 1985; Stein et al, 1990 dalam Siegler & Whitney, 2000)

## 2.5 Kepuasan Kerja

### 2.5.1 Definisi Puas

Dalam pemahaman yang umum kepuasan menunjukkan kondisi senang, tidak kecewa, lega karena sudah terpenuhi hasrat hati. Kata kepuasan (*satisfaction*) berasal dari bahasa latin “*satis*” yang artinya cukup baik, memadai dan “*facio*” (melakukan atau membuat). Jadi kepuasan dapat diartikan sebagai

upaya pemenuhan sesuatu atau membuat sesuatu memadai (Tjiptono & Chandra, 2007).

### 2.5.2 Definisi Pelanggan

Dalam pandangan tradisional, pelanggan berarti orang yang membeli dan menggunakan produk suatu perusahaan/organisasi. Dalam *marketing*, Pelanggan dikenal sebagai pelanggan eksternal dan pelanggan internal. Pelanggan eksternal adalah orang yang menggunakan produk atau jasa perusahaan. Pelanggan internal adalah mereka yang terkena dampak produk, anggota perusahaan tapi bukan pembeli (karyawan). Pada hakikatnya tujuan dari pada bisnis adalah untuk menciptakan dan mempertahankan para pelanggan (Kotler, Bowen & Makens, 1999). Menurut Sitorus & Panjaitan (2011) pelanggan (*customer*) adalah individu atau unit yang menikmati /membeli/menerima produk/barang/jasa/pelayanan dengan harapan mendapatkan keuntungan atau kepuasan. Pelanggan dapat dilihat dari dua sisi yaitu pelanggan internal dan pelanggan eksternal. Pelanggan internal adalah individu atau unit yang melakukan jasa pelayanan seperti: dokter, perawat, apoteker, teknisi, staf administrasi. Pelanggan eksternal adalah individu atau unit yang menikmati jasa pelayanan yaitu pasien yang di rawat, individu/unit yang berhubungan dengan rumah sakit.

### 2.5.3 Kepuasan Kerja

Kotler dan Keller (2009) mendefinisikan kepuasan (*satisfaction*) sebagai perasaan senang atau kecewa yang berasal dari perbandingan antara persepsi (*perception*) terhadap hasil (*performance*) suatu produk dengan harapannya (*expectation*). Bila kinerja produk tersebut tidak memenuhi harapan, kondisi ini menunjukkan hal tidak puas (*dissatisfied*), bila puas (*satisfied*), dan sangat puas (*highly satisfied*). Konsekuensi daripada definisi ini yaitu pengukuran kepuasan didasarkan kepada kesenjangan antara harapan dan pengalaman,

tanpa harus mempermasalahkan dimensi maupun indikator yang dijadikan ukuran kepuasan pelanggan.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya (Djarmiko & Jumaedi, 2011). Timmreck (2001) menyatakan bahwa kepuasan kerja karyawan adalah terpenuhi atau tidaknya keinginan mereka terhadap pekerjaan. Tujuan akhir dari sistem manajemen mutu adalah tercapainya kepuasan pelanggan (*Customer Satisfaction*) dan secara tidak langsung juga memberi kepuasan bagi yang memberikan pelayanan/jasa jika pelanggannya merasa puas.

Dalam kaitannya dengan kepuasan, Kotler dan Keller (2009) secara implisit meyakini tiga hal: Nilai Pelanggan, Kepuasan dan Loyalitas. Semakin tinggi nilai yang diterima pelanggan, akan semakin tinggi pula tingkat kepuasan, dan sebagai akibatnya pelanggan akan semakin loyal. Nilai adalah kombinasi kualitas, pelayanan, dan harga (“qsp”) yang disebut juga “tiga elemen pelanggan” nilai meningkat seiring dengan meningkatnya kualitas dan pelayanan, dan sebaliknya menurun dengan seiringnya harga. Kepuasan mencerminkan penilaian tentang kinerja produk anggapan (hasil) dalam kaitannya dengan harapan. Jika kinerja produk tersebut tidak memenuhi harapan, pelanggan tersebut tidak puas dan kecewa dan sebaliknya jika kinerja produk sesuai dengan harapan, pelanggan tersebut puas.

Menurut Sutrisno (2010) kepuasan kerja adalah suatu sikap karyawan terhadap pekerjaan yang berhubungan dengan situasi kerja, kerjasama antar karyawan, imbalan yang diterima dalam kerja, dan hal-hal yang menyangkut faktor fisik dan psikologis. Adanya pemenuhan kepuasan akan mendorong individu-individu untuk menambah performa kerja sesuai dengan keinginan pemimpin dan manajer (Fathi, 2006). Kepuasan kerja juga dihubungkan negatif dengan

keluarnya karyawan (*turnover*) tetapi faktor-faktor lain seperti kondisi pasar kerja, kesempatan kerja alternatif, dan panjangnya masa kerja merupakan kendala yang penting untuk meninggalkan pekerjaan yang ada. Individu yang merasa terpuaskan dengan pekerjaannya cenderung untuk bertahan dalam organisasi. Sedangkan individu yang merasa kurang terpuaskan dengan pekerjaannya akan memilih untuk keluar dari organisasi (Robbins, 2001).

Peran manajer dapat dinilai dari kemampuannya dalam memotivasi dan meningkatkan kepuasan staf. Kepuasan kerja staf dapat dilihat dari terpenuhinya kebutuhan fisik dan psikis (Nursalam, 2002). Robbin (2001) menyatakan kepuasan kerja sebagai tingkat kesenangan yang dirasakan seseorang atas peranan dan pekerjaan dalam suatu organisasi.

Kotler, Bowen & Makens (1999) menyatakan ada dua arah hubungan antara kepuasan pelanggan dengan kepuasan karyawan yaitu ketika kepuasan pelanggan menurun maka kepuasan karyawan akan menurun dan sebaliknya jika kepuasan pelanggan meningkat maka kepuasan karyawan akan meningkat pula. Tercapainya kepuasan karyawan akan berdampak terhadap kelayakan karyawan.

#### 2.5.4 Dimensi Kepuasan Kerja dan Ketidakpuasan Kerja

Robbins & Judge (2008) menyatakan kepuasan kerja berhubungan dengan produktivitas. bila karyawan puas, maka karyawan akan produktif, berbicara secara positif tentang perusahaan/organisasi, membantu individu lain, dan melewati harapan normal dalam pekerjaan mereka. Selain itu karyawan yang puas mungkin lebih mudah berbuat lebih dalam pekerjaan mereka karena mereka ingin merespon pengalaman positif. Robbins (2001) menyatakan ketidakpuasan kerja dikaitkan dengan produktivitas, kemangkiran, dan *turnover*. Ketidakpuasan dapat dinyatakan dengan berbagai cara, seperti:

berhenti kerja, mengeluh, tidak patuh, mencuri milik organisasi, atau mengelak dari sebagian tanggung jawab kerja. Ada empat respon yang berbeda satu sama lain sepanjang dua dimensi konstruktif/destruktif dan aktif/pasif. Respon tersebut didefinisikan sebagai berikut:

- a. Eksit: perilaku mengarah untuk meninggalkan organisasi. Mencakup pencarian suatu posisi baru maupun meminta berhenti
- b. Suara (*voice*): dengan aktif maupun konstruktif mencoba memperbaiki kondisi. Mencakup saran perbaikan, membahas masalah dengan atasan
- c. Kesetiaan (*loyalty*): pasif tetapi optimis menunggu kondisi membaik. Mencakup berbicara membela organisasi menghadap kritik dari luar dan mempercayai organisasi dan manajemen untuk melakukan hal yang tepat
- d. Pengabaian (*neglect*): secara pasif membiarkan kondisi memburuk, termasuk kemangkiran, keterlambatan dan tingkat kekeliruan yang meningkat

#### 2.5.5 Indikator Kepuasan Kerja

Menurut Robbin (1996) indikator kepuasan kerja adalah kepuasan kerja sebagai respon emosional terhadap situasi kerja (kondisi kerja itu sendiri), hasil kerja yang diperoleh atau yang diharapkan (pendapatan, promosi) dan kepuasan kerja mempresentasikan beberapa sikap yang merupakan sumber kepuasan kerja (hubungan kerja dengan atasan, rekan kerja). Survei perawat tentang identifikasi sumber kepuasan mereka adalah rasa pencapaian, rekognisi, kesempatan kerja, tanggung jawab, pengembangan potensial, otonomi, otoritas, lingkungan kerja yang menyenangkan, jam kerja yang disepakati, dan staf yang adekuat sebagai pemuas (Tomey, 2009).

Berdasarkan *Nurses and Work satisfaction (IWS: Index Work Satisfaction): An Index for Measurement*; tingkat kepuasan perawat dibagi atas dua kelompok, yang pertama adalah: gaji, status profesional, dan otonomi. Kelompok yang

kedua adalah interaksi, tuntutan tugas, dan kebijakan organisasi (Stamps, 1997).

a. Gaji

Menurut Robbins (2001) gaji adalah sistem pembayaran yang adil berdasarkan tuntutan pekerjaan, tingkat keterampilan individu, dan standar pemberian gaji di komunitas

b. Status profesional

Pelayanan keperawatan profesional berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan yang selalu berubah sesuai dengan kemajuan jaman. Keperawatan sebagai profesi mempunyai karakteristik *body of knowledge*, berhubungan dengan nilai-nilai sosial, masa pendidikan, otonomi dan kode etik (Sumijatun, 2010)

c. Otonomi

Menurut Aiken, Sloane, & Lake (1997) dalam Zangaro & Soeken (2007) otonomi adalah area dimana perawat mempunyai kebebasan untuk bertindak sesuai dengan apa yang diketahui perawat. Otonomi dan kepuasan kerja seringkali menunjukkan hubungan yang positif dengan korelasi antara 0,18-0,86. Sitorus (2006) otonomi adalah kemampuan untuk menentukan sendiri atau kemampuan untuk mengatur diri sendiri.

d. Interaksi

Menurut Sumijatun (2010) dalam pelayanan kesehatan terjalin interaksi perawat-dokter-klien.

e. Tuntutan tugas

Menurut Stamps (1997) tuntutan tugas pada perawat di unit perawatan intensif diasumsikan lebih menimbulkan stres daripada di unit perawatan lainnya sehingga diasumsikan akan mempengaruhi tingkat kepuasan kerja perawat. Cronon & Stubs (1997) dalam Gillies (1994) pada penelitian terhadap staf perawat yang baru lulus mengatakan bahwa penyebab ketidakpuasan yang paling bermakna adalah tugas dengan banyaknya

tanggung jawab yang terlalu cepat, sehingga menyebabkan karyawan baru merasa bingung terhadap harapan-harapan dari atasan terhadap kinerjanya.

f. Kebijakan organisasi

Kebijakan berhubungan erat dengan tugas departemen dan unit, falsafah, tujuan dan rencana pelaksanaan. Kebijakan merupakan petunjuk dari manajemen puncak ke tingkat bawah dan juga berfungsi menyampaikan dan mempercepat pembuatan keputusan (Puspasari, 2003)

### 2.5.6 Model Kepuasan Kerja

Kreitner & Kinicki (2000) membagi lima model kepuasan kerja yang dominan dalam kasus yang berbeda dan sebagai berikut:

a. Pemenuhan kebutuhan (*Need Fulfillment*)

Model ini menyatakan bahwa kepuasan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan individu. Tidak terpenuhinya kebutuhan akan berdampak terhadap kepuasan dan *turnover*. Meskipun model ini mempunyai kontroversi yang besar, secara umum dapat diterima bahwa pemenuhan kebutuhan berkorelasi dengan kepuasan kerja

b. Ketidaksesuaian (*Discrepancies*)

Model ini menyatakan bahwa kepuasan merupakan hasil pemenuhan harapan individu. Pemenuhan harapan dapat berupa gaji/upah yang baik, kesempatan promosi, dan apa yang secara nyata individu terima. Ketika harapan lebih besar dari yang diterima maka individu akan tidak puas (*dissatisfied*). Secara kontras model ini memprediksikan individu akan puas ketika individu tersebut memperoleh *outcomes* diatas harapannya.

c. Pencapaian nilai (*Value attainment*)

Model ini menyatakan bahwa kepuasan dihasilkan dari persepsi bahwa pekerjaan adalah untuk memenuhi nilai kerja penting individu.

d. Keseimbangan (*Equity*)

Model ini menyatakan bahwa kepuasan adalah fungsi bagaimana diperlakukan secara adil di dalam kerja. Kepuasan dihasilkan dari persepsi bahwa *outcomes* kerja, input relatif, perbandingan hal yang menguntungkan dengan *outcomes/inputs* yang lain

e. Disposisional/komponen genetik (*Dispositional/Genetic Component*)

Model ini didasarkan pada kepercayaan bahwa kepuasan kerja adalah bagian fungsi perilaku personal/bawaan dan faktor genetik.

Model yang sering digunakan dalam pelayanan jasa adalah model Ketidaksesuaian (*Discrepancies*) dan Pemenuhan kebutuhan (*Need Fulfillment*).

#### 2.5.7 Faktor-faktor kepuasan kerja

Kepuasan kerja menyangkut usaha-usaha untuk meningkatkan efektivitas organisasi. Blum dalam As'ad (2001) menyatakan ada beberapa faktor yang memberikan kepuasan, yaitu:

- a. Faktor individual, meliputi umur, kesehatan, watak, dan harapan
- b. Faktor sosial, meliputi hubungan kekeluargaan, pandangan pekerja, kebebasan berpolitik, dan hubungan kemasyarakatan
- c. Faktor utama dalam pekerjaan meliputi upah, pengawasan, ketentraman kerja, kondisi kerja, dan kesempatan untuk maju, penghargaan terhadap kecakapan, hubungan sosial di dalam pekerjaan, ketepatan dalam menyelesaikan konflik antar manusia, perasaan diperlakukan adil.

#### 2.5.8 Ketidakpuasan Kerja

Tomey (2009) menyatakan ketidakpuasan kerja merupakan respon seseorang ketika hasil yang didapatkan tidak sesuai dengan harapan. Ketidakpuasan kerja (*job dissatisfaction*) ditunjukkan berkorelasi erat dengan kemangkiran



(*absenteeism*) dan *turnover*. Herzberg menyatakan pemuas (*satisfiers*) dan ketidakpemuasan (*dissatisfiers*) adalah saling eksklusif (*mutually exclusive*). Teori ini dikenal dengan teori dua faktor. Herzberg mengklasifikasikan pemuas sebagai motivator dan ketidakpemuasan sebagai faktor *hygiene*. Faktor kepuasan/motivator antaralain: perasaan pencapaian (*sense of achievement*), pengakuan pencapaian (*recognition for achievement*), pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab, adanya potensi pengembangan, dan kemungkinan untuk berkembang. Sedangkan faktor ketidakpuasan/*hygiene* seperti kondisi kerja, kebijakan, supervisi, hubungan interpersonal, gaji, status, dan keamanan kerja. Teori Maslow melihat pandangan penemuan Herzberg, Maslow menyarankan bahwa faktor *hygiene* dapat menjadi faktor motivator dan hanya ketika faktor *hygiene* terpuaskan oleh pemuas kerja.

Menurut Greenberg & Baron (2003) dampak dari ketidakpuasan kerja yang paling utama adalah ketidakhadiran (*absenteesism*) dan *turnover*. Ketika karyawan tidak puas dengan pekerjaannya, maka mereka akan mencari cara untuk mengurangi terpapar dari pekerjaannya (*employee withdrawal*), awalnya mulai sering absen (*absenteesism*) bahkan sampai keluar dari pekerjaannya (*turnover*). Ada beberapa saran yang dikemukakan para ilmuwan untuk meningkatkan kepuasan kerja dan mencegah terjadinya ketidakpuasan kerja yaitu: membuat pekerjaan tersebut menyenangkan, memberikan gaji karyawan secara adil, menempatkan karyawan secara tepat pada pekerjaan yang sesuai dengan minat karyawan dan menghindari kebosanan seperti pekerjaan yang berulang-ulang.

## 2.5.9 Alat Ukur Kepuasan Kerja

### 2.5.9.1 *Index Work satisfaction (IWS)*

*Index work satisfaction* dikembangkan oleh Stamp sejak tahun 1972 dan dipublikasikan tahun 1978. Dimensi yang diukur meliputi 6 komponen: gaji, otonomi, penugasan, kebijakan, status, dan interaksi. Kelompok pernyataan

ada 4 bagian. Bagian A (*paired comparisons*), terdiri dari 15 pernyataan dengan cara memilih salah satu yang lebih penting untuk setiap pasangan, bagian B terdiri dari 42 pernyataan dengan 7 rentang skala likert, bagian C terdapat 11 item pernyataan tentang keikatan terhadap organisasi dengan 7 rentang skala likert.

Penelitian yang sudah menggunakan alat ukur antara lain:

- a. Martin, P. A., et al (1990-1995) dalam Stamp (1997). *Properties of work satisfaction instrument: work satisfaction relationships with other research instruments*. Populasi penelitian 1200 perawat antara tahun 1990-1995. Faktor yang diukur: kepuasan kerja diukur dengan IWS; iklim organisasi diukur dengan instrument modifikasi Duxbury's; iklim praktik profesional diukur dengan instrument iklim praktik profesional oleh Miller's; otonomi profesional keperawatan diukur oleh skala aktivitas keperawatan Schutzenhofer; dan kepuasan komunikasi diukur dengan kuesioner modifikasi versi Down's and hazen's. Analisis regresi digunakan untuk menganalisa hubungan antara variabel . IWS menunjukkan hubungan yang diharapkan untuk melengkapi konsep tetapi berbeda secara jelas dari iklim praktek profesional ( $R^2=0.35$ ) dan otonomi ( $R^2=0,13$ ). Pengukuran internal konsistensi pada keseluruhan IWS dan 5 sub skala dari IWS didapatkan lebih puas (total skala  $\alpha=0.89$ , 5 sub skala 0.71-0.88). satu dari sub skala IWS, status profesional mendapat perhatian spesial karena internal konsistensinya rendah ( $\alpha=0.32$ )
- b. Allen, D. E., & Vitale-Nolen, R. A. (2005, Nov/Dec). *The Journal of Continuing Education in Nursing: Patient care delivery model improves nurse job satisfaction*. Penelitian secara kuantitatif untuk mengukur tingkat kepuasan perawat pelaksana sebelum dan setelah praktik proyek model asuhan keperawatan. Desain penelitian quasi-experimental. Metode dengan menggunakan *Index of Work Satisfaction* pada 70 registered

*nurses* (RN) yang di survey selama 3 tahun. Kepuasan perawat diukur berdasarkan indeks kepuasan kerja yang terdiri dari enam komponen. Enam komponen tersebut diurutkan berdasarkan kepuasan perawat di New Hampshire Hospital tempat dilakukan penelitian adalah interaksi, status profesional, otonomi (skor kepuasan tertinggi), kebijakan organisasi, penugasan dan gaji (skor kepuasan paling rendah). Nilai IWS 12.71 (n=32) pada awal survei, 13.81 (n=60) pada survei kedua dan 14.51 (n=57) pada survei ketiga. Nilai ini menyatakan peningkatan 14% pada keseluruhan tingkat kepuasan kerja. Analisis varians menunjukkan signifikan ( $p < 0,05$ ) pada semua komponen nilai mean di survei kedua dan ketiga.

- c. Puspasari (2003). Tesis UI: *Hubungan kepuasan kerja perawat dengan keikatan terhadap organisasi di RS Puri Cinere*. Penelitian ini adalah penelitian survei dengan desain *cross sectional* dengan jumlah sampel 119 perawat yang bekerja lebih dari 1 tahun. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner IWS. Hasil penelitian didapatkan 52,1% responden menyatakan tidak puas.
- d. Setiasih (2006). Tesis UI. Hubungan antara kepuasan kerja perawat dengan kepuasan klien di Rumah Sakit Husada Jakarta. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah sampel 92 perawat dan 138 klien. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner IWS terhadap perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepuasan kerja perawat dengan kebijakan organisasi mempunyai hubungan ( $r=0,169$  dan  $P=0,476$ ). Secara keseluruhan didapatkan kepuasan kerja perawat mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepuasan klien ( $r=0,519$  dan  $p=0,019$ )

### 2.5.9.2 *Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)*

Dikembangkan oleh *Industrial Relation Center of The University of Minnesota* tahun 1967. Alat ini digunakan secara luas dalam penelitian kepuasan kerja. MSQ dibagi dalam dua bentuk, yang pertama MSQ bentuk ringkas berisi 20 item pernyataan berdasarkan 5 rentang skala likert yang mengukur kepuasan kerja terhadap: penggunaan kemampuan, prestasi, aktivitas, pertumbuhan, wewenang, kompensasi, rekan kerja, kreativitas, kemandirian, nilai moral, kebijakan, pengakuan, keamanan, layanan sosial, status, pengawasan dan kondisi kerja. Bentuk MSQ yang kedua adalah bentuk panjang yang terdiri dari lima pernyataan dari 20 aspek kerja sehingga terdapat 100 item pernyataan berdasarkan 5 rentang skala likert. Penelitian yang sudah menggunakan alat ukur ini diantaranya “*The relationship of educational preparation, autonomy, and critical thinking to nursing job satisfaction*”.

### 2.5.10 Hubungan Kepuasan dengan Faktor Demografik

Karakteristik demografik dapat menolong menjelaskan penemuan atau hal-hal terkait di dalam konteks yang tidak dipahami. Pada beberapa situasi, Penelitian secara spesial di desain untuk mengeksplorasi efek beberapa variabel dalam tingkat kepuasan (Stamps, 1997). Variabel yang sering digunakan adalah:

#### a. Pendidikan

Persiapan pendidikan dalam keperawatan bervariasi dan ada perbedaan besar dalam perjalanan pendidikan yang bervariasi tersebut. Meskipun persiapan pendidikan bervariasi namun hal tersebut tidak bisa menjadi faktor dominan yang mempengaruhi kepuasan kerja.

#### b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan hal yang menarik karena kealamanian profesi perawat secara dominan adalah wanita.

c. Umur

Secara operasional bisa digunakan umur atau lama kerja. Sama seperti tingkat pendidikan hanya memberikan dampak yang sedikit terhadap tingkat kepuasan.

d. Lama kerja

Robbins (2001) menyatakan bahwa lama kerja mempengaruhi kepuasan kerja.

e. Status pernikahan

Robbins (2001) menyatakan bahwa karyawan yang sudah menikah cenderung mempunyai kepuasan kerja yang lebih dibandingkan dengan karyawan yang belum menikah. Hal ini di dukung oleh penelitian Setiasih (2006) yang menunjukkan bahwa status pernikahan mempengaruhi kepuasan kerja perawat

f. Status kepegawaian

Status kepegawaian adalah status seseorang dalam pekerjaannya. Penelitian Kolomboy (2009) status kepegawaian PNS memiliki kepuasan yang lebih tinggi dari status kepegawaian honor

## 2.6 Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

### 2.6.1 Pengertian Keperawatan Primer

Tujuan keberhasilan pemberian asuhan keperawatan termasuk kualitas yang tinggi dan biaya perawatan yang rendah dan tercapainya *outcomes* klinis pasien dan tingkat kepuasan pasien. Penetapan model atau sistem pemberian asuhan keperawatan tergantung identifikasi struktur organisasi, proses perawatan pasien, dan peran pemberi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan perawatan (Huber, 2010). Menurut Gillies (1994) keperawatan primer adalah sebuah metode asuhan keperawatan dengan karakteristik adanya ikatan kekuatan dan keberlanjutan antara pasien dengan satu perawat khusus yang bertanggungjawab terhadap perencanaan,

pengelolaan dan pengorganisasian asuhan keperawatan pasien mulai dari awal penyakitnya. Pada metode ini perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (PP). Motacki dan Burke (2011), Keperawatan primer merupakan pendekatan satu untuk satu perawatan pasien. Setiap pasien diberikan perawat spesifik yang bertanggung jawab selama 24jam untuk asuhan, implementasi, evaluasi, dan koordinasi perawatan selama dirawat di rumah sakit. Perawat primer bekerja bersama dengan perawat asosiet pada shift yang lain untuk mengkoordinasikan semua perawatan pasien dan keluarga. Perawat primer bertanggung jawab untuk perkembangan dan evaluasi rencana perawatan (renpra) pasien. Pengambilan keputusan didesentralisasikan dan diputuskan disamping tempat tidur pasien. Hal ini merupakan model fleksibel dan termasuk keanekaragaman keterampilan (*variety skill mixes*).

#### 2.6.2 Pengertian Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Hoffart dan Woods (1996), mendefinisikan Model Praktik Keperawatan Profesional sebagai suatu sistem yang meliputi struktur, proses, dan nilai profesional yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan dan mengatur lingkungan untuk menunjang asuhan keperawatan. Sebagai suatu model berarti sebuah ruang rawat dapat menjadi contoh dalam praktik keperawatan profesional di rumah sakit. Model ini sudah banyak dikembangkan di berbagai rumah sakit di luar negeri, salah satu diantaranya pada tahun 1973 di Beth Israel Hospital (Clifford & Horvath, 1990; Hoffart & Woods, 1996). Model ini berfokus pada hubungan *caring* antara klien/keluarga dan Perawat (Sitorus, 2006). Pada evaluasi pelaksanaan model didapatkan peningkatan kepuasan perawat dan kepuasan klien setelah model dilaksanakan (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Berdasarkan studi Mcglynn, K., Griffin, M. Q., Donahue, M., & Fitzpatrick, J. J. (2012) tentang "*Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the*

*professional practice model*” merupakan penelitian deskriptif dengan desain *cross sectional*, menggunakan jumlah sampel 101 perawat dari empat unit/ruangan. Hasil penelitian ini menghasilkan 55% *response rate* yang artinya perawat secara moderat puas dengan lingkungan praktek profesional tetapi secara keseluruhan mempunyai kepuasan kerja yang rendah. Ada signifikan negatif hubungan antara kepuasan kerja secara keseluruhan dan kepuasan di lingkungan praktik profesional ( $P < 0,0001$ ).

### 2.6.3 Tingkatan MPKP

Menurut Sitorus (2006), kategori MPKP dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat pendidikan Perawat Primer (PP) menjadi:

#### a. MPKP Pemula

Pada tingkat ini kategori pendidikannya PP masih DIII dan diharapkan nantinya PP mempunyai kemampuan sebagai SKP/Ners melalui kesempatan peningkatan pendidikan. Praktik keperawatan pada tingkat ini diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat pemula dengan metode asuhan pemberian asuhan keperawatan modifikasi keperawatan primer. Ketenagaan pada tingkat ini jumlah harus sesuai kebutuhan, SKp/Ners (1:25-30 klien), DIII Keperawatan sebagai perawat primer pemula, SPK/DIII keperawatan sebagai PA. Dokumentasi keperawatan mengacu standar rencana perawatan masalah aktual.

#### b. MPKP tingkat I

MPKP tingkat I, PP adalah SKp/Ners, agar PP dapat memberikan asuhan keperawatan berdasarkan ilmu dan teknologi diperlukan kemampuan seorang ners spesialis yang akan berperan sebagai *clinical care manager* (CCM). Praktik keperawatan pada tingkat ini diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I dengan metode asuhan pemberian asuhan keperawatan modifikasi keperawatan primer. Ketenagaan pada tingkat ini jumlah harus sesuai kebutuhan, Ners spesialis

(1:25-30 klien) sebagai CCM, SKp/Ners sebagai PP, DIII Keperawatan sebagai PA. Dokumentasi keperawatan mengacu standar rencana perawatan masalah aktual dan masalah risiko.

c. MPKP tingkat II

Praktik keperawatan pada tingkat ini diharapkan mampu memberikan modifikasi keperawatan primer/asuhan keperawatan profesional tingkat II. Metode pemberian asuhan keperawatan adalah manajemen kasus dan keperawatan. Jumlah ketenagaan sesuai kebutuhan, Ners spesialis: PP (1:1) Ners spesialis sebagai CCM, SKp/Ners sebagai PP, DIII keperawatan sebagai PA. Dokumentasi menggunakan *clinical pathway* dan standar rencana keperawatan. Pada MPKP tingkat II dibutuhkan minimal 1 orang CCM dengan kemampuan ners spesialis.

d. MPKP tingkat III

Praktik keperawatan diharapkan mampu memberikan modifikasi keperawatan primer/asuhan keperawatan profesional tingkat III. Metode pemberian asuhan keperawatan adalah manajemen kasus. jumlah tenaga sesuai kebutuhan, dokter keperawatan klinik sebagai konsultan, ners spesialis:PP (1:1) ners spesialis sebagai CCM, DIII keperawatan sebagai PA. Dokumentasi keperawatan menggunakan *clinical pathway*/standar rencana keperawatan. Pada MPKP tingkat II, perawat dengan kemampuan sebagai ners spesialis ditingkatkan menjadi dokter keperawatan, sehingga diharapkan perawat lebih banyak melakukan penelitian keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan sekaligus mengembangkan ilmu keperawatan.

#### 2.6.4 Sub sistem MPKP

Berdasarkan MPKP yang sudah dikembangkan di berbagai rumah sakit, Hoffart & Woods (1996) menyimpulkan bahwa MPKP terdiri dari lima komponen, yaitu:



### 1) Nilai Profesional

Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional didasarkan pada nilai profesional. Nilai profesional merupakan inti dari Model Praktik Keperawatan Profesional, yang meliputi: nilai intelektual, komitmen moral, otonomi, kendali dan tanggung gugat. Nilai intelektual didapatkan melalui pendidikan formal dan informal (Nuryandari, 2007). Keperawatan merupakan profesi yang didasarkan pada *caring*. *Caring* mengandung arti perhatian, tanggung jawab, dan ikhlas (Kozier & Erb, 1997). Perawat sebagai sebuah profesi, dalam menjalankan praktik keperawatan harus sesuai dengan kode etik keperawatan. Sumijatun (2010) menyatakan kode etik perawat adalah suatu pernyataan atau keyakinan yang mengungkapkan kepedulian moral, nilai dan tujuan keperawatan. Pada model ini, PP dan PA membangun kontrak dengan klien/keluarga yang merupakan awal dari penghargaan atas harkat dan martabat manusia. Hubungan itu akan terus dibina selama klien dirawat diruang rawat tersebut sehingga klien/keluarga menjadi mitra dalam memberi asuhan keperawatan.

### 2) Pendekatan manajemen

Pendekatan manajemen digunakan untuk mengelola sumber daya yang ada meliputi: ketenagaan, alat, fasilitas serta menetapkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Pada Model Praktik Keperawatan Profesional ini pendekatan manajemen tampak pada peran perawat primer (PP) sebagai pembuat keputusan untuk pasien sebagai manager asuhan klinik. Kepala ruang berperan sebagai fasilitator atau mentor (Sitorus & Panjaitan, 2011)

### 3) Sistem pemberian asuhan keperawatan

Sistem pemberian asuhan keperawatan (*care delivery system*) merupakan metode penugasan bagi tenaga perawat yang digunakan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien. Sistem atau metode

tersebut merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan populasi klien. Saat ini dikenal lima jenis metode pemberian asuhan keperawatan, yang terdiri dari: metode kasus, fungsional, tim, primer dan manajemen kasus. Pemberian asuhan keperawatan pada umumnya menggunakan metode keperawatan primer.

#### 4) Hubungan professional

Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) memungkinkan terjadinya hubungan profesional di antar perawat dan praktisi kesehatan lainnya. Hubungan ini dapat terjadi melalui sistem pendokumentasian keperawatan, operan tugas jaga, konferensi awal dan akhir, dan pembahasan kasus. Hubungan profesional dengan praktisi kesehatan lain dikenal dengan kolaborasi.

Hasil penelitian Badjo (2003) tentang kontribusi karakteristik perawat dan metoda keperawatan primer terhadap kolaborasi perawat primer dengan dokter dan klien di unit penyakit dalam dan bedah di P.K Sint Carolus Jakarta Pusat di dapatkan bahwa tidak ada kontribusi pelaksanaan kolaborasi perawat primer dengan dokter dan klien berbeda secara bermakna diantara perawat yang berpendidikan DIII Keperawatan dan S1 Keperawatan ( $p > 0,05\%$ ). Dari hasil penelitian tersebut disarankan agar perawat primer diberi penambahan pengetahuan dan pemahaman tentang otonomi dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan tindakan komprehensif sehingga kolaborasi perawat dan dokter dapat berjalan dengan baik.

Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Konferensi dilakukan setelah melakukan operan dinas, sore atau malam sesuai dengan jadwal dinas PP. Konferensi bertujuan untuk:

- a. Membahas masalah setiap klien berdasarkan rencana perawatan yang telah dibuat PP
- b. Menetapkan klien yang menjadi tanggung jawab masing-masing PA
- c. Membahas rencana tindakan keperawatan untuk setiap klien setiap harinya
- d. Mengidentifikasi tugas PA untuk setiap klien yang menjadi tanggung jawabnya.

5) Kompensasi dan penghargaan

Pada suatu layanan profesional, seseorang mempunyai hak atas kompensasi dan penghargaan. Kompensasi merupakan salah faktor yang dapat meningkatkan motivasi, pada Model Praktik Keperawatan Profesional karena masing-masing perawat mempunyai peran dan tugas yang jelas sehingga dapat dibuat klasifikasi yang obyektif sebagai dasar pemberian kompensasi dan penghargaan. Notoatmodjo, 2009 menyatakan dengan pemberian kompensasi yang memadai merupakan suatu penghargaan organisasi terhadap prestasi kerja para karyawannya, sehingga akan dapat mendorong perilaku-perilaku atau *performance* karyawan sesuai dengan yang diinginkan organisasi. Disamping itu kompensasi juga dapat mempengaruhi prestasi kerja, motivasi dan kepuasan kerja karyawan.

Menurut Sitorus (2006), berdasarkan tingkat perkembangan keperawatan di Indonesia untuk dapat menerapkan Model Praktik Keperawatan Profesional faktor ketenagaan harus dipertimbangkan, yang meliputi jenis tenaga berdasarkan kemampuan dan jumlah tenaga keperawatan.

1) Jenis Tenaga Keperawatan

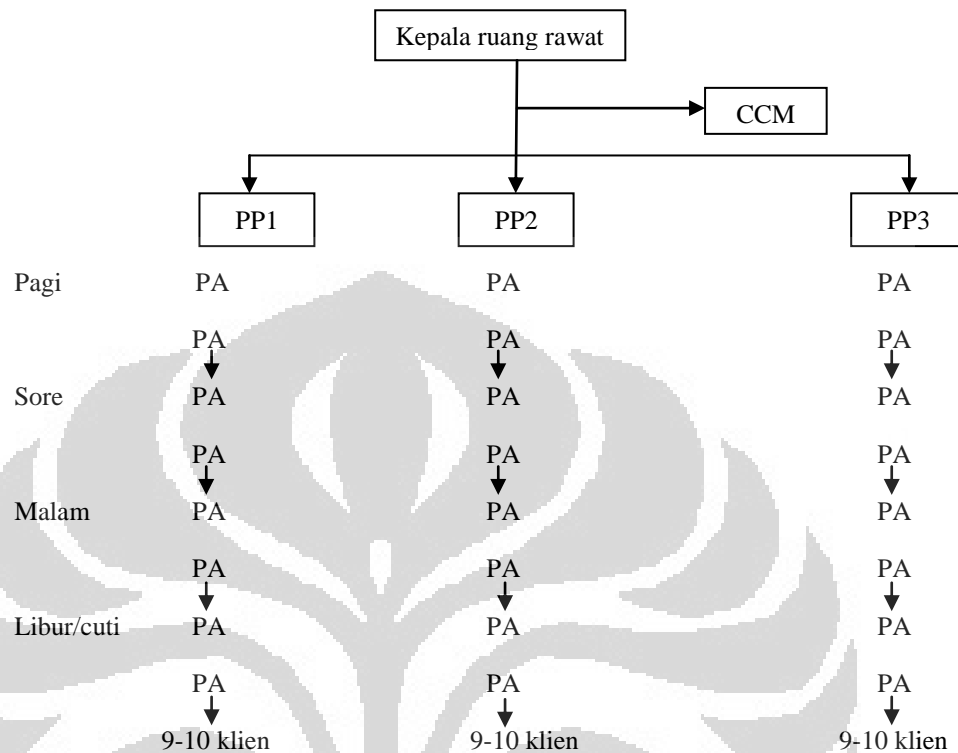
Masing-masing negara jenis tenaga keperawatannya berbeda-beda tergantung pada tingkat perkembangan profesionalisme keperawatan.

Adanya perbedaan jenis tenaga keperawatan diharapkan dapat dikembangkan berdasarkan pengertian bahwa keperawatan adalah suatu profesi yang mandiri (Kozier et al, 1997; chitty, 1997). Henderson (1980) dalam Sitorus (2006) menyatakan agar perawat yang praktik dipandang sebagai seorang ahli di bidangnya dan menggunakan pendekatan ilmiah untuk mengembangkan praktik keperawatan, perawat harus mengikuti pendidikan pada tingkat universitas.

Saat ini di Indonesia terdapat tiga jenis tenaga yang melakukan praktik keperawatan, yaitu lulusan sekolah perawat kesehatan (SPK), lulusan DIII keperawatan, dan sarjana keperawatan/ners. Lulusan DIII keperawatan disebut sebagai profesional pemula sedangkan sarjana keperawatan disebut sebagai perawat profesional. Menurut DepKes (2006) perawat profesional adalah seseorang yang lulus dari pendidikan tinggi keperawatan dan terakreditasi, terdiri dari ners generalis, ners spesialis dan ners konsultan. Perawat vokasional adalah seseorang yang telah lulus pendidikan Diploma III Keperawatan dan sekolah perawat kesehatan yang terakreditasi dan diakui oleh pejabat yang berwenang.

Pada ruangan MPKP, terdapat beberapa jenis tenaga yang memberikan asuhan keperawatan yaitu *clinical care manager* (CCM), perawat primer (PP), dan perawat asosiet (PA). Selain jenis tenaga tersebut terdapat kepala ruangan yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan keperawatan di ruang rawat tersebut. Peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam pemberian sistem asuhan keperawatan (Sitorus, 2006)

Gambar 2.1 Struktur ketenagaan keperawatan pada MPKP



## 2) Jumlah Tenaga Keperawatan

Pada suatu layanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan tergantung pada jumlah klien dan derajat ketergantungan klien terhadap perawatan. Menurut Douglas (1984, dalam Swansburg & Swansburg, 1999) membagi klasifikasi klien berdasarkan tingkat ketergantungan klien dengan menggunakan standar sebagai berikut :

- a. Kategori I : *self care*/perawatan mandiri, memerlukan waktu 1-2 jam/hari
  - a) kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
  - b) makanan dan minum dilakukan sendiri
  - c) ambulasi dengan pengawasan
  - d) observasi tanda-tanda vital setiap pergantian shift
  - e) pengobatan minimal dengan status psikologi stabil
  - f) perawatan luka sederhana.

- b. Kategori II : *Intermediate care*/perawatan partial, memerlukan waktu 3-4 jam/hari
  - a) kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
  - b) observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
  - c) ambulasi dibantu
  - d) pengobatan dengan injeksi
  - e) klien dengan kateter urin, pemasukan dan pengeluaran dicatat
  - f) klien dengan infus, dan klien dengan pleura pungsi.
  
- c. Kategori III : *Total care/Intensif care*, memerlukan waktu 5-6 jam/hari
  - a) semua kebutuhan klien dibantu
  - b) perubahan posisi setiap 2 jam dengan bantuan
  - c) observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam

Berdasarkan penelitian Huang, et al (2011) di Taiwan tentang "*The skill mix model: a preliminary study of changing nurse role functions in Taiwan*", desain *cross sectional* dengan kuesioner terstruktur, jumlah partisipan 38 perawat RN dari 3 ruang rawat dari 3 rumah sakit. Penelitian ini dilakukan atas dasar kekurangan jumlah tenaga keperawatan dan masalah ini sudah merupakan masalah yang mendunia. Hasil penelitian menyatakan perubahan persepsi perawat terhadap fungsi peran independen dan interdependen setelah implementasi *skill mix model*. Perubahan peran independen yang paling signifikan adalah fungsi edukator, supervisor perawatan klien, dan evaluator *outcomes* asuhan keperawatan. Perubahan peran interdependen yang signifikan adalah perawat sebagai integrator kerja keperawatan dan koordinator tim pelayanan kesehatan.

Pada MPKP digunakan metode modifikasi keperawatan primer, sehingga terdapat satu orang perawat profesional yang disebut perawat primer yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan pada

sekelompok pasien. Disamping itu, terdapat *Clinical Care Manager* (CCM) yang mengarahkan dan membimbing PP dalam memberikan asuhan keperawatan. CCM diharapkan akan menjadi peran ners spesialis pada masa yang akan datang.

#### 2.6.5 Tugas dan Tanggung Jawab Perawat dalam MPKP

Menurut Sitorus (2006) berikut tugas dan tanggung jawab masing-masing kepala ruangan, CCM, PP dan PA dalam ruangan MPKP.

- 1) Tugas dan tanggungjawab kepala ruangan
  - a. Mengatur jadwal dinas
  - b. Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah di ruangan
  - c. Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien dan keluarga dan tim kesehatan lain
  - d. Memeriksa kelengkapan persediaan status keperawatan
  - e. Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal implementasi MPKP
  - f. Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP dapat digantikan PA senior tetapi tetap dengan pengawasan CCM
  - g. Memantau dan mengevaluasi penampilan kinerja CCM, PP dan PA
  - h. Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan
  - i. Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan bersama CCM
  
- 2) Tugas dan tanggung jawab CCM
  - a. Membimbing PP pada implementasi MPKP, kegiatan yang dilakukan adalah:
    - a) Bersama dengan PP memvalidasi setiap diagnosis keperawatan yang sudah ditetapkan PP

- b) Memberikan masukan kepada PP dan memberikan pujian terkait dengan diagnosis keperawatan dan renpra yang telah dibuat
  - c) Bila pada dokumentasi belum ada renpra, maka bersama-sama PP menetapkan diagnosis dengan menggunakan standar renpra yang sudah disepakati bersama
  - d) Membahas tentang pembagian tugas PA bersama PP
  - e) Mengobservasi dan memberikan masukan kepada PP terkait dengan bimbingan yang diberikan PP terhadap PA
  - b. Memberi masukan pada diskusi kasus yang dilakukan PP dan PA
  - c. Mempresentasikan isu-isu baru terkait asuhan keperawatan
  - d. Mengidentifikasi fakta dan temuan yang memerlukan pembuktian
  - e. Mengidentifikasi masalah penelitian
  - f. Menerapkan hasil-hasil penelitian dalam asuhan keperawatan
  - g. Bekerjasama dengan kepala ruang dalam mengevaluasi mutu asuhan keperawatan dan mengevaluasi implementasi MPKP
  - h. Mengevaluasi pendidikan kesehatan yang dilakukan PP
  - i. Merancang pertemuan ilmiah untuk membahas hasil evaluasi asuhan keperawatan
- 3) Tugas dan tanggung jawab PP
- a. Melakukan kontrak klien dan keluarga pada awal masuk ruangan
  - b. Melakukan pengkajian terhadap pasien baru
  - c. Menetapkan rencanakan asuhan keperawatan berdasarkan analisis renpra sesuai dengan hasil pengkajian
  - d. Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggung jawabnya
  - e. Menetapkan PA yang bertanggungjawab pada setiap klien, setiap kali giliran jaga (shift). Pembagian berdasarkan jumlah klien, tingkat ketergantungan klien dan tempat tidur yang berdekatan



- f. Melakukan bimbingan dan evaluasi PA dalam melakukan tindakan keperawatan
  - g. Memonitor dokumentasi
  - h. Memantau dan memfasilitasi terlaksananya kegiatan PA
  - i. Melakukan tindakan keperawatan yang tidak bisa dilakukan oleh PA
  - j. Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan laboratorium
  - k. Melakukan kegiatan serah terima klien dibawah tanggung jawabnya bersama PA
  - l. Mendampingi dokter visite klien dibawah tanggung jawabnya. Bila tidak ada, visite didampingi oleh PA sesuai timnya
  - m. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari
  - n. Melakukan pertemuan dengan klien/keluarga minimal setiap 2 hari untuk membahas kondisi keperawatan klien (tergantung kondisi klien)
  - o. Bila PP cuti, tugas PP didelegasikan kepada PA yang telah ditunjuk dengan bimbingan kepala ruangan/CCM
  - p. Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien/keluarga
  - q. Membuat perencanaan pulang
  - r. Bekerjasama dengan CCM dalam mengidentifikasi isu yang memerlukan pembuktian sehingga tercipta *evidence based practice* (EBP)
- 4) Tugas dan tanggung jawab PA
- a. Membaca renpra yang telah ditetapkan PP
  - b. Membina hubungan terapeutik dengan klien/keluarga
  - c. Menerima klien baru dan orientasi klien/keluarga jika PP tidak ditempat
  - d. Melakukan tindakan keperawatan terhadap klien berdasarkan renpra

- e. Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikan pada tempat yang tersedia
- f. Mengikuti visite dokter bila PP tidak ditempat
- g. Memeriksa kerapian dan kelengkapan status keperawatan
- h. Membuat laporan pergantian dinas dan diparaf
- i. Mengkomunikasikan kepada PP/PJ dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan
- j. Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan, dan tindakan
- k. Berperan serta memberikan pendidikan kesehatan
- l. Melakukan inventarisasi fasilitas yang terkait dengan timnya
- m. Membantu tim lain yang membutuhkan
- n. Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga klien yang menjadi tanggung jawabnya dan berkoordinasi dengan PP

Nuryandari (2007) menetapkan uraian tugas yang berkaitan dengan hubungan profesional, yaitu:

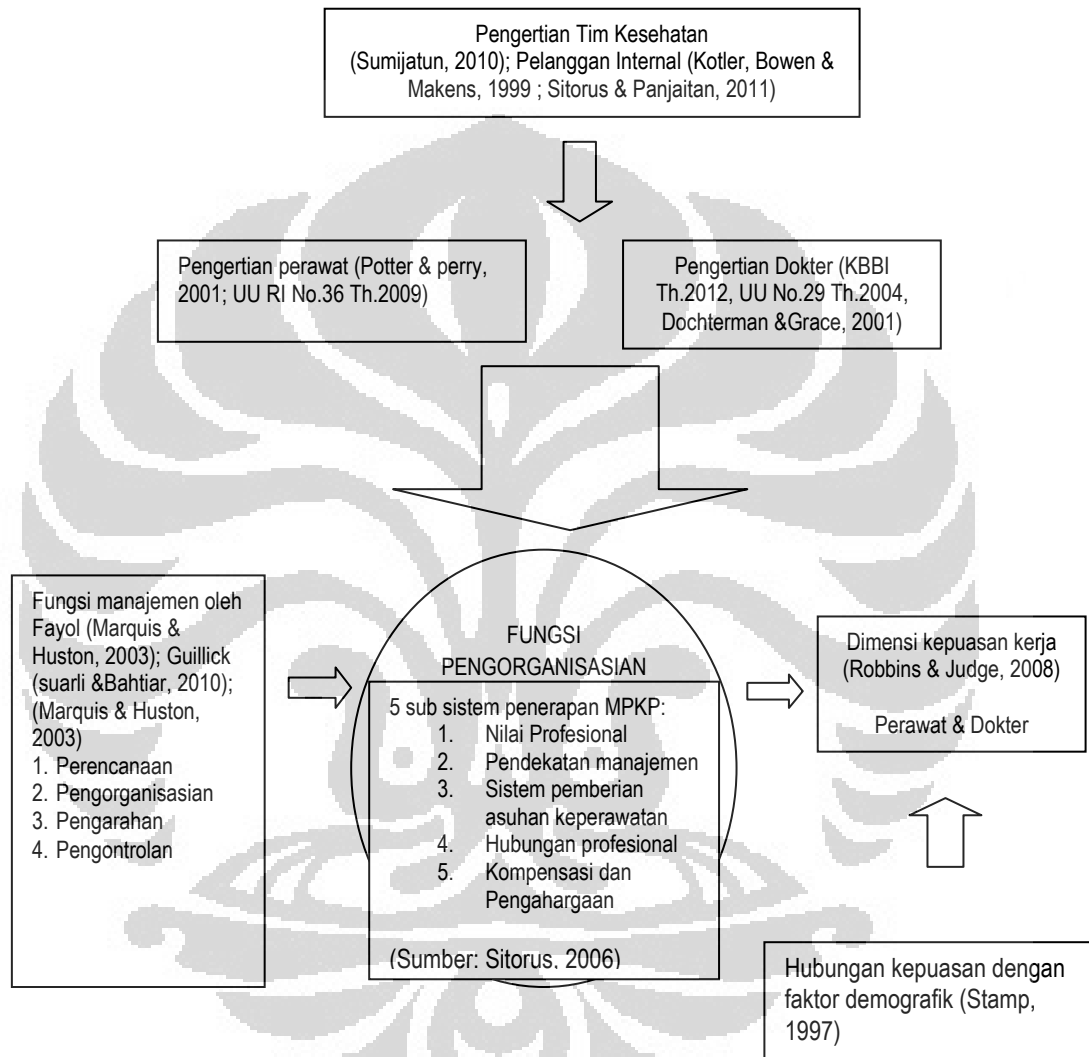
- 1) Hubungan profesional antara staf keperawatan dengan pasien/keluarga
  - a. Kepala ruang melakukan supervisi seluruh pasien yang ada di ruangan setiap awal tugas/pagi hari
  - b. PP dan PA mensupervisi seluruh pasien yang menjadi tanggung jawabnya segera setelah menerima operan tugas setiap pasien
  - c. PP menginformasikan setiap peraturan dan tata tertib RS yang berlaku kepada pasien/keluarga baru
  - d. PP memperkenalkan semua perawat yang ada dalam satu tim yang akan merawat selama pasien dirawat
  - e. PP/PA melakukan visite/monitoring pasien untuk mengetahui perkembangan/kondisi pasien

- f. PP memberikan penjelasan setiap rencana tindakan/program pengobatan yang akan dilakukan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya
  - g. Setiap akan melakukan tindakan keperawatan PP/PA memberikan penjelasan atas tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga
  - h. Kesiapan PP/PA menerima konsultasi/keluhan pasien/keluarga dan berusaha untuk mengatasinya
  - i. Pasien/keluarga mengetahui siapa PP/perawat yang bertanggung jawab selama ia dirawat dan ditulis pada setiap papan nama pasien
  - j. PP/PA memberitahu/mempersiapkan pasien yang akan pulang
- 2) Hubungan profesional antar staf keperawatan yang dapat menjamin asuhan keperawatan yang berkesinambungan
- a. Penyelia keperawatan mengadakan pertemuan rutin dengan kepala ruang minimal 1 kali/minggu
  - b. Kepala ruang mengadakan pertemuan rutin dengan seluruh staf keperawatan minimal 1 kali sebulan
  - c. Kepala ruang mengadakan pertemuan rutin 1 kali seminggu dengan PP
  - d. Kepala ruang mengadakan *meeting morning* setiap awal tugas
  - e. PP mengadakan *pre* dan *post conference* pada setiap awal dan akhir tugas jaga pagi
  - f. PP menerima serah terima tugas jaga dari PA yang tugas jaga sebelumnya
  - g. PP mendampingi serah terima tugas jaga antar PA pada tugas jaga berikutnya
  - h. PP melakukan dokumentasi asuhan keperawatan terutama dalam pengkajian, menetapkan diagnosis dan penyusunan renpra
  - i. PA melakukan dokumentasi asuhan keperawatan terutama dalam hal pelaksanaan dan evaluasi

- j. PP membuat laporan kepada CCM atau kepala ruangsetiap akhir tugas tentang keadaan pasien dan permasalahan yang ada
  - k. PP melakukan motivasi/bimbingan/pujian dan diskusi kasus dengan PA setiap hari
  - l. PA menggantikan tugas PP bila PP tidak ada
  - m. Penanggung jawab shift akan menggantikan tugas PP pada sore/malam/hari libur
- 3) Hubungan profesional/kemitraan antara staf keperawatan dengan dokter/tim kesehatan lain agar terjalin dengan baik
- a. PP/PA melakukan visite bersama dengan dokter/tim kesehatan lain yang merawat
  - b. PP melakukan diskusi kasus dengan dokter/tim kesehatan lain minimal 1 kali/minggu
  - c. Hubungan profesional /kemitraan dengan dokter/tim kesehatan lain tercermin dalam dokumentasi rekam medik
  - d. PP/PA segera memberikan data pasien yang akurat dengan cepat dan tepat kepada dokter dan tim kesehatan yang lain bila dibutuhkan
  - e. PP/PA menggunakan rekam medik sebagai sarana hubungan profesional dalam rangka pelaksanaan kolaborasi
  - f. Dokter/tim kesehatan lain menggunakan rekam keperawatan sebagai sarana hubungan profesional dalam rangka pelaksanaan program kolaborasi
  - g. Dokter/tim kesehatan lain mengetahui setiap pasien siapa PP nya
  - h. PP memfasilitasi pelaksanaan konsultasi pasien/keluarga dengan dokter/tim kesehatan lain

## Skema 2.1 Kerangka teori

### Hubungan Penerapan MPKP dengan Tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruangan MPKP di RSPGI Cikini Jakarta



### **BAB 3** **KERANGKA KONSEP,** **HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL**

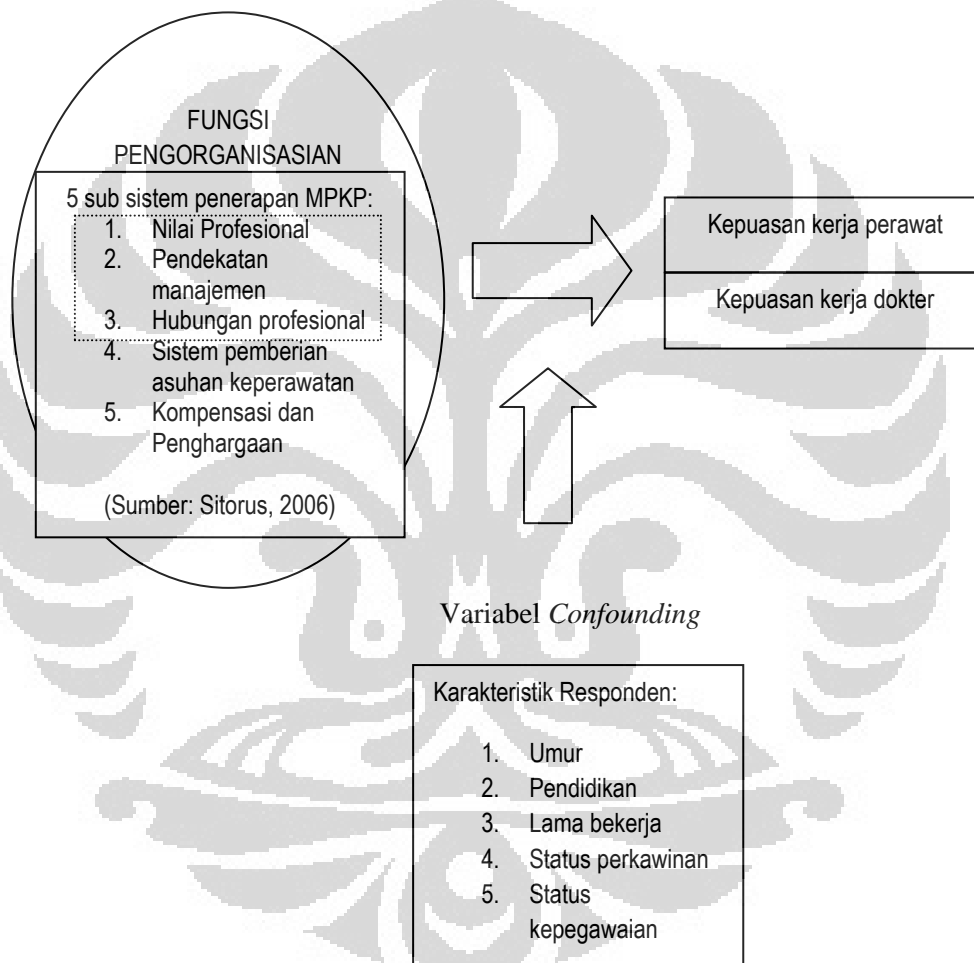
#### **3.1 Kerangka Konsep**

Berdasarkan tinjauan kepustakaan dan metode penelitian yang akan digunakan, maka dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut: Fungsi Manajemen (Marquis & Huston, 2003). Variabel independen (bebas) sub sistem penerapan MPKP yang dikembangkan oleh Hoffart & Woods (1996) dalam Sitorus (2006) yang terdiri dari 5 sub sistem, yaitu: nilai profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional, kompensasi dan penghargaan. Sub sistem penerapan MPKP Perawat dalam penelitian ini mencakup 5 subsistem MPKP sedangkan sub sistem penerapan MPKP Dokter dalam penelitian ini mencakup 3 sub sistem, yaitu: nilai profesional, pendekatan manajemen, dan hubungan profesional. Variabel dependen (terikat) yaitu kepuasan kerja perawat dan kepuasan kerja dokter berdasarkan berdasarkan modifikasi IWS yang dikembangkan oleh Stamp (1997) terdiri dari 6 komponen, meliputi: gaji, status profesional, otonomi, interaksi, tuntutan tugas, dan kebijakan organisasi. Elemen kepuasan kerja perawat dalam penelitian ini mencakup 6 komponen IWS sedangkan elemen kepuasan kerja dokter dalam penelitian ini mencakup 3 komponen IWS yaitu: status profesional, interaksi, dan kebijakan organisasi. Variabel *confounding* dalam penelitian ini karakteristik responden terdiri dari umur, pendidikan, status pernikahan, status kepegawaian & lama bekerja (Stamp, 1997). Kerangka konsep penelitian akan digambarkan pada skema dibawah ini:

Skema 3.1  
Kerangka Konsep Penelitian  
Hubungan Penerapan MPKP dengan Tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan  
Dokter pada ruangan MPKP di RS PGI Cikini Jakarta

**Variabel Independen**

**Variabel Dependen**



Ket:  area elemen sub sistem penerapan MPKP dokter

## 3.2 Hipotesis

Dalam penelitian ini ada dua hipotesis yang dipakai yaitu hipotesis mayor dan hipotesis minor.

### 3.2.1 Hipotesis mayor

3.2.1.1 Ada hubungan penerapan MPKP dengan tingkat kepuasan kerja perawat pada ruangan MPKP di RS PGI Cikini Jakarta

3.2.1.2 Ada hubungan penerapan MPKP dengan tingkat kepuasan kerja dokter pada ruangan MPKP di RS PGI Cikini Jakarta

### 3.2.2 Hipotesis minor

3.2.2.1 Ada hubungan karakteristik perawat meliputi: umur, pendidikan, status perkawinan, lama bekerja dan status kepegawaian dalam hubungan penerapan MPKP meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional, dan kompensasi dan penghargaan dengan tingkat kepuasan kerja perawat di ruang MPKP RS PGI Cikini Jakarta

3.2.2.2 Ada hubungan karakteristik dokter meliputi: umur, pendidikan, status perkawinan, lama bekerja dan status kepegawaian dalam hubungan penerapan MPKP meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, dan hubungan profesional dengan tingkat kepuasan kerja dokter di ruang MPKP RS PGI Cikini Jakarta

3.2.2.3 Ada hubungan gambaran penerapan MPKP meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional, dan kompensasi dan penghargaan dengan tingkat kepuasan kerja perawat di ruang MPKP RS PGI Cikini Jakarta

3.2.2.4 Ada hubungan gambaran penerapan MPKP meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, dan hubungan profesional tingkat kepuasan kerja dokter di ruang MPKP RS PGI Cikini Jakarta

3.2.2.5 Ada hubungan faktor yang paling dominan variabel lima sub sistem penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja perawat



### 3.2.2.6 Ada hubungan faktor yang paling dominan tiga variabel sub sistem penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja dokter

## 3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Independen</b>				
1. Penerapan MPKP untuk Perawat meliputi Sub sistem MPKP, yaitu: profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional, dan kompensasi dan penghargaan	Persepsi perawat terhadap penerapan MPKP meliputi nilai profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional, dan kompensasi dan penghargaan yang selama ini terlaksana.	Kuesioner B tentang penerapan MPKP untuk perawat terdiri dari 40 item berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah adalah 40, Nilai tertinggi adalah 160  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Mean: Penerapan Kurang baik (nilai < 133,10) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 133,10) = 1	Ordinal
1) Nilai profesional	sikap dan kebebasan perawat terhadap tindakan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan	Penerapan MPKP perawat terhadap nilai profesional. Terdiri dari 9 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah 9, Nilai tertinggi 36  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Median: Penerapan Kurang baik (nilai < 32,00) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 32,00) = 1	Ordinal
2) Pendekatan manajemen	Pembuat keputusan untuk klien adalah PP sebagai manajer asuhan klinik dan kepala ruangan sebagai fasilitator	Penerapan MPKP perawat terhadap pendekatan manajemen. Terdiri dari 8 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah 8, Nilai tertinggi 32  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Median: Penerapan Kurang baik (nilai < 26,00) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 26,00) = 1	Ordinal

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Independen</b>				
3) <b>Sistem pemberian asuhan keperawatan</b>	Perawat Primer (PP) dan ketua tim sebagai penanggung jawab pemberian asuhan keperawatan baik DIII Keperawatan maupun S1 Keperawatan	Penerapan MPKP perawat terhadap sistem pemberian asuhan keperawatan. Terdiri dari 9 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah 9, Nilai tertinggi 36  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Median: Penerapan Kurang baik (nilai <29,00) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 29,00) = 1	Ordinal
4) <b>Hubungan profesional</b>	Hubungan antar tim keperawatan, kolaborasi perawat dengan dokter dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien	Penerapan MPKP perawat terhadap hubungan profesional. Terdiri dari 8 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah 8, Nilai tertinggi 32  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Median: Penerapan Kurang baik (nilai < 29,00) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 29,00) = 1	Ordinal
5) <b>Kompensasi dan penghargaan</b>	Penghargaan berupa finansial sesuai dengan tugas dan tanggung jawab CCM, PP, PA dan pujian, program pelatihan dan kesempatan melanjutkan pendidikan	Penerapan MPKP perawat terhadap kompensasi dan penghargaan. Terdiri dari 6 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah 6, Nilai tertinggi 24  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Median; Penerapan Kurang baik (nilai <17,00) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 17,00) = 1	Ordinal
2. <b>Penerapan MPKP untuk Dokter meliputi Sub sistem MPKP, yaitu: nilai profesional, pendekatan manajemen, dan hubungan</b>	Persepsi dokter terhadap penerapan MPKP meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, dan hubungan profesional	Kuesioner B tentang penerapan MPKP untuk dokter terdiri dari 15 item berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J)	Nilai terendah adalah 15, Nilai tertinggi adalah 60  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Median:	Ordinal

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Independen</b>				
<b>profesional</b>		1=Tidak Pernah (TP)	Penerapan Kurang baik (nilai <40,00) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 40,00) = 1	
1) <b>Nilai profesional</b>	sikap dan kebebasan dokter terhadap tindakan asuhan medis klien	Penerapan MPKP dokter terhadap nilai profesional. Terdiri dari 4 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah adalah 4, Nilai tertinggi adalah 16  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Mean: Penerapan Kurang baik (nilai <11,03) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 11,03) = 1	Ordinal
2) <b>Pendekatan manajemen</b>	Pembuat keputusan untuk klien adalah PP sebagai manajer asuhan klinik dan fasilitator terhadap dokter dalam kolaborasi dibantu kepala ruangan sebagai fasilitator	Penerapan MPKP dokter terhadap pendekatan manajemen. Terdiri dari 5 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah adalah 5, Nilai tertinggi adalah 20  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Mean: Penerapan Kurang baik (nilai <13,61) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 13,61) = 1	Ordinal
3) <b>Hubungan profesional</b>	Hubungan antar tim keperawatan, kolaborasi dokter dengan perawat	Penerapan MPKP dokter terhadap hubungan profesional. Terdiri dari 6 item pernyataan berbentuk pernyataan positif dan tertutup dengan kategori: 4= Selalu (SL) 3= Sering (S) 2=Jarang (J) 1=Tidak Pernah (TP)	Nilai terendah adalah 6, Nilai tertinggi adalah 24  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Mean: Penerapan Kurang baik (nilai <15,95) = 0 Penerapan Baik (nilai ≥ 15,95) = 1	Ordinal
<b>Variabel Dependen</b>				
1. <b>Kepuasan kerja perawat, berdasarkan modifikasi <i>Index work Satisfaction</i>, meliputi: gaji, status profesional, status profesional,</b>	Harapan dan kenyataan yang dipersepsikan oleh perawat tentang kepuasan kerja meliputi: gaji, status profesional, otonomi, interaksi, tuntutan tugas, dan	Kusioner C tentang kepuasan kerja perawat terhadap penerapan MPKP terdiri dari 40 item pernyataan positif dan negatif serta tertutup dengan kategori:	Nilai terendah 40, Nilai tertinggi 160  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai	Ordinal

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Independen</b>				
otonomi, interaksi, tuntutan tugas, dan kebijakan organisasi.	kebijakan organisasi	1=Sangat Tidak Puas (STP) /Sangat Tidak Setuju (STS) 2=Tidak Puas (TP) /Tidak Setuju (TS) 3= Puas (P)/Setuju (S) 4= Sangat Puas (SP)/ Sangat Setuju (SS)	Median: Kepuasan Kurang baik (nilai < 107,00) = 0 Kepuasan Baik (nilai ≥ 107,00) = 1	
2. Kepuasan dokter berdasarkan <i>Index work Satisfaction</i> , meliputi: status profesional, interaksi, dan kebijakan organisasi.	Harapan dan kenyataan yang dipersepsikan oleh dokter tentang kepuasan kerja meliputi: status profesional, interaksi, dan kebijakan organisasi.	Kusioner C tentang kepuasan dokter terhadap penerapan MPKP terdiri dari 15 item pernyataan positif dan negatif serta tertutup dengan kategori: 1=Sangat Tidak Puas (STP) /Sangat Tidak Setuju (STS) 2=Tidak Puas (TP) /Tidak Setuju (TS) 3= Puas (P)/Setuju (S) 4= Sangat Puas (SP)/ Sangat Setuju (SS)	Nilai terendah 15, Nilai tertinggi 60  Untuk analisis univariat, data dikategorisasikan dengan <i>cut of point</i> berdasarkan nilai Median: Kepuasan Kurang baik (nilai < 42,29) = 0 Kepuasan Baik (nilai ≥ 42,29) = 1	Ordinal
<b>Variabel Confounding</b>				
<b>KARAKTERISTIK PERAWAT, meliputi:</b>				
1. Umur	Usia perawat di hitung sejak lahir sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner A tentang identitas/karakteristik responden dengan pernyataan terbuka dan diisi langsung oleh responden Kuesioner A	Kategorisasi tingkatan umur berdasarkan umur responden yang termuda dan tertua (panjang kelas): 1. 20-29 tahun = 1 2. 30-39 tahun = 2 3. 40- 49 tahun = 3 4. 50-59 tahun = 4	Ordinal
2. Pendidikan	pendidikan formal terakhir yang diperoleh	Kuesioner A	Kategorisasi tingkat pendidikan: 1. SPK =1 2. DIII keperawatan = 2 3. S1 Keperawatan =3	Ordinal
3. Status Perkawinan	Status perkawinan yang pernah dialami oleh perawat	Kuesioner A	Belum menikah=0 Sudah menikah=1	Ordinal

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Independen</b>				
4. Lama Bekerja	Lama kerja perawat di RS PGI Cikini Jakarta sejak bulan dan tahun pertamakali bekerja sampai bulan dan tahun terakhir saat ini	Kuesioner A	Kategorisasi lama bekerja: 1. 1-5 tahun = 1 2. 6-10 tahun = 2 3. 11-20 tahun = 3 4. > 20 tahun = 4	Ordinal
5. Status Kepegawaian	Pegawai tetap adalah perawat yang telah diangkat atau mendapat SK Direktur RS sebagai pegawai tetap Pegawai kontrak adalah perawat yang masih terikat kontrak kerja dengan RS dalam jangka waktu yang telah ditentukan baik kontrak dalam jangka 1 tahun.	Kuesioner A	Pegawai tetap=1 Kontrak=2  Data dikategorisasikan berdasarkan status kepegawaian perawat yang ada di RS PGI Cikini Jakarta	Ordinal
<b>KARAKTERISTIK DOKTER.</b> <b>Meliputi:</b>	Usia dokter di hitung sejak lahir sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner A tentang identitas/karakteristik responden dengan pernyataan terbuka dan diisi langsung oleh responden	Kategorisasi tingkatan umur: 1. 25-34 tahun = 1 2. 35-44 tahun = 2 3. 45- 54 tahun = 3	Ordinal
1. Umur				
2. Pendidikan	pendidikan formal terakhir yang diperoleh	kuesioner A	Kategorisasi tingkat pendidikan: 1. Dokter Umum 2. Dokter spesialis dan Dokter sub spesialis	Ordinal
3. Status Perkawinan	Status perkawinan yang pernah dialami oleh perawat	Kuesioner A	Belum menikah=0 Sudah menikah=1	Ordinal
4. Lama Bekerja	Lama kerja dokter di RS PGI Cikini Jakarta sejak bulan dan tahun pertamakali bekerja sampai bulan dan tahun terakhir saat ini	Kuesioner A	Kategorisasi lama bekerja: 1. 1-5 tahun = 1 2. 6-10 tahun = 2 3. 11-20 tahun = 3 4. > 20 tahun = 4	Ordinal
5. Status Kepegawaian	Dokter tidak tetap terdiri dari dokter tamu, dokter kontrak dan dokter jaga. dokter tidak tetap adalah	Kuesioner A	Dokter tetap=1 Dokter tidak tetap= 2  Data dikategorisasikan	Ordinal

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen	<p>dokter tamu yang merupakan dokter luar yang turut memberikan pelayanan di RS dan Dokter Kontrak yang merupakan dokter yang masih terikat kontrak kerja dengan RS dalam jangka waktu yang telah ditentukan baik kontrak dalam jangka 1 tahun. Dokter jaga merupakan bagian dari dokter kontrak dan dokter tetap.</p> <p>Dokter tetap adalah dokter yang telah diangkat atau mendapat SK Direktur RS sebagai pegawai tetap</p>		berdasarkan status kepegawaian dokter yang ada di RS PGI Cikini Jakarta	

## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

### **4.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional yaitu penelitian yang bersifat menghubungkan dua variabel atau lebih dengan menggunakan pendekatan secara *Cross-sectional* (Sedarmayanti & Hidayat, 2011). Pendekatan *Cross-sectional* melibatkan pengumpulan data pada satu titik waktu (Polit & Beck, 2004) dan menggunakan metode survey. Berdasarkan kerangka konsep yang digunakan, variabel independen (bebas) dalam penelitian ini adalah 5 sub sistem penerapan MPKP yaitu: nilai profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional dan kompensasi dan penghargaan dan variabel dependennya (terikat) yaitu kepuasan kerja perawat dan kepuasan kerja dokter berdasarkan modifikasi *Indeks Work Satisfaction*.

### **4.2. Populasi Dan Sampel**

Menurut Arikunto (2006) populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu dalam satu penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah Perawat dan Dokter ruang rawat inap ruangan MPKP pemula di RS PGI Cikini Jakarta. Berdasarkan data bidang keperawatan RS PGI Cikini Jakarta Februari 2012 populasi perawat di RS PGI Cikini Jakarta saat ini adalah 402 perawat dan jumlah populasi perawat di ruang rawat inap MPKP Pemula adalah 275 orang dengan ruang rawat inapnya ada 14 ruang yaitu: Unit stroke (US), C, D, E, F (ICU Anak), VIP M, G, VIP A, H, M2, M3, K, L, dan ICU Dewasa, sedangkan jumlah dokter sebanyak 155 orang.

Sampel adalah bagian elemen dari populasi (Polit & Beck, 2004). Menurut Isaac dan Michael (Sugiyono, 2011), rumus untuk menghitung ukuran sampel dari populasi yang diketahui jumlahnya berdasarkan proporsi adalah sebagai berikut:

$$S = \frac{\lambda^2 NPQ}{d^2(N-1) + \lambda^2 PQ} \quad (4.1)$$

S = jumlah sampel

N = ukuran populasi

$\lambda^2$  = dengan dk=1, taraf kesalahan 5% (1,96)

P = Q = 0,5

d = 0,05 (untuk perawat)

d = 0,10 (untuk dokter)

Penghitungan besar sampel perawat adalah sebagai berikut:

$$S = \frac{(1,96) \times 275 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2(274) + 1,96 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$S = \frac{134,75}{1,175}$$

$$S = 114,6$$

$$S = 115$$

Penghitungan besar sampel dokter adalah sebagai berikut:

$$S = \frac{(1,96) \times 155 \times 0,5 \times 0,5}{(0,10)^2(154) + 1,96 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$S = \frac{75,95}{2,03}$$

$$S = 37,4$$

$$S = 38$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka perkiraan jumlah sampel dari populasi 275 perawat rawat inap dengan taraf kesalahan 5% didapatkan adalah 115 responden perawat dan 38 responden dokter.



Penarikan sampel perawat dan dokter dengan *simple random sampling*, yaitu pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi tersebut. Penarikan anggota sampel per ruangan dengan menggunakan undian (Sugiyono, 2011).

Proporsi jumlah sampel setelah dilakukan perhitungan untuk masing-masing ruangan (Prasetyo & Jannah, 2010) yaitu:

$$\frac{\text{Jumlah populasi diruangan}}{\text{Jumlah total populasi di ruang rawat inap}} \times \text{jumlah total sampel} \quad (4.2)$$

Dari rumus diatas, didapatkan penjabarannya dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.1 Populasi dan jumlah sampel perawat per ruangan

No	Ruang Perawatan	Populasi	Jumlah sampel
1	Unit Stroke (US)	18	7
2	C	16	7
3	D	18	7
4	E	16	7
5	F (ICU A)	25	11
6	VIP M	15	6
7	G	16	7
8	VIP A	18	7
9	H	22	9
10	M2	21	9
11	M3	18	7
12	K	30	13
13	L	21	9
14	ICU D	21	9
<b>Jumlah total</b>		<b>275</b>	<b>115</b>

Kriteria inklusi untuk perawat dalam penelitian ini adalah:

1. Bersedia menjadi responden
2. Pengalaman kerja > 6 bulan

Kriteria eksklusi untuk perawat dalam penelitian ini adalah:

1. Perawat sedang cuti saat pelaksanaan penelitian
2. Perawat sakit saat pelaksanaan penelitian

Tabel 4.2 Populasi dan jumlah sampel dokter per status dokter

No	Status Dokter	Populasi	Rencana Jumlah Sampel	jumlah Sampel Penelitian
1	Dokter Tetap	50	13	25
2	Dokter tidak tetap (dokter tamu, dokter kontrak, dokter jaga)	105	25	13
<b>Jumlah Total</b>		155	38	38

Rencana jumlah sampel dokter berdasarkan proporsi status kepegawaian terjadi perubahan karena sulitnya menemukan waktu dokter tidak tetap sehingga jumlah sampel proporsi menjadi berubah. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.2.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian pada populasi dan terjangkau akan diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Kriteria inklusi untuk dokter dalam penelitian ini adalah:

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Tidak sedang cuti

#### 4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di semua ruang MPKP Pemula RS PGI Cikini Jakarta, yaitu ruang rawat inapnya ada 14 ruang yaitu: Unit stroke (US), C, D, E, F (ICU Anak), VIP M, G, VIP A, H, M2, M3, K, L, dan ICU Dewasa.

#### 4.4. Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan mulai dari uji coba kuesioner sampai pengumpulan data dari tanggal 1 Mei - 13 Juni 2012.

#### 4.5. Etika Penelitian

Penelitian ini telah dinyatakan lolos kaji etik oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari rumah sakit, Peneliti memberikan penjelasan tentang rencana dan tujuan penelitian baik secara lisan maupun tertulis kepada responden. Responden yang berpartisipasi diminta bentuk tanda persetujuan (*informed consent*) dalam penelitian serta menandatangani lembar persetujuan tersebut. Pada lembar penjelasan penelitian dijelaskan tujuan penelitian, cara mengisi kuesioner, dan jaminan kerahasiaan dengan tidak perlu mencantumkan identitas (*anonimity*), hanya tanda tangan. Keterlibatan responden dalam penelitian akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti sehingga diharapkan responden bebas menentukan pilihan jawaban secara jujur (*privacy*), dan tidak berdampak pada pekerjaan responden (*confidentiality*), serta jika dalam pengumpulan data responden merasa tidak nyaman maka responden berhak untuk untuk mengundurkan diri tanpa tekanan dalam penelitian ini (*self determination*), lembar identitas kuesioner yang tidak di tandatangi oleh responden dianggap gugur atau mengundurkan diri, namun setelah peneliti cek semua lembar kuesioner tidak ada responden yang menyatakan mengundurkan diri ditandai dengan semua lembaran kuesioner identitas responden ada tanda tangan.

#### 4.6. Alat Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini menggunakan instrumen adalah tentang:

- 4.6.1 Kuesioner A untuk karakteristik responden sebagai variabel *confounding* penelitian yang terdiri dari umur, status pernikahan, lama bekerja dan status kepegawaian antara dokter dan perawat pada lembaran yang berbeda secara terpisah.
- 4.6.2 Kuesioner B untuk penerapan MPKP yang terdiri dari 5 sub sistem MPKP, meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional dan kompensasi dan penghargaan dengan jumlah pernyataan untuk perawat sebanyak 52 item setelah dilakukan uji coba di RSUD UKI Jakarta pada tanggal 1 - 15 Mei 2012, jumlah sampel sebanyak 19 perawat menjadi 40 item yang valid dengan nilai validitas ( $r = 0,463 - 0,837$ ) dan nilai realibilitas 0,970 dan diantara 12 item yang tidak valid itu ( $r < r$  tabel) penjabarannya adalah 1 item nilai profesional, 2 item pendekatan manajemen, 2 item sistem pemberian asuhan keperawatan, 5 item hubungan profesional dan 2 item kompensasi dan penghargaan. Pertimbangan pemilihan tempat karena RSUD UKI Jakarta mempunyai kesamaan karakteristik dengan RS PGI Cikini Jakarta yang menerapkan MPKP Pemula dan merupakan rumah sakit tipe B. Uji coba kuesioner untuk dokter dengan jumlah sampel 15 orang terdiri dari 18 item pernyataan meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen dan hubungan profesional setelah di ujicoba menjadi 15 pertanyaan yang valid dengan nilai validitas ( $r = 0,514 - 0,913$ ) dan nilai realibilitas 0,951 dan diantara 3 item yang tidak valid itu ( $r < r$  tabel) penjabarannya adalah 2 item nilai profesional dan 1 item dari hubungan profesional. Semua pernyataan yang valid mewakili dalam setiap sub variabel dan setelah konsultasi dengan pembimbing, peneliti memutuskan membuang item yang tidak valid. Skala pengukuran yang digunakan dalam kuesioner penerapan MPKP pemula ini menggunakan skala likert dengan rentang 1-4 (selalu/4, sering/3, jarang/2 dan tidak pernah/1). Kuesioner penerapan MPKP

dikembangkan peneliti berdasarkan teori Sitorus (2006) dan Nuryandari (2007). Berikut adalah kisi-kisi kuesioner item valid penerapan MPKP pemula untuk Perawat dan Dokter.

Tabel 4.3 kisi-kisi kuesioner Penerapan MPKP Pemula terhadap Perawat

No.	Sub variabel komponen MPKP	$\Sigma$	Nomor pernyataan positif
1.	Nilai profesional	9	semua pernyataan positif
2.	Pendekatan manajemen	8	semua pernyataan positif
3.	Sistem pemberian asuhan keperawatan	9	semua pernyataan positif
4.	Hubungan profesional	8	semua pernyataan positif
5.	Kompensasi dan penghargaan	6	semua pernyataan positif
<b>Jumlah</b>		<b>40</b>	<b>semua pernyataan positif</b>

Tabel 4.4 kisi-kisi kuesioner Penerapan MPKP Pemula terhadap Dokter

No.	Sub variabel komponen MPKP	$\Sigma$	Nomor pernyataan positif
1.	Nilai profesional	4	semua pernyataan positif
2.	Pendekatan manajemen	5	semua pernyataan positif
3.	Hubungan profesional	6	semua pernyataan positif
<b>Jumlah</b>		<b>15</b>	<b>semua pernyataan positif</b>

- 4.6.3 Kuesioner C untuk kepuasan kerja perawat dan dokter dengan menggunakan modifikasi *Index Work Satisfaction*, berisi 50 item pernyataan untuk perawat yang merupakan penjabaran dari keenam komponen kepuasan kerja yaitu gaji, otonomi, tuntutan tugas, kebijakan organisasi, interaksi dan status profesional. Setelah uji coba dilakukan menjadi 40 item valid dengan nilai validitas ( $r = 0,464 - 0,841$ ) dan nilai realibilitas  $0,970$  dan diantara 10 item yang tidak valid itu ( $r < r$  tabel) penjabarannya adalah 3 item gaji, 1 item otonomi, 1 item tuntutan tugas, dan 3 item interaksi. Kuesioner untuk dokter berisi 20 item pernyataan merupakan penjabaran dari tiga komponen kepuasan kerja meliputi: kebijakan organisasi, interaksi dan status profesional. Setelah dilakukan ujicoba menjadi 15 item valid dengan nilai validitas  $r = (0,554 - 0,$

935) dan nilai realibilitas 0,965 dan diantara 5 item yang tidak valid itu ( $r < r$  tabel) penjabarannya adalah 2 item kebijakan organisasi, 1 item interaksi dan 2 item status profesional. Semua pernyataan yang valid mewakili dalam setiap sub variabel dan setelah konsul dengan pembimbing, peneliti memutuskan membuang item yang tidak valid. Kuesioner ini menggunakan skala likert dengan rentang 1-4 (1/sangat tidak puas (sangat tidak setuju), 2/tidak puas (tidak setuju), 3/puas (setuju), 4/sangat puas (sangat setuju), pernyataan berbentuk pernyataan positif dan negatif dengan kisi-kisi item pernyataan sebagai berikut:

Tabel 4.5 Kisi-kisi kuesioner kepuasan kerja perawat terhadap penerapan MPKP Pemula

No	sub variabel indek kepuasan kerja/IWS	$\Sigma$	Nomor item pernyataan positif	Nomor item pernyataan negatif
1.	Gaji	7	2,4,5,6,7	1,3
2.	Otonomi	6	8,10,12,	9,11,13
3.	Tuntutan tugas	6	17,18,19	14,15,16
4.	Kebijakan organisasi	7	22,23,24,25	20,21,26
5.	Interaksi	7	28,29,31	27,30,32,33
6.	Status profesional	7	35,37,39	34,36,38,40
	<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>19</b>

Tabel 4.6 Kisi-kisi kuesioner kepuasan kerja dokter terhadap penerapan MPKP Pemula

No	sub variabel indek kepuasan kerja/IWS	$\Sigma$	Nomor item pernyataan positif	Nomor item pernyataan negatif
1.	Kebijakan organisasi	5	1,3,	2,4,5
2.	Interaksi	6	7,8,11	6,9,10
3.	Status profesional	4	13,14,15	12
	<b>Jumlah</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

Jumlah sampel dalam uji validitas minimal 30 responden (Sugiyono, 2011). Sebelum pengisian, dilakukan penjelasan mengenai isi dan cara pengisian

kuesioner baik secara lisan maupun tulisan dalam bentuk petunjuk pengisian pada lembar kuesioner.

Pengujian instrument dilakukan untuk mengukur validitas dan realibilitas instrument. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur yang diukur (Sugiyono, 2011). Pengujian validitas dengan menggunakan uji korelasi Person ( $r$ ), yaitu mengkorelasikan nilai  $r$  hasil tiap item pernyataan dengan  $r$  tabel. Nilai  $r$  hasil dilihat pada kolom *corrected item-total correlation* dan  $r$  tabel dilihat pada tingkat kemaknaan 5%. Apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka  $H_0$  ditolak, yang artinya item pernyataan tersebut valid, sebaliknya jika  $r$  hitung  $<$  dari  $r$  tabel maka  $H_0$  gagal ditolak, yang artinya pernyataan tersebut tidak valid (Hastono, 2007). Item pernyataan yang tidak valid selanjutnya akan diubah atau dihilangkan.

Uji realibilitas adalah instrument yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Uji realibilitas instrument diukur dengan menggunakan *Alpha - Cronbach* yaitu, dengan membandingkan  $r$  alpha dengan  $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel dapat dilihat pada tabel  $r$ , jika  $r$  alpha  $>$   $r$  tabel menunjukkan bahwa pernyataan tersebut *reliabel* begitu pula sebaliknya (Hastono, 2007). Menurut Stamp (1997) koefisien *Alpha-Cronbach* berkisar antara 0,696-0,900 dengan koefisien secara keseluruhan 0,85. Nilai ini dapat diterima dan mempunyai hubungan skala statistik yang kuat. Berdasarkan penelitian Puspasari (2003) tentang hubungan kepuasan kerja perawat dengan keikatan terhadap organisasi di RS Puri Cinere didapatkan *Alpha- Cronbach*  $>$  0,444 data dikatakan valid.

## 4.7. Prosedur Pengumpulan data

### 4.7.1 Prosedur Administratif

Penelitian diawali dengan adanya ijin lulus uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk memastikan bahwa penelitian yang akan dilakukan tidak melanggar etika penelitian yang di keluarkan pada tanggal 19 April 2012, dilanjutkan permohonan ijin untuk uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian ke RS UKI Jakarta yang ijinnya keluar pada tanggal 26 April dan menyatakan bisa mulai melakukan uji instrumen pada tanggal 1 Mei 2012. Langkah selanjutnya, yaitu pengajuan ijin penelitian ke RS PGI Cikini Jakarta.

### 4.7.2 Prosedur Teknis

Pada tahap ini peneliti melakukan koordinasi dengan Diklat dan Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Instalasi Rawat Inap RS PGI Cikini Jakarta tentang persiapan pelaksanaan penelitian. Peneliti menggunakan 14 kolektor data yaitu 14 kepala ruangan yang membantu secara teknis dalam penyebaran dan pengumpulan kuesioner. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan latar belakang, tujuan dan manfaat penelitian kepada kepala ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta. Kemudian, kepala ruangan memberikan penjelasan mengenai maksud, tujuan dan manfaat penelitian kepada perawat pelaksana dan dokter, selanjutnya responden menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang telah diberikan oleh peneliti melalui kepala ruangan. Pengumpulan data dilakukan selama 2 minggu dan pengecekan dilakukan setiap kali kuesioner dikembalikan ke peneliti. Pengecekan dimaksud bertujuan untuk melakukan pengecekan ulang apakah kuuesioner masih ada yang belum diisi untuk kemudian dilakukan validasi.



## 4.8. Pengolahan Data

Menurut Hastono (2007) Pengolahan data dilakukan berdasarkan empat tahapan pengolahan data, yaitu:

### 4.8.1 *Editing*

Pada tahap ini peneliti memeriksa ulang isian formulir atau kuesioner kelengkapan jawaban, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden agar dapat diolah dengan baik.

### 4.8.2 *Coding*

Setelah seluruh data terkumpul dan digabungkan selanjutnya dilakukan pengkodean dan klasifikasi data berdasarkan kategori yang sudah ditentukan/ konversi ke dalam bentuk angka.

### 4.8.3 *Processing*

Selanjutnya dilakukan entri data ke program komputer dari semua kuesioner yang telah diberi kode.

### 4.8.4 *Cleaning*

Peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam komputer untuk memastikan data telah bersih dari kesalahan baik pada waktu pemberian kode maupun pembersihan skor data dan memastikan tidak ditemukan *missing data*.

## 4.9. Analisis Data

Pertama, analisis univariat untuk menganalisa setiap variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan statistik deskriptif. Tujuan analisis ini untuk mendapatkan gambaran tentang sebaran (distribusi frekuensi), tendensi sentral (rata-rata, proporsi, median, modus) dan variasi data (range, varian, standar deviasi) dari masing-masing variabel.

Kedua, analisis data secara bivariat yaitu analisis data untuk melihat variabel independen (lima sub sistem penerapan MPKP: Nilai profesional, Pendekatan manajemen, Sistem pemberian asuhan keperawatan, Hubungan profesional,

Kompensasi dan penghargaan) dan dependen (kepuasan kerja perawat dan kepuasan kerja dokter). Uji yang digunakan adalah uji *Chi-square* dengan nilai kepercayaan yang digunakan adalah 95% atau batas kemaknaan 0,05%. Hipotesis nol ( $H_0$ ) dalam penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara penerapan MPKP dengan kepuasan kerja perawat dan kepuasan kerja dokter di RS PGI Cikini Jakarta. Bila  $p\text{ value} < 0.05$  berarti  $H_0$  ditolak, artinya ada hubungan antara penerapan MPKP dan kepuasan kerja perawat dan kepuasan kerja dokter di RS PGI Cikini Jakarta. Sebaliknya, jika nilai  $p\text{ value} > 0,05$  berarti  $H_0$  gagal ditolak, artinya tidak ada hubungan antara penerapan MPKP dan kepuasan kerja perawat dan kepuasan kerja dokter di RS PGI Cikini Jakarta (Hastono & Sabri, 2010).

Ketiga, analisis multivariat ditentukan oleh variabel terikat. Apabila variabel terikat adalah variabel kategorik, digunakan analisis regresi logistik. Apabila variabel terikatnya adalah variabel numerik, digunakan regresi linier. Variabel terikat pada penelitian ini adalah kepuasan kerja perawat dan dokter yang merupakan variabel kategorik maka analisis multivariatnya adalah analisis regresi logistik. Tujuan analisis multivariat adalah untuk mengetahui variabel independen yang paling signifikan mempunyai hubungan dengan variabel dependen.

## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menggambarkan hasil penelitian yang terdiri dari karakteristik perawat, karakteristik dokter, gambaran penerapan MPKP Pemula terhadap perawat dan dokter, gambaran kepuasan perawat dan dokter terhadap penerapan MPKP Pemula dan hubungan penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja perawat dan dokter pada ruangan MPKP pemula di RS PGI Cikini Jakarta. Interpretasi analisis univariat, bivariat dan multivariat. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 6 Juni-13 Juni 2012.

### 5.1 Analisis Univariat

#### 5.1.1 Karakteristik Perawat

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden perawat  
di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012

No	karakteristik perawat	Tingkatan	Jumlah	Persentase
1.	Umur	20-29 tahun	40	34,8
		30-39 tahun	42	36,5
		40- 49 tahun	17	14,8
		50-59 tahun	16	13,9
		Total	115	100,0
2.	Pendidikan	SPK	12	10,4
		DIII	98	85,2
		S1	5	4,3
		Total	115	100,0
3.	Lama kerja	1-5 tahun	33	28,7
		6-10 tahun	26	22,6
		11-20 tahun	33	28,7
		> 20 tahun	23	20,0
		Total	115	100,0
4.	Status Perkawinan	Belum kawin	47	40,9
		Kawin	68	59,1
		Total	115	100,0
5.	Status kepegawaian	Pegawai Tetap	106	92,2
		Kontrak	9	7,8
		Total	115	100,0

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa umur responden berada pada usia produktif yaitu pada usia 20-29 tahun (40%) dan 30-39 tahun (42%). Karakteristik perawat berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas berpendidikan DIII Keperawatan. Hal ini bermakna bahwa antara responden yang memiliki pengalaman kerja 1-5 tahun yang dengan pengalaman kerja 11-20 tahun seimbang. Karakteristik perawat berdasarkan tingkat status perkawinan sebagian besar dengan status kawin dan karakteristik perawat berdasarkan tingkat status kepegawaian mayoritas adalah pegawai tetap.

### 5.1.2 Karakteristik Dokter

Tabel 5.2 Distribusi responden dokter di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012

No	karakteristik dokter	Tingkatan	Jumlah	Persentase
1.	umur	25-34 tahun	12	31,6
		35-44 tahun	13	34,2
		45- 54 tahun	13	34,2
		Total	38	100,0
2.	pendidikan	Dokter Umum	16	42,1
		Dokter Spesialis	22	57,9
		Total	38	100,0
3.	lama kerja	<5 tahun	13	34,2
		6-10 tahun	7	18,4
		11-20 tahun	12	31,6
		> 20 tahun	6	15,8
		Total	38	100,0
4.	status perkawinan	Belum kawin	10	26,3
		Kawin	28	73,7
		Total	38	100,0
5.	status kepegawaian	Dokter Tetap	25	65,8
		Dokter Tidak tetap	13	34,2
		Total	38	100,0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa umur responden berada pada usia produktif yaitu pada usia 35-44 tahun (34,2%). Karakteristik dokter berdasarkan tingkat pendidikan

mayoritas adalah dokter spesialis. Berdasarkan lama kerja responden memiliki masa kerja yang paling banyak kurang dari lima tahun 34,2% dan 11- 20 tahun 31,6 %. Karakteristik dokter berdasarkan tingkat status perkawinan sebagian besar dengan status kawin. Karakteristik dokter berdasarkan tingkat status kepegawaian mayoritas adalah dokter tetap.

Tabel 5.3 Penerapan MPKP Pemula dan kepuasan perawat dalam penerapan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1.	<b>Nilai Profesional</b>	115	100,0
	a. Kurang baik	50	43,5
	b. Baik	65	56,5
2.	<b>Pendekatan Manajemen</b>	115	100,0
	a. Kurang baik	57	49,6
	b. Baik	58	50,4
3.	<b>Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan</b>	115	100,0
	a. Kurang baik	53	46,1
	b. Baik	62	53,9
4.	<b>Hubungan Profesional</b>	115	100,0
	a. Kurang baik	45	39,1
	b. Baik	70	60,9
5.	<b>Kompensasi dan Penghargaan</b>	115	100,0
	a. Kurang baik	46	40,0
	b. Baik	69	60,0
6.	<b>Penerapan MPKP</b>	115	100,0
	a. Kurang baik	51	44,3
	b. Baik	64	55,7
7.	<b>Kepuasan Perawat</b>	115	100,0
	a. Kurang puas	58	50,4
	b. Puas	57	49,6

Tabel diatas menunjukkan bahwa diantara subvariabel MPKP Pemula terhadap perawat yang paling besar menyatakan penerapan baik adalah subvariabel hubungan profesional 60,9% dan nilai profesional 56,5%. Penerapan MPKP Pemula secara

keseluruhan dengan kategori baik 55,7%, sedangkan tingkat kepuasan perawat secara keseluruhan akan penerapan MPKP Pemula belum tampak perbedaan yang signifikan antara yang puas dengan yang tidak puas.

Tabel 5.4 Penerapan MPKP Pemula oleh dokter di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1.	<b>Nilai Profesional</b>	38	100,0
	a. Kurang baik	25	65,8
	b. Baik	13	34,2
2.	<b>Pendekatan Manajemen</b>	38	100,0
	a. Kurang baik	20	52,6
	b. Baik	18	47,4
3.	<b>Hubungan Profesional</b>	38	100,0
	a. Kurang baik	20	52,6
	b. Baik	18	47,4
4.	<b>Penerapan MPKP</b>	38	100,0
	a. Kurang baik	21	55,3
	b. Baik	17	44,7
5.	<b>Kepuasan Dokter</b>	38	100,0
	a. Kurang puas	24	63,2
	b. Puas	14	36,8

Tabel diatas menunjukkan bahwa diantara subvariabel MPKP Pemula terhadap dokter pada setiap sub variabel dengan kategori baik berada pada rentang prosentase 34,2%-44,7%.

## 5.2 Analisis Bivariat

### 5.2.1 Perawat

#### 5.2.1.1 Hubungan kelompok umur dengan kepuasan perawat

Tabel 5.5 Hubungan kelompok umur dengan kepuasan perawat

Kelompok umur	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
20-29thn	22	55,0	18	45,0	40	100,0	1	0,017
30-39thn	26	61,9	16	38,1	46	100,0	0,7 (0,3-1,8)	
40-49thn	3	17,6	14	82,4	17	100,0	5,7 (1,4-23,0)	
50-59thn	7	43,8	9	56,3	16	100,0	1,6 (0,5-5,0)	
<b>Jumlah</b>	58	50,4	57	49,6	115	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kelompok umur dengan kategori tingkat kepuasan puas didapatkan 9 (56,3%) perawat yang kelompok umurnya 50-59 tahun menyatakan puas, 14 (82,4%) perawat yang kelompok umurnya 40-49 tahun menyatakan puas, 16 (38,1%) perawat yang kelompok umurnya 30-39 tahun menyatakan puas sedangkan diantara perawat yang kelompok umurnya 20-29 tahun ada 18 orang (45%) yang menyatakan puas. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,017$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi tingkat kepuasan antara perawat kelompok umur 50-59, 40-49, 30-39 tahun dan perawat kelompok umur 20-29 tahun (ada hubungan signifikan antara kategori kelompok umur perawat dengan tingkat kepuasan). Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 1,6 ;5,7 ; 0,7 artinya perawat kelompok umur 50-59 tahun mempunyai peluang 1,6 kali; perawat kelompok umur 40-49 tahun mempunyai peluang 5,7 kali; dan perawat kelompok umur 30-39 tahun mempunyai peluang 0,7 kali lebih puas dibandingkan perawat dengan kelompok umur 20-29 tahun.

### 5.2.1.2 Hubungan pendidikan formal terakhir dengan kepuasan perawat

Tabel 5.6 Hubungan pendidikan formal terakhir dengan kepuasan perawat

pendidikan formal	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
SPK	7	58,3	5	41,7	12	100,0	1	0,769
DIII	49	50,0	49	50,0	98	100,0	1,4 (0,4-4,7)	
S1	2	40,0	3	60,0	5	100,0	2,1 (0,3-17,5)	
<b>Jumlah</b>	<b>58</b>	<b>50,4</b>	<b>57</b>	<b>49,6</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>		

Interpretasi analisa data dari tabel diatas didapatkan 49 (50%) perawat yang pendidikannya DIII menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang pendidikannya SPK ada 5 orang (41,7%) yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,769$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.6.

### 5.2.1.3 Hubungan lama kerja dengan kepuasan perawat

Tabel 5.7 Hubungan lama kerja dengan kepuasan perawat

Lama kerja	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
≤ 5 thn	18	54,5	15	45,5	33	100,0	1	0,048
6-10 thn	18	69,2	8	30,8	26	100,0	0,5 (0,2-1,5)	
11-20 thn	15	45,5	18	54,5	33	100,0	1,4 (0,5-3,8)	
≥21 thn	7	30,4	16	69,6	23	100,0	2,7 (0,9-8,4)	
<b>Jumlah</b>	<b>58</b>	<b>50,4</b>	<b>57</b>	<b>49,6</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis hubungan antara lama kerja dengan kategori tingkat kepuasan puas didapatkan 16 (69,6%) perawat yang lama kerja  $\geq 21$  tahun menyatakan puas, 18 (54,5%) perawat yang lama kerja 11-20 tahun menyatakan puas, 8 (30,8%) perawat



yang lama kerja 6-10 tahun menyatakan puas sedangkan diantara perawat yang lama kerja  $\leq 5$  tahun ada 15 orang (45,5%) yang menyatakan puas. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,048$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi tingkat kepuasan antara perawat yang lama kerja  $\geq 21$  tahun, 11-20 tahun, 6-10 tahun dan perawat yang lama kerja  $\leq 5$  tahun (ada hubungan signifikan antara kategori lama kerja dengan tingkat kepuasan). Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 2,7; 1,4; 0,5, artinya perawat yang lama kerja  $\geq 21$  tahun mempunyai peluang 2,7 kali; perawat yang lama kerja 11-20 tahun mempunyai peluang 1,4 kali; perawat yang lama kerja 6-10 tahun mempunyai peluang 0,5 kali lebih puas dibandingkan perawat dengan yang lama kerja  $\leq 5$  tahun.

#### 5.2.1.4 Hubungan status perkawinan dengan kepuasan perawat

Tabel 5.8 Hubungan status perkawinan dengan kepuasan perawat

Status perkawinan	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
Belum kawin	27	57,4	20	42,6	47	100,0	1	0,289
Kawin	31	45,6	37	54,4	68	100,0	1,6 (0,7-3,4)	
<b>Jumlah</b>	<b>58</b>	<b>50,4</b>	<b>57</b>	<b>49,6</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 37(54,4%) perawat yang status perkawinannya kawin menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang status perkawinannya belum kawin ada 20 (42,6%) yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,289$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.8.

## 5.2.1.5 Hubungan status kepegawaian dengan kepuasan perawat

Tabel 5.9 Hubungan status kepegawaian dengan kepuasan perawat

Status pegawai	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
pegawai tetap	53	50,0	53	50,0	106	100,0	1	1,000
Kontrak	5	55,6	4	44,4	9	100,0	0,8 (0,2-3,1)	
<b>Jumlah</b>	<b>58</b>	<b>50,4</b>	<b>57</b>	<b>49,6</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis hubungan antara status pegawai dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 4(44,4%) perawat yang status pegawainya kontrak menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang status pegawainya pegawai tetap ada 53 (50%) yang menyatakan puas, namun perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna ( $p=1,000$ ).

## 5.2.1.6 Hubungan nilai profesional dengan kepuasan perawat

Tabel 5.10 Hubungan nilai profesional dengan kepuasan perawat

nilai profesional	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
kurang baik	30	60,0	20	40,0	50	100,0	1	0,107
baik	28	43,1	37	56,9	65	100,0	1,9 (0,9-4,1)	
<b>Jumlah</b>	<b>58</b>	<b>50,4</b>	<b>57</b>	<b>49,6</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis hubungan antara nilai profesional dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 37 (56,9%) perawat yang nilai profesionalnya baik menyatakan puas, sedangkan diantara perawat nilai profesionalnya kurang ada 20 orang (40%) yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,107$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.18.

## 5.2.1.7 Hubungan pendekatan manajemen dengan kepuasan perawat

Tabel 5.11 Hubungan pendekatan manajemen dengan kepuasan perawat

pendekatan manajemen	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
<b>kurang baik</b>	38	66,7	19	33,3	57	100,0	1	0,001
<b>baik</b>	20	34,5	38	65,5	58	100,0	3,8 (1,7-8,22)	
<b>Jumlah</b>	58	50,4	57	49,6	115	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kategori pendekatan manajemen dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 38 (65,5%) perawat yang kategori pendekatan manajemen baik menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang kategori pendekatan manajemen kurang baik ada 19 (33,3%) yang menyatakan puas. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,001$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi tingkat kepuasan antara perawat yang pendekatan manajemen kategori baik dan kurang baik (ada hubungan yang signifikan antara kategori pendekatan manajemen dengan tingkat kepuasan). Dari hasil analisis diperoleh nilai  $OR=3,800$ , artinya perawat yang pendekatan manajemen baik mempunyai peluang 3,8 kali lebih puas dibanding dengan perawat yang pendekatan manajemen kurang baik.

## 5.2.1.8 Hubungan sistem pemberian asuhan keperawatan dengan kepuasan perawat

Tabel 5.12 Sistem pemberian asuhan keperawatan dengan kepuasan perawat

sistem pemberian askep	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
<b>kurang baik</b>	31	58,5	22	41,5	53	100,0	1	0,158
<b>baik</b>	27	43,5	35	56,5	62	100,0	1,8 (0,8-3,8)	
<b>Jumlah</b>	58	50,4	57	49,6	115	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kategori sistem pemberian asuhan keperawatan dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 35 (56,5%) perawat yang kategori sistem pemberian asuhan keperawatan baik menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang kategori sistem pemberian asuhan keperawatan kurang baik ada 22 (41,5%) perawat yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,158$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.12.

#### 5.2.1.9 Hubungan profesional dengan kepuasan perawat

Tabel 5.13 Hubungan profesional dengan kepuasan perawat

hubungan profesional	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
<b>kurang baik</b>	31	68,9	14	31,1	45	100,0	1	0,003
<b>baik</b>	27	38,6	43	61,4	70	100,0	3,5 (1,5-7,7)	
<b>Jumlah</b>	58	50,4	57	49,6	115	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kategori hubungan profesional dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 43 (61,4%) perawat yang kategori hubungan profesional baik menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang kategori hubungan profesional kurang baik ada 14 orang (31,1%) yang menyatakan puas. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,003$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi tingkat kepuasan antara perawat yang hubungan profesional kategori baik dan kurang baik (ada hubungan yang signifikan antara kategori hubungan profesional dengan tingkat kepuasan). Dari hasil analisis diperoleh nilai  $OR=3,526$ , artinya perawat yang hubungan profesional baik mempunyai peluang 3,5 kali lebih puas dibanding dengan perawat yang hubungan profesional kurang baik.

## 5.2.1.10 Hubungan kompensasi dan penghargaan dengan kepuasan perawat

Tabel 5.14 Hubungan kompensasi dan penghargaan dengan kepuasan perawat

kompensasi dan penghargaan	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%			n	%
<b>kurang baik</b>	26	56,5	20	43,5	46	100,0	1	0,381
<b>baik</b>	32	46,4	37	53,6	69	100,0	1,5 (0,7-3,1)	
<b>Jumlah</b>	58	50,4	57	49,6	115	100,0		

Hasil analisis hubungan antara hubungan kompensasi dan penghargaan dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 37 (53,6%) perawat yang kompensasi dan penghargaan baik menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang kompensasi dan penghargaan kurang ada 20 orang (43,5%) yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,381$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.14.

## 5.2.1.11 Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan kepuasan perawat

Tabel 5.15 Hubungan penerapan MPKP Pemula dengan kepuasan perawat

Penerapan MPKP Pemula	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%			n	%
<b>kurang baik</b>	33	64,7	18	35,3	51	100,0	1	0,011
<b>baik</b>	25	39,1	39	60,9	64	100,0	2,8 (1,3-6,1)	
<b>Jumlah</b>	58	50,4	57	49,6	115	100,0		

Hasil analisis hubungan antara hubungan penerapan MPKP Pemula dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 39 (60,9%) perawat yang kategori penerapan MPKP Pemula baik menyatakan puas, sedangkan diantara perawat yang kategori penerapan MPKP Pemula kurang baik ada 18 orang (35,3%) yang menyatakan puas. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,011$  maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi

tingkat kepuasan antara perawat yang penerapan MPKP Pemula kategori baik dan kurang baik (ada hubungan yang signifikan antara kategori hubungan penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan). Dari hasil analisis diperoleh nilai  $OR=2,86$ , artinya perawat yang penerapan MPKP Pemula baik mempunyai peluang 2,9 kali lebih puas dibanding dengan perawat yang penerapan MPKP Pemula kurang baik.

## 5.2.2 Dokter

### 5.2.2.1 Hubungan kelompok umur dengan kepuasan dokter

Tabel 5.16 Hubungan kelompok umur dengan kepuasan dokter

Kelompok umur	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
25-34thn	8	66,7	4	33,3	12	100,0	1	0,292
35-44thn	10	76,9	3	23,1	13	100,0	0,6 (0,1-3,5)	
45-54thn	6	46,2	7	53,8	13	100,0	2,0 (0,4-10,4)	
<b>Jumlah</b>	<b>24</b>	<b>63,2</b>	<b>14</b>	<b>36,8</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis antara kelompok umur dokter dengan kategori tingkat kepuasan puas didapatkan 7(53,8%) dokter yang kelompok umurnya 45-54 tahun menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang kelompok umurnya 25-34 tahun ada 4 (33,3%) yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,292$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.16.

## 5.2.2.2 Hubungan pendidikan formal terakhir dengan kepuasan dokter

Tabel 5.17 Hubungan pendidikan formal terakhir dengan kepuasan dokter

pendidikan	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
dokter umum	10	62,5	6	37,5	16	100,0	1	1,000
dokterspesialis	14	63,6	8	36,4	22	100,0	0,9 (0,3-3,6)	
<b>Jumlah</b>	<b>24</b>	<b>63,2</b>	<b>14</b>	<b>36,8</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis antara tingkat pendidikan dokter dengan kategori tingkat kepuasan puas didapatkan 8(36,4%) dokter yang pendidikannya dokter spesialis menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang pendidikannya dokter umum ada 6 (37,5%) yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=1,000$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.17.

## 5.2.2.3 Hubungan lama kerja dengan kepuasan dokter

Tabel 5.18 Hubungan lama kerja dengan kepuasan dokter

Lama kerja	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
< 5 thn	8	61,5	5	38,5	13	100,0	1	0,550
5-10 thn	6	85,7	1	14,3	7	100,0	0,2 (0,02-3,0)	
11-20 thn	7	58,3	5	41,7	12	100,0	1,1 (0,2-5,6)	
>20 thn	3	50,0	3	50,0	6	100,0	1,6 (0,2-11,3)	
<b>Jumlah</b>	<b>24</b>	<b>63,2</b>	<b>14</b>	<b>36,8</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis antara lama kerja dokter dengan kategori tingkat kepuasan puas didapatkan 3(50%) dokter yang lama kerjanya >20 tahun menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang lama kerjanya < 5 tahun ada 5 (38,5%) dokter yang

menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,550$ ). Secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna namun secara substansi klinis menunjukkan perbedaan hal ini dikuatkan pernyataan dokter yang lebih lama kerjanya  $> 10$  tahun menyatakan lebih puas daripada dokter yang lama kerjanya  $< 10$  tahun.

#### 5.2.2.4 Hubungan status perkawinan dengan kepuasan dokter

Tabel 5.19 Hubungan status perkawinan dengan kepuasan dokter

status kawin	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%			n	%
belum kawin	6	60,0	4	40,0	10	100,0	1	1,000
kawin	18	64,3	10	35,7	28	100,0	0,8 (0,1-3,6)	
<b>Jumlah</b>	<b>24</b>	<b>63,2</b>	<b>14</b>	<b>36,8</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>		

Hasil analisis hubungan antara kategori status perkawinan dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 10 (35,7%) dokter yang status perkawinannya kawin menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang kategori status perkawinannya belum kawin ada 4 (40%) dokter yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=1,000$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.19.

#### 5.2.2.5 Hubungan status pegawai dengan kepuasan dokter

Tabel 5.20 Hubungan status pegawai dengan kepuasan dokter

status pegawai	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%			n	%
dokter tetap	15	60,0	10	40,0	25	100,0	1	0,837
dokter tidak tetap	9	69,2	4	30,4	13	100,0	0,7 (0,16-2,8)	
<b>Jumlah</b>	<b>24</b>	<b>63,2</b>	<b>14</b>	<b>36,8</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>		



Hasil analisis hubungan antara status dokter tidak tetap dengan dokter tetap didapatkan 4(30,4%) dokter yang status pegawaiannya adalah dokter tidak tetap menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang status pegawainya dokter tetap ada 10 (40%) dokter yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,837$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.20.

#### 5.2.2.6 Hubungan nilai profesional dengan kepuasan dokter

Tabel 5.21 Hubungan nilai profesional dengan kepuasan dokter

nilai profesional	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
<b>kurang baik</b>	19	76,0	6	24,0	25	100,0	1	0,055
<b>baik</b>	5	38,5	8	61,5	13	100,0	5,1 (1,1-21,5)	
<b>Jumlah</b>	24	63,2	14	36,8	38	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kategori nilai profesional dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 8 (61,5%) dokter yang kategori nilai profesional baik menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang kategori nilai profesional kurang baik ada 6 (24%) dokter yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,055$ ). Secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna namun secara substansi klinis menunjukkan perbedaan hal ini dikuatkan berdasarkan hasil wawancara terhadap sebagian besar dokter menyatakan bahwa perawat sudah dapat mengidentifikasi keadaan kritis pasiennya dan membatalkan tindakan dengan melaporkan kepada dokter yang bersangkutan sebelumnya bahkan dapat membuat keputusan penting terhadap tindakan bila keadaan darurat.

## 5.2.2.7 Hubungan pendekatan manajemen dengan kepuasan dokter

Tabel 5.22 Hubungan pendekatan manajemen dengan kepuasan dokter

pendekatan manajemen	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
<b>kurang baik</b>	14	70,0	6	30,0	20	100,0	1	0,559
<b>baik</b>	10	55,6	8	44,4	18	100,0	1,8 (0,4-7,0)	
<b>Jumlah</b>	24	63,2	14	36,8	38	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kategori pendekatan manajemen dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 8 (44,4%) dokter yang kategori pendekatan manajemen baik menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang kategori pendekatan manajemen kurang baik ada 6 (30%) yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,559$ ). Secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pendekatan manajemen dokter dengan penerapan MPKP Pemula perawat, namun secara substansi klinis menunjukkan perbedaan bermakna hal ini dapat dilihat melalui kepala ruangan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan diruangan, rumah sakit memberlakukan outstanding order sebagai pedoman untuk melaksanakan tindakan yang di delegasikan terhadap tenaga perawat dan PP memfasilitasi konsultasi pasien/keluarga dengan dokter.

## 5.2.2.8 Hubungan hubungan profesional dengan kepuasan dokter

Tabel 5.23 Hubungan profesional dengan kepuasan dokter

hubungan profesional	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%				
<b>kurang baik</b>	16	80,0	4	20,0	20	100,0	1	0,053
<b>baik</b>	8	44,4	10	55,6	18	100,0	5,0(1,1-21,0)	
<b>Jumlah</b>	24	63,2	14	36,8	38	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kategori hubungan profesional dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 10 (55,6%) dokter yang kategori hubungan profesional baik menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang kategori hubungan profesional kurang baik ada 4 (30%) dokter yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,053$ ). Namun berdasarkan substansi klinis hubungan profesional perawat dan dokter sudah menunjukkan perbedaan yang bermakna, hal ini dikuatkan dengan adanya koordinasi antara dokter dan perawat dalam pengambilan keputusan terhadap klien, PP/PA melakukan visite bersama dokter yang merawat dan dokter merencanakan bersama untuk asuhan pelayanan pasien.

#### 5.2.2.9 Distribusi penerapan MPKP Pemula dengan kepuasan dokter

Tabel 5.24 Hubungan penerapan MPKP Pemula dengan kepuasan dokter

Kategori Penerapan MPKP Pemula	Kategori Puas				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang puas		puas		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
<b>kurang Baik</b>	15	71,4	6	28,6	21	100,0	1	0,403
<b>baik</b>	9	52,9	8	47,1	17	100,0	2,2 (0,5-8,5)	
<b>Jumlah</b>	24	63,2	14	36,8	38	100,0		

Hasil analisis hubungan antara kategori penerapan MPKP Pemula dengan kategori tingkat kepuasan puas diperoleh 8 (47,1%) dokter yang kategori penerapan MPKP Pemula baik menyatakan puas, sedangkan diantara dokter yang kategori penerapan MPKP Pemula kurang baik ada 6 (28,6%) dokter yang menyatakan puas. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna (nilai  $p=0,403$ ). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.24.

### 5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat yang dilakukan dengan uji regresi logistik ganda. Beberapa variabel bebas yang diikutsertakan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda terlebih dahulu dilakukan uji regresi logistik sederhana untuk setiap variabel bebas dengan variabel terikat. Variabel bebas yang diikutsertakan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda jika nilai  $p < 0,25$ . Kategori yang masuk uji multivariat adalah sub variabel umur, lama kerja, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan dan hubungan profesional penerapan MPKP Pemula Perawat sedangkan untuk Penerapan MPKP Pemula dokter tidak bisa dianalisis multivariat karena jumlah hasil analisis bivariatnya  $p > 0,05$ .

Tabel 5.25  
Hasil analisis regresi logistik ganda faktor yang paling dominan dalam penerapan MPKP Perawat terhadap kepuasan kerja perawat dengan variabel *confounder*

Variabel Confounding	Sub variabel	b	b*	% perubahan b
1	pendekatan manajemen	1,001	0,904	3,1
	hubungan profesional	0,842	0,856	2,2
	umur		0,205	
2	pendekatan manajemen	1,001	1,118	2,7
	hubungan profesional	0,842	0,802	2,3
	pendidikan		0,657	
3	pendekatan manajemen	1,001	0,865	2,3
	hubungan profesional	0,842	0,864	2,3
	lama kerja		0,238	
4	pendekatan manajemen	1,001	0,962	2,6
	hubungan profesional	0,842	0,839	2,3
	status perkawinan		0,284	
5	pendekatan manajemen	1,001	0,990	2,7
	hubungan profesional	0,842	0,906	2,5
	status kepegawaian		0,102	

Berdasarkan tabel diatas ada 2 sub variabel yang paling dominan dalam penerapan MPKP Pemula yaitu pendekatan manajemen dan hubungan profesional, bila kedua variabel yang paling dominan tersebut dianalisis logistik ganda dengan masing-masing variabel *confounding/confounder* tidak didapatkan perbedaan yang signifikan. Hal ini ditujukan untuk melihat apakah kedua sub variabel dipengaruhi oleh faktor confounding, namun hasil yang didapatkan tidak didapatkan perbedaan yang signifikan pada sub variabel pendekatan manajemen dan hubungan profesional dengan atau tanpa variabel Confounding (umur, pendidikan, lama kerja, status pernikahan dan status kepegawaian). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.25.

Tabel 5.26  
Variabel penelitian yang menjadi kandidat dalam regresi logistik

Variabel	p value	Keterangan
Umur	0,017	Masuk
Pendidikan	0,769	Tidak masuk
Lama kerja	0,048	Masuk
Status perkawinan	0,289	Tidak masuk
Status kepegawaian	1,000	Tidak masuk
Nilai profesional	0,107	Tidak masuk
Pendekatan Manajemen	0,001	Masuk
Sistem pemberian Askep	0,158	Masuk
Hubungan profesional	0,003	Masuk
Kompensasi	0,381	Tidak masuk

Masuk kandidat jika p value < 0,25

Berdasarkan tabel 5.26, kandidat yang masuk regresi logistik lanjut adalah umur, lama kerja, pendekatan manajemen, sistem pemberian asuhan keperawatan dan hubungan profesional. Berikut analisis data dengan multivariat kandidat yang masuk, mendapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.27  
 Hasil analisis regresi logistik ganda dengan metode backward  
 Yang menjadi kandidat model Perawat

Langkah	Variabel bebas	Sub variabel bebas	B	P Wald	Sign (p)	OR	Perubahan OR
<b>Langkah 1</b>	Karakteristik perawat	lama kerja	0,265	0,565	0,452	1,303	45,2%
		umur	-0,035	0,009	0,952	0,965	92,5%
	Penerapan MPKP Pemula	pendekatan manajemen	0,879	3,635	0,057	2,409	5,6%
		hubungan profesional	0,880	3,486	0,62	2,410	6,1%
		sistem asuhan keperawatan	-0,52	0,013	0,909	0,949	90,9%
		konstanta	-,1538	7,286	0,007	0,215	
<b>Langkah 2</b>	Karakteristik perawat	lama kerja	0,237	1,539	0,215	1,267	21,3%
	Penerapan MPKP Pemula	pendekatan manajemen	0,877	3,627	0,057	2,404	5,6%
		hubungan profesional	0,878	3,480	0,062	2,406	6,1%
		sistem asuhan keperawatan	-0,047	0,011	0,918	0,954	91,8%
		konstanta	-1,545	7,491	0,006	0,213	
<b>Langkah 3</b>	Karakteristik perawat	lama kerja	0,238	1,568	0,211	1,269	20,9%
	Penerapan MPKP Pemula	pendekatan manajemen	0,865	3,781	0,052	2,375	5,2%
		hubungan profesional	0,864	3,690	0,055	2,372	5,4%
<b>Langkah 4</b>	Penerapan MPKP Pemula	pendekatan manajemen	1,001	5,395	0,020	2,722	2%
		hubungan profesional	0,842	3,564	0,059	2,322	5,9%
		konstanta	-1,045	8,956	0,03	0,352	

Berdasarkan tabel diatas setiap sub variabel yang memiliki p value terbesar dikeluarkan satu persatu secara bertahap, dan di dapatkan hasil akhir sebagai berikut:

Tabel 5.28 Hasil akhir analisis regresi logistik ganda pada ruang MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta 6 Juni-13 Juni 2012

Model	Sub variabel bebas	B	P Wald	Sign (p)	OR	95% CI OR
Penerapan	pendekatan manajemen	1,001	5,395	0,020	2,722	(1,1-6,3)
MPKP Pemula	hubungan profesional	0,842	3,564	0,059	2,322	(0,9-5,5)
	konstanta	-1,045	8,956	0,03	0,352	

Dari variabel yang dianalisis secara multivariat, ternyata ada 2 variabel yang berhubungan yaitu sub variabel pendekatan manajemen ( $p=0,02$ ) dan hubungan profesional ( $p=0,059$ ). Dari kedua variabel tersebut memperlihatkan bahwa pendekatan manajemen yang paling dominan yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat (2,722), hal ini dapat di lihat dari nilai OR (exp B) untuk variabel yang signifikan, semakin besar nilai OR (exp B) berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel kepuasan kerja. Hasil analisis didapatkan OR dari variabel pendekatan manajemen adalah 2,7 yang artinya perawat yang penerapan pendekatan manajemen yang baik akan lebih puas 3 kali dibanding dengan perawat yang penerapan pendekatan manajemen kurang baik.

Berdasarkan hasil akhir analisis regresi logistik ganda pada ruang MPKP Pemula, maka didapatkan model kepuasan =  $-1,045 + 1,001$  pendekatan manajemen +  $0,842$  hubungan profesional. Selanjutnya disusun pemodelan berdasar hasil regresi logistik tahap terakhir sebagai berikut:

$$f(z) = \frac{1}{1+e^{-(\alpha+\beta_1x_1+\beta_2x_2)}}$$

dengan keterangan:

$z$  : kepuasan perawat

$\alpha$  : konstant

$\beta$  : nilai B pada masing-masing variabel.

Sehingga didapatkan permodelan sebagai berikut:

$$f(\text{kepuasan perawat}) = \frac{1}{1+e^{-(-1,045 + 1,001 \text{ pendekatan manajemen} + 0,842 \text{ hubungan profesional})}}$$

selanjutnya dituliskan apabila pendekatan manajemen baik dan hubungan profesional baik diberi kode 1, sebaliknya apabila pendekatan manajemen kurang baik dan hubungan profesional kurang baik diberi kode 0, sehingga perhitungannya:

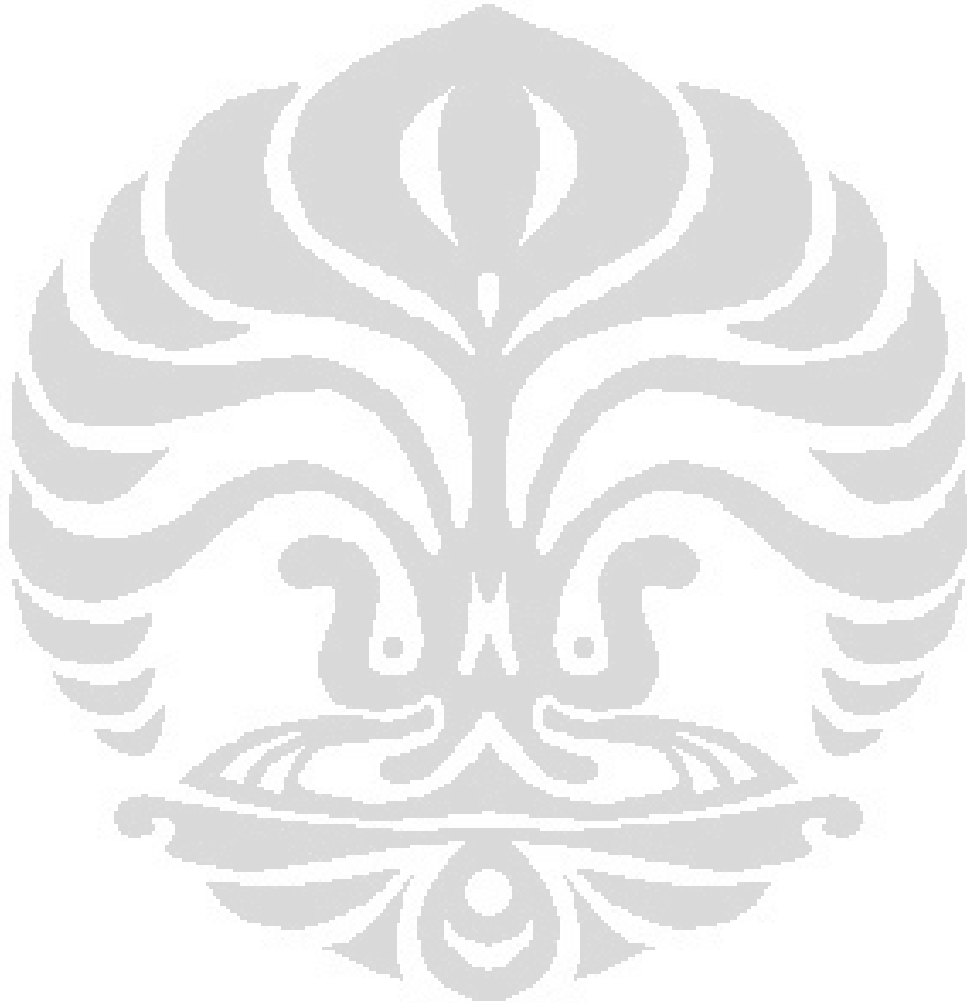
$$\begin{aligned} f(\text{kepuasan perawat}) &= \frac{1}{1+e^{-(-1,045 + 1,001 \cdot 1 + 0,842 \cdot 1)}} \\ &= \frac{1}{1+e^{-0,798}} \\ &= 0,202 \end{aligned}$$

Arti perhitungan diatas adalah perawat dengan pendekatan manajemen yang baik dan hubungan profesional yang baik berpeluang lebih puas 20,2% dalam penerapan MPKP Pemula. Persamaan diatas juga dapat menghitung peluang perawat memiliki pendekatan manajemen yang kurang baik dan hubungan profesional yang kurang baik, yaitu:

$$\begin{aligned} f(\text{kepuasan perawat}) &= \frac{1}{1+e^{-(-1,045 + 1,001 \cdot 0 + 0,842 \cdot 0)}} \\ &= \frac{1}{1+e^{1,045}} \\ &= 0,35 \end{aligned}$$



Berdasarkan perhitungan diatas, disimpulkan bahwa perawat memiliki tingkat kepuasan dengan pendekatan manajemen kurang baik dan hubungan profesional kurang baik adalah 35% dalam penerapan MPKP Pemula.



## **BAB 6 PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas hasil penelitian mengenai hubungan penerapan MPKP Pemula meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, hubungan profesional, sistem pemberian asuhan keperawatan, dan kompensasi dan penghargaan dengan tingkat kepuasan kerja perawat dan dokter pada ruangan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta. Bagian ini akan mengemukakan tentang interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian serta implikasinya untuk keperawatan.

### **6.1 Interpretasi Dan Diskusi Hasil**

#### **6.1.1 Karakteristik responden**

Hasil analisis bivariat antara karakteristik responden perawat dengan tingkat kepuasan kerja perawat dalam penerapan MPKP Pemula didapatkan dua dari antara lima karakteristik responden perawat yang mempunyai hubungan yang signifikan yaitu kelompok umur ( $p=0,017$ ) dan lama kerja ( $p=0,048$ ). Hasil analisis kelompok umur perawat dengan tingkat kepuasan kerja perawat didapatkan bahwa kelompok umur 40-49 tahun lebih tinggi tingkat kepuasan kerjanya dibandingkan dengan kelompok umur 20-29 tahun. Hal ini menunjukkan semakin tua umur perawat maka tingkat kepuasannya semakin tinggi. Hal ini di dukung oleh penelitian Puspasari (2003) yang menyatakan bahwa semakin tua umur perawat maka tingkat kepuasannya semakin tinggi. Hal ini juga sejalan pernyataan Blum dalam As'ad (2001) menyatakan bahwa faktor umur menentukan tingkat kepuasan seseorang.

Hasil analisis bivariat antara karakteristik responden dokter dengan tingkat kepuasan kerja dokter dalam penerapan MPKP Pemula tidak didapatkan hubungan yang signifikan ( $p>0,05$ ). Lama kerja secara statistik ( $p>0,550$ ) tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna, namun menurut beberapa pakar dan hasil penelitian lama kerja berhubungan erat dengan tingkat kepuasan kerja seseorang.

Hasil analisis lama kerja perawat dengan tingkat kepuasan kerja perawat didapatkan bahwa semakin lama masa kerja perawat maka tingkat kepuasannya semakin meningkat. Hal ini didukung oleh penelitian Setiasih (2006) yang menyatakan bahwa perawat yang mempunyai pengalaman kerja > 10 tahun lebih puas dengan pekerjaannya dibandingkan perawat dengan lama kerja dibawah 10 tahun. Hal ini sejalan dengan pernyataan beberapa pakar mengenai hubungan lama kerja dengan kepuasan kerja. Semakin lama masa kerja perawat maka semakin puas dengan pekerjaannya. Robbins (2001) menyatakan bahwa lama kerja mempengaruhi kepuasan kerja.

Karakteristik perawat meliputi pendidikan, status perkawinan dan status kepegawaian tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan tingkat kepuasan kerja perawat ( $p > 0,05$ ). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan S1 Keperawatan lebih puas dibandingkan tingkat pendidikan DIII dan SPK, namun perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna ( $p = 0,769$ ). Berdasarkan substansi klinis antara kepuasan perawat berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan ada perbedaan dimana Pendidikan S1 keperawatan lebih puas dari DIII dan SPK. Hal ini dapat dilihat dari 5 perawat dengan pendidikan S1 keperawatan 3 orang diantaranya menyatakan puas dibandingkan 98 perawat dengan DIII 49 orang menyatakan puas. Hal ini sejalan dengan pernyataan PPNI (2010) menyebutkan bahwa kompetensi perawat lulusan S1 memiliki kemampuan lebih dibandingkan DIII keperawatan. Tingkat pendidikan dokter menunjukkan bahwa pendidikan dokter spesialis lebih puas dibandingkan dokter umum, namun perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna ( $p = 1,000$ ). Menurut Stamps (1997) Persiapan pendidikan dalam keperawatan bervariasi dan ada perbedaan besar dalam perjalanan pendidikan yang bervariasi tersebut. Meskipun persiapan pendidikan bervariasi namun hal tersebut tidak bisa menjadi faktor dominan yang mempengaruhi kepuasan kerja.

Menurut Robbins (2003) menyatakan bahwa karyawan yang menikah cenderung mendapat kepuasan kerja yang lebih dibandingkan dengan karyawan yang belum menikah. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa perawat yang menikah cenderung lebih puas dibandingkan dengan karyawan yang belum menikah namun perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna ( $p=0,289$ ). Hal ini di dukung oleh penelitian Setiasih (2006) yang menunjukkan bahwa status pernikahan mempengaruhi kepuasan kerja perawat.

Status kepegawaian adalah status seseorang dalam pekerjaannya. Hasil penelitian didapatkan bahwa perawat yang status pegawai tetap lebih puas dibandingkan dengan perawat yang status pegawainya masih kontrak, namun perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna ( $p=1,000$ ). Hal ini sejalan dengan penelitian Kolomboy (2009) yang menyatakan status kepegawaian PNS memiliki kepuasan yang lebih tinggi dari status kepegawaian honor.

### **6.1.2 Kepuasan Kerja perawat**

Hasil penelitian univariat distribusi responden menurut tingkat kepuasan puas sebanyak 49,6%, sedangkan tingkat kepuasan kurang puas sebanyak 50,4%. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa prosentase responden dengan tingkat kepuasan kurang puas hampir sama dengan tingkat kepuasan puas hanya berbeda 0,8%. Hal ini berlawanan dengan hasil penelitian Sitorus (2003) yang menyatakan bahwa tingkat kepuasan perawat pada ruang intervensi setelah MPKP sebesar 68,9%. Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja. Blum dalam As'ad (2001) menyatakan ada beberapa faktor yang memberikan kepuasan, yaitu: (1) Faktor individual, meliputi umur, kesehatan, watak, dan harapan ; (2) Faktor sosial, meliputi hubungan kekeluargaan, pandangan pekerja, kebebasan berpolitik, dan hubungan kemasyarakatan ; dan (3) Faktor utama dalam pekerjaan meliputi upah, pengawasan, ketentraman kerja, kondisi kerja, dan kesempatan untuk

maju, penghargaan terhadap kecakapan, hubungan sosial di dalam pekerjaan, ketepatan dalam menyelesaikan konflik antar manusia, perasaan diperlakukan adil. Berdasarkan hasil analisis bivariat hubungan antara kelompok umur dengan kepuasan perawat didapatkan bahwa usia 40-49 tahun memiliki prosentasi tertinggi tingkat kepuasannya dibandingkan dengan kelompok umur yang lain. Hal ini membuktikan bahwa semakin tua umur seseorang maka tingkat kepuasannya semakin tinggi dan pernyataan ini didukung oleh penelitian Puspasari (2003) yang menyatakan hubungan kepuasan kerja perawat dengan keikatan terhadap organisasi pada usia 30-40 tahun prosentasinya lebih besar yaitu 54,8%. Menurut Herzberg dalam Tomey (2009) menyatakan bahwa faktor ketidakpuasan/*hygiene* seperti kondisi kerja, kebijakan, supervisi, hubungan interpersonal, gaji, status, dan keamanan kerja.

Kepuasan kerja karyawan adalah terpenuhi atau tidaknya keinginan mereka terhadap pekerjaan (Timmreck, 2001). Menurut Sutrisno (2010) kepuasan kerja adalah suatu sikap karyawan terhadap pekerjaan yang berhubungan dengan situasi kerja, kerjasama antar karyawan, imbalan yang diterima dalam kerja, dan hal-hal yang menyangkut faktor fisik dan psikologis. Menurut Greenberg & Baron (2003) dampak dari ketidakpuasan kerja yang paling utama adalah ketidakhadiran (*absenteesism*) dan *turnover*. Ketika karyawan tidak puas dengan pekerjaannya, maka mereka akan mencari cara untuk mengurangi terpapar dari pekerjaannya (*employee withdrawal*), awalnya mulai sering absen (*absenteesism*) bahkan sampai keluar dari pekerjaannya (*turnover*).

Di ruang MPKP pemula sudah ada uraian tugas dan tanggung jawab masing-masing tenaga mulai dari kepala ruang, CCM, PP, dan PA yang tertata dengan jelas. Pemilihan jabatan CCM berdasarkan penghargaan kepada perawat senior dan dianggap kompeten sebagai manager asuhan klinik di ruangan, walaupun tingkat pendidikan DIII Keperawatan bahkan ada beberapa orang yang masih SPK dan hal ini bertentangan dengan pernyataan Sitorus (2006) yang

mengemukakan bahwa kualifikasi CCM adalah S2 keperawatan. Pemilihan PP atau ketua tim berdasarkan penilaian kemampuan perawat yang sudah dianggap berpengalaman baik tingkat pendidikan DIII Keperawatan maupun S1 Keperawatan. Berdasarkan data ketenagaan proporsi perawat per ruangan dalam penerapan MPKP Pemula, setiap ruangan masih ada yang belum memiliki tenaga S1 Keperawatan dan berdasarkan penerapan keseharian MPKP Pemula di ruangan menerapkan modifikasi perawat primer dan ketua tim sebagai penanggungjawab menggantikan peran PP.

Pembentukan ruang MPKP Pemula tahun 2001 dilakukan pelatihan MPKP bagi tenaga ruangan yang akan menerapkan MPKP Pemula dan pelatihan terus berlanjut pada setiap ruangan yang akan menerapkan MPKP Pemula hingga sampai saat ini semua ruangan sudah menerapkan MPKP Pemula, namun berdasarkan data dari bidang SDM Keperawatan selama pelaksanaan MPKP Pemula sampai sekarang angka *turn over* perawat sekitar 5% sehingga perawat-perawat baru yang menggantikannya belum mendapatkan pelatihan MPKP. Hal ini kemungkinan juga dapat disebabkan aplikasi sub sistem penerapan MPKP meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, hubungan profesional, sistem pemberian asuhan keperawatan, dan kompensasi dan penghargaan yang ditanamkan tidak dilaksanakan secara optimal, pembinaan dan bimbingan tentang penerapan MPKP belum dilakukan secara berkesinambungan dan monitoring dan evaluasi tidak dilakukan rutin setiap tahunnya.

### **6.1.3 Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan Tingkat Kepuasan Kerja Perawat pada ruangan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta**

#### **a. Nilai Profesional**

Hasil analisis univariat diketahui penerapan nilai profesional dengan kategori baik sebesar 56,5% dan kategori kurang baik sebesar 43, 5%.

Hasil analisis bivariat menunjukkan Hal ini belum menunjukkan angka yang bermakna dalam pelaksanaan nilai-nilai profesional. Berdasarkan hasil pengisian kuesioner, peneliti mengidentifikasi hal-hal yang masih rendah dalam sub variabel ini adalah PP atau ketua tim masih ada yang jarang melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan dan PP masih jarang menentukan tindakan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya dalam hal ini otonomi perawat belum sepenuhnya berjalan. Menurut Aiken, Sloane, & Lake (1997) dalam Zangaro & Soeken (2007) otonomi adalah area dimana perawat mempunyai kebebasan untuk bertindak sesuai dengan apa yang diketahui perawat. Otonomi dan kepuasan kerja seringkali menunjukkan hubungan yang positif.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Badjo (2003) yang menyarankan agar perawat primer diberi tambahan pengetahuan dan pemahaman tentang otonomi dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan tindakan komprehensif sehingga kolaborasi perawat dan dokter dapat berjalan dengan baik.

Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional didasarkan pada nilai profesional. Nilai profesional merupakan inti dari Model Praktik Keperawatan Profesional, yang meliputi: nilai intelektual, komitmen moral, otonomi, kendali dan tanggung gugat. Nilai intelektual didapatkan melalui pendidikan formal dan informal (Nuryandari, 2007). Keperawatan merupakan profesi yang didasarkan pada *caring*. Menurut Kozier & Erb (1997) dalam Sitorus (2006) *Caring* mengandung arti perhatian, tanggung jawab, dan ikhlas. Perawat sebagai sebuah profesi, dalam menjalankan praktik keperawatan harus sesuai dengan kode etik keperawatan. Pada model ini, PP dan PA membangun kontrak dengan klien/keluarga yang merupakan awal dari penghargaan atas harkat dan martabat manusia. Hubungan itu akan terus dibina selama klien dirawat diruang rawat

tersebut sehingga klien/keluarga menjadi mitra dalam memberi asuhan keperawatan.

Hasil penelitian Rafferty, Ball dan Aiken (2001) tentang “*Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?*” menyatakan bahwa otonomi keperawatan mempunyai korelasi yang positif akan persepsi tentang kualitas pemberian asuhan keperawatan dan tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi. Perawat dengan nilai tim kerja yang tinggi lebih puas dengan pekerjaan mereka, rencana untuk tetap bersama dan mempunyai angka *burnout* yang rendah. Nilai kerja yang tinggi juga ditunjukkan dengan nilai pengkajian kualitas keperawatan yang tinggi, peningkatan kualitas asuhan keperawatan selama beberapa tahun terakhir dan perasaan kenyamanan pasien ketika mereka direncanakan pulang. Perawat dengan nilai kerja tim yang tinggi juga ditunjukkan dengan tingginya tingkat otonomi dan keterlibatan perawat dalam pengambilan keputusan. Oleh karena itu diharapkan organisasi turut mendukung promosi otonomi perawat tanpa ketakutan didalam tim kerja.

#### **b. Pendekatan manajemen**

Hasil univariat diketahui penerapan pendekatan manajemen dengan kategori baik sebesar 50,4% dan kategori kurang baik sebesar 49, 6%, sedangkan berdasarkan analisis bivariat pendekatan manajemen dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,001$ , dimana terdapat hubungan yang signifikan antara kategori pendekatan manajemen dengan tingkat kepuasan perawat. Berdasarkan hasil didapatkan bahwa masing-masing tenaga pada MPKP baik kepala ruang, PP dan PA telah menjalankan uraian tugasnya masing-masing, namun untuk tugas dan tanggung jawab CCM masih dirasakan kurang dalam merumuskan rencana perawatan bersama PP dan memberikan masukan kepada PP terkait bimbingan yang



diberikan PP kepada PA, oleh karena itu diharapkan optimalisasi tugas dan tanggung jawab CCM.

Pada Model Praktik Keperawatan Profesional ini pendekatan manajemen tampak pada peran perawat primer (PP) sebagai pembuat keputusan untuk pasien sebagai manager asuhan klinik. Kepala ruang berperan sebagai fasilitator atau mentor (Sitorus & Panjaitan, 2011). Disamping itu, terdapat *Clinical Care Manager* (CCM) yang mengarahkan dan membimbing PP dalam memberikan asuhan keperawatan. CCM diharapkan akan menjadi peran ners spesialis pada masa yang akan datang. Hal ini sesuai dengan penelitian Aroh, D. A. M., Occhiuzzo, D., and Douglas. C. (2011) dalam *blueprint for nursing leadership: creating a culture of accountability* yang menyatakan bahwa ada 3 komponen penting dalam kepemimpinan keperawatan, yaitu: distribusi tanggung jawab, pengembangan keterampilan yang terus menerus dan tanggung jawab menjadi kerangka kerja dalam kepemimpinan keperawatan.

Pada ruangan MPKP, terdapat beberapa jenis tenaga yang memberikan asuhan keperawatan yaitu *clinical care manager* (CCM), perawat primer (PP), dan perawat asosiet (PA). Selain jenis tenaga tersebut terdapat kepala ruangan yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan keperawatan di ruang rawat tersebut. Peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam pemberian sistem asuhan keperawatan (Sitorus, 2006)

### c. Sistem pemberian Asuhan Keperawatan

Hasil univariat diketahui penerapan sistem pemberian asuhan keperawatan dengan kategori baik sebesar 53,9% dan kategori kurang baik sebesar 46,1%, sedangkan berdasarkan analisis bivariat sistem pemberian asuhan keperawatan dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,158$ , dimana

perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna antara kategori pendekatan manajemen dengan tingkat kepuasan perawat.

Sistem pemberian asuhan keperawatan (*care delivery system*) merupakan metode penugasan bagi tenaga perawat yang digunakan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien. Sistem atau metode tersebut merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan populasi klien. Saat ini dikenal lima jenis metode pemberian asuhan keperawatan, yang terdiri dari: metode kasus, fungsional, tim, primer dan manajemen kasus. Pemberian asuhan keperawatan pada umumnya menggunakan metode keperawatan primer (Sitorus, 2006). Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Huang, et al (2011) di Taiwan tentang "*The skill mix model: a preliminary study of changing nurse role functions in Taiwan*" yang menyatakan bahwa terdapat perubahan peran independen yang paling signifikan adalah fungsi edukator, supervisor perawatan klien, dan evaluator *outcomes* asuhan keperawatan.

#### **d. Hubungan Profesional**

a. Hasil univariat diketahui penerapan hubungan profesional dengan kategori baik sebesar 60,9% dan kategori kurang baik sebesar 39,1%, sedangkan berdasarkan analisis bivariat hubungan profesional dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,003$ , dimana terdapat hubungan yang signifikan antara kategori hubungan profesional dengan tingkat kepuasan perawat. Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) memungkinkan terjadinya hubungan profesional di antar perawat dan praktisi kesehatan lainnya. Hubungan ini dapat terjadi melalui sistem pendokumentasian keperawatan, operan tugas jaga, konferensi awal dan akhir, dan pembahasan kasus. Hubungan profesional dengan praktisi kesehatan lain dikenal dengan kolaborasi (Sitorus, 2006). Secara klinis hubungan

antar tim keperawatan sudah berjalan dengan baik, sedangkan hubungan profesional dengan dokter yang masih kurang adalah dokter belum mengetahui siapa PP setiap pasiennya. Hal ini bertentangan dengan uraian tugas dokter dalam Hubungan profesional/kemitraan antara staf keperawatan dengan dokter/tim kesehatan lain agar terjalin dengan baik (Nuryandari, 2007) yang menyatakan bahwa dokter/tim kesehatan lain menggunakan rekam keperawatan sebagai sarana hubungan profesional dalam rangka pelaksanaan program kolaborasi dan dokter/tim kesehatan lain mengetahui setiap pasien siapa PP nya.

**e. Kompensasi dan Penghargaan**

Hasil univariat diketahui penerapan hubungan profesional dengan kategori baik sebesar 60% dan kategori kurang baik sebesar 40%, sedangkan berdasarkan analisis bivariat kompensasi dan penghargaan dengan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,381$ , dimana perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna antara kategori kompensasi dan penghargaan dengan tingkat kepuasan perawat. Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian Sitinjak (2008) yang menyatakan bahwa ada peningkatan kepuasan kerja perawat setelah penerapan sistem jenjang karir yang merupakan kesempatan bagi perawat dalam mengembangka karirnya dan merasakan mendapat penghargaan.

Notoatmodjo, 2009 menyatakan dengan pemberian kompensasi yang memadai merupakan suatu penghargaan organisasi terhadap prestasi kerja para karyawannya, sehingga akan dapat mendorong perilaku-perilaku atau *performance* karyawan sesuai dengan yang diinginkan organisasi. Disamping itu kompensasi juga dapat mempengaruhi prestasi kerja, motivasi dan kepuasan kerja karyawan.

#### **6.1.4 Kepuasan Kerja Dokter**

Hasil penelitian univariat distribusi responden menurut tingkat kepuasan puas sebanyak 63,2%, sedangkan tingkat kepuasan kurang puas sebanyak 36,8%. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang diungkapkan oleh Maxson et al. (2011) bahwa kolaborasi antara *registered nurse* dan dokter menunjukkan penurunan angka kesakitan dan angka kematian, biaya perawatan, dan *medical errors* dan meningkatkan kepuasan kerja profesional dan retensi staf keperawatan.

#### **6.1.5 Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan Tingkat Kepuasan Kerja Dokter pada ruangan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta**

##### **a. Nilai Profesional**

Hasil univariat diketahui penerapan nilai profesional dengan kategori baik sebesar 34,2% dan kategori kurang baik sebesar 65,8%, sedangkan berdasarkan analisis bivariat nilai profesional dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,055$ , dimana perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna antara kategori nilai profesional dengan tingkat kepuasan dokter. Secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara nilai profesional dokter dengan penerapan MPKP Pemula perawat, namun berdasarkan hasil wawancara terhadap sebagian besar dokter menyatakan bahwa perawat sudah dapat mengidentifikasi keadaan kritis pasiennya dan membatalkan tindakan dengan melaporkan kepada dokter yang bersangkutan sebelumnya bahkan dapat membuat keputusan penting terhadap tindakan bila keadaan darurat. Hal ini sesuai dengan Aiken, Sloane, & Lake (1997) dalam Zangaro & Soeken (2007) otonomi adalah area dimana perawat mempunyai kebebasan untuk bertindak sesuai dengan apa yang diketahui perawat

## **b. Pendekatan Manajemen**

Hasil univariat diketahui penerapan pendekatan manajemen dengan kategori baik sebesar 47,4% dan kategori kurang baik sebesar 52,6%, sedangkan berdasarkan analisis bivariat nilai profesional dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,059$ , dimana perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna antara kategori nilai pendekatan manajemen dengan tingkat kepuasan dokter. Secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pendekatan manajemen dokter dengan penerapan MPKP Pemula perawat, namun secara substansi klinis menunjukkan perbedaan bermakna hal ini dapat dilihat melalui kepala ruangan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan diruangan, rumah sakit memberlakukan outstanding order sebagai pedoman untuk melaksanakan tindakan yang di delegasikan terhadap tenaga perawat dan PP memfasilitasi konsultasi pasien/keluarga dengan dokter. Hal yang masih perlu diperhatikan dalam pendekatan manajemen ini adalah dokter mengetahui siapa PP setiap pasiennya dan PP mengusulkan pembahasan masalah klinik bersama dokter tentang kasus yang ditemukan.

Pendekatan manajemen pelayanan keperawatan didasarkan pada proses manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian. Pendekatan manajemen dalam hubungan kolaborasi perawat dan dokter dapat dikaitkan dalam kebijakan organisasi dalam hal ini rumah sakit. Kebijakan berhubungan erat dengan tugas departemen dan unit, falsafah, tujuan dan rencana pelaksanaan. Kebijakan merupakan petunjuk dari manajemen puncak ke tingkat bawah dan juga berfungsi menyampaikan dan mempercepat pembuatan keputusan (Puspasari, 2003). Hasil wawancara dengan kepala bidang menyatakan bahwa surat kebijakan dalam pendelegasian tugas medis terhadap perawat sudah ada, namun untuk uraian tugas dan tanggung jawab dokter dalam praktek MPKP belum ada. Nursing and Midwifery Council (NMC)

*delegation guidance* (2012) menyatakan bahwa delegasi dalam keperawatan seharusnya terjadi hanya dalam ketertarikan yang baik dengan pasien dan keputusan delegasi harus selalu berdasarkan pengkajian kebutuhan individu.

### c. Hubungan profesional

Hasil univariat diketahui penerapan hubungan profesional dengan kategori baik sebesar 44,7% dan kategori kurang baik sebesar 52,6%, sedangkan berdasarkan analisis bivariat nilai profesional dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,403$ , dimana perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna antara kategori nilai profesional dengan tingkat kepuasan dokter. Namun berdasarkan substansi klinis hubungan profesional perawat dan dokter sudah menunjukkan perbedaan yang bermakna, hal ini dikuatkan dengan adanya koordinasi antara dokter dan perawat dalam pengambilan keputusan terhadap klien, PP/PA melakukan visite bersama dokter yang merawat dan dokter merencanakan bersama untuk asuhan pelayanan pasien. Hal yang masih kurang dalam hubungan profesional perawat dan dokter adalah dokter belum semuanya menggunakan rekam keperawatan dalam rangka pelaksanaan program kolaborasi dan masih minimalnya diskusi dan pembahasan kasus bersama dokter.

Hasil penelitian yang dilakukan Hirschhoff (2006) di Concord Hospital Cardiac Surgery, July 1998–October 2001 menyatakan bahwa kolaborasi yang baik antara perawat dan dokter menurunkan angka kematian 56%. Hal serupa juga diungkapkan oleh Maxson et al. (2011) bahwa kolaborasi antara *registered nurse* dan dokter menunjukkan penurunan angka kesakitan dan angka kematian, biaya perawatan, dan *medical errors* dan meningkatkan kepuasan kerja profesional dan retensi staf keperawatan.

## 6.2 Faktor yang paling dominan dalam penerapan MPKP pemula perawat

### 1. Pendekatan Manajemen

Hasil analisis bivariat pendekatan manajemen dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,001$ , dimana terdapat hubungan yang signifikan antara kategori pendekatan manajemen dengan tingkat kepuasan perawat. Pada Model Praktik Keperawatan Profesional ini pendekatan manajemen tampak pada peran perawat primer (PP) sebagai pembuat keputusan untuk pasien sebagai manager asuhan klinik. Kepala ruang berperan sebagai fasilitator atau mentor (Sitorus & Panjaitan, 2011). Hal ini sesuai dengan penelitian Aroh, D. A. M., Occhiuzzo, D., and Douglas. C. (2011) dalam *blueprint for nursing leadership: creating a culture of accountability* yang menyatakan bahwa ada 3 komponen penting dalam kepemimpinan keperawatan, yaitu: distribusi tanggung jawab, pengembangan keterampilan yang terus menerus dan tanggung jawab menjadi kerangka kerja dalam kepemimpinan keperawatan.

Pada ruangan MPKP, terdapat beberapa jenis tenaga yang memberikan asuhan keperawatan yaitu *clinical care manager* (CCM), perawat primer (PP), dan perawat asosiet (PA). Selain jenis tenaga tersebut terdapat kepala ruangan yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan keperawatan di ruang rawat tersebut. Peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam pemberian sistem asuhan keperawatan (Sitorus, 2006)

### 2. Hubungan Profesional

Hasil analisis bivariat pendekatan manajemen dan tingkat kepuasan didapatkan nilai  $p = 0,001$ , dimana terdapat hubungan yang signifikan antara kategori pendekatan manajemen dengan tingkat kepuasan perawat. Pada Model Praktik Keperawatan Profesional ini pendekatan manajemen tampak pada peran perawat primer (PP) sebagai pembuat keputusan untuk pasien sebagai manager asuhan klinik. Kepala ruang berperan sebagai fasilitator atau

mentor (Sitorus & Panjaitan, 2011). Hal ini sesuai dengan penelitian Aroh, D. A. M., Occhiuzzo, D., and Douglas. C. (2011) dalam *blueprint for nursing leadership: creating a culture of accountability* yang menyatakan bahwa ada 3 komponen penting dalam kepemimpinan keperawatan, yaitu: distribusi tanggung jawab, pengembangan keterampilan yang terus menerus dan tanggung jawab menjadi kerangka kerja dalam kepemimpinan keperawatan.

Pada ruangan MPKP, terdapat beberapa jenis tenaga yang memberikan asuhan keperawatan yaitu *clinical care manager* (CCM), perawat primer (PP), dan perawat asosiet (PA). Selain jenis tenaga tersebut terdapat kepala ruangan yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan keperawatan di ruang rawat tersebut. Peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggung jawab yang jelas dalam pemberian sistem asuhan keperawatan (Sitorus, 2006)

### **6.3 Keterbatasan Penelitian**

Dalam penelitian ini ada beberapa keterbatasan penelitian yang dapat dikemukakan dibawah ini:

1. Pernyataan yang cukup banyak untuk perawat sebanyak 40 untuk kuesioner penerapan MPKP Pemula dan 40 untuk kuesioner kepuasan perawat sehingga perawat merasa jenuh, disamping itu disaat yang bersamaan ada 3 peneliti yang melakukan penelitian.
2. Sedikitnya jumlah dokter yang bisa terlibat dalam penelitian sehingga untuk responden dokter tidak bisa di analisis multivariat



## **6.4 Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan Dan Penelitian**

### **6.4.1 Pelayanan Kesehatan**

Rumah sakit sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan inputnya adalah pasien, karyawan termasuk dokter dan perawat, sarana dan prasarana, prosesnya antara lain pelayanan medik, penunjang medik dan perawatan, dan outputnya adalah sembuh, cacat, puas dan tidak puas. Tenaga profesional keperawatan merupakan salah satu bagian dari proses organisasi rumah sakit disamping dokter yang mempunyai andil terbesar dalam menghasilkan produk pelayanan, hal ini berarti kualitas pelayanan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh pelayanan keperawatan. Melalui hasil penelitian ini diharapkan bagi manajer rumah sakit khususnya bidang perawatan agar melakukan pengegaran ulang terhadap pelatihan MPKP guna meningkatkan penerapan MPKP Pemula yang lebih baik lagi.

### **6.4.2 Pendidikan**

Pengembangan MPKP yang baik dapat diawali dengan pemberian bekal materi yang cukup dalam model praktik asuhan keperawatan profesional sehingga diharapkan lulusan perawat dalam praktiknya kelak lebih paham tentang tugas dan tanggung jawabnya dalam asuhan keperawatan meliputi: nilai profesional, pendekatan manajemen, hubungan profesional, sistem pemberian asuhan keperawatan, dan kompensasi dan penghargaan.

### **6.4.3 Penelitian Selanjutnya**

Hasil penelitian menjawab sebagian permasalahan yang diteliti, sehingga dapat dikembangkan untuk bahan penelitian berikutnya yang belum terjawab, dan dapat dijadikan data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya mengenai pelaksanaan penerapan MPKP dilihat dari studi dokumentasi dan observasi.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

##### **7.1.1 Perawat**

- 1) Kategori hubungan nilai profesional penerapan baik dengan kepuasan perawat sebesar 56,9 % puas dan 43,1% kurang puas.
- 2) Kategori hubungan pendekatan manajemen penerapan baik dengan kepuasan perawat sebesar 65,5% puas dan 34,5% kurang puas.
- 3) Kategori hubungan sistem pemberian asuhan keperawatan penerapan yang baik dengan kepuasan perawat sebesar 56,5% puas dan 43,5% kurang puas.
- 4) Kategori Hubungan profesional penerapan yang baik dengan kepuasan perawat sebesar 61,4% puas dan 38,6% kurang puas.
- 5) Kategori hubungan kompensasi dan penghargaan penerapan yang baik dengan kepuasan perawat sebesar 53,6% puas dan 39,1% kurang puas.
- 6) Kategori hubungan penerapan MPKP Pemula penerapan baik dengan kepuasan perawat sebesar 60,9% puas dan 39,1% kurang puas.
- 7) Karakteristik responden meliputi umur dan lama bekerja berhubungan dengan kepuasan kerja perawat terhadap penerapan MPKP Pemula ( $p$  value  $< 0,05$ ), sedangkan pendidikan, status perkawinan dan status kepegawaian tidak berhubungan dengan kepuasan kerja perawat terhadap penerapan MPKP Pemula ( $p$  value  $> 0,05$ ).
- 8) Sub variabel penerapan MPKP Pemula pendekatan manajemen dan hubungan profesional berhubungan dengan kepuasan kerja perawat terhadap penerapan MPKP Pemula ( $p$  value  $< 0,05$ ), sedangkan nilai profesional, sistem pemberian asuhan keperawatan dan kompensasi kepuasan kerja perawat terhadap penerapan MPKP Pemula tidak berhubungan dengan kepuasan kerja perawat ( $p$  value  $> 0,05$ ).

- 9) Faktor yang paling dominan dalam penerapan MPKP Pemula perawat terhadap kepuasan kerja perawat adalah pendekatan manajemen dan hubungan profesional

#### 7.1.2 Dokter

- 1) Kategori hubungan nilai profesional penerapan baik dengan kepuasan dokter sebesar 61,5 % puas dan 38,5% kurang puas.
- 2) Kategori hubungan pendekatan manajemen penerapan baik dengan kepuasan dokter sebesar 44,4% puas dan 55,6% kurang puas.
- 3) Kategori Hubungan profesional penerapan yang baik dengan kepuasan dokter sebesar 55,6% puas dan 44,4% kurang puas.
- 4) Kepuasan dokter tidak dapat dianalisis multivariat karena responden dokternya minimal yaitu 38 responden dimana yang seharusnya lebih dari 40 responden.

### 7.2 Saran

#### 7.2.1 Bidang Keperawatan RS PGI Cikini Jakarta

- 1) Diadakannya evaluasi rutin terhadap kepuasan kerja perawat dan dokter terhadap penerapan MPKP agar ada upaya perbaikan dalam penerapan MPKP Pemula
- 2) Diadakannya penyegaran ulang pelatihan MPKP Pemula
- 3) Mempersiapkan SDM S1 Keperawatan untuk melanjutkan penerapan MPKP Pemula ke MPKP tingkat I
- 4) Menerapkan satu ruangan sebagai *pilot project* MPKP tingkat I sesuai dengan kualifikasi ketenagaan MPKP tingkat I

#### 7.2.1 Perawat RS PGI Cikini Jakarta

Perawat RS PGI Cikini Jakarta diharapkan mempertahankan nilai-nilai profesional keperawatan, sikap *caring*, komunikasi dan meningkatkan

kompetensi serta pengetahuan baik melalui pendidikan formal maupun informal.

### **7.3.1 Manajemen RS PGI Cikini Jakarta**

Kepuasan kerja perawat dan dokter berimplikasi pada mutu layanan kesehatan yang diterima oleh klien. Oleh karena itu diharapkan bidang manajemen RS PGI Cikini:

- 1) Memperhatikan kebijakan-kebijakan organisasi/RS terkait peningkatan mutu asuhan layanan kesehatan seperti: Penetapan uraian tugas dan tanggung jawab dokter dalam penerapan MPKP Pemula (sesuai dengan teori tugas dan tanggung jawab masing-masing personil dalam MPKP), mensosialisasikan MPKP terhadap dokter secara merata dan penetapan pendelegasian tindakan medis dokter terhadap perawat.
- 2) Meningkatkan SDM Keperawatan melalui pendidikan formal ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi S1 dan S2 Keperawatan

## DAFTAR PUSTAKA

- Allen, D.E., & Vitale-Nolen, R.A. (2005, Nov/Dec). Patient care delivery model improves nurse job satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36 (6); 277-282. Februari 8, 2012. <http://web.proquest.com/ehost/pdf>
- Aprizal, S., Kuntjoro, T., & Probandari, A. (2008, April). Kepuasan kerja perawat di rumah sakit jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang. Universitas Gadjah Mada, Working Paper series No.17. <http://www.google.com/pdf>
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- As'ad. (2001). *Psikologi industri (4rd ed.)*. Yogyakarta: Liberty.
- Badjo, G.E. (2003). *Kontribusi karakteristik perawat dan metoda keperawatan primer terhadap kolaborasi perawat primer dengan dokter dan klien di unit penyakit dalam dan bedah P. K. Sint Carolus Jakarta*. Thesis tidak dipublikasikan. Universitas Indonesia. Jakarta: Indonesia.
- Dahlan, M.S. (2010). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- DepKes RI (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat*. Jakarta
- Djarmiko, B., & Jumaedi, H. (2011) *Manajemen mutu ISO 9001*. Bandung: STEMBI-Bandung Business School.
- Dochterman, M.J., & Grace, K.H. (2001). *Current issues in nursing (6rd ed.)*. USA: Mosby.
- Fathi, M. (2006). *Menjadi manajer sukses*. Bandung: PT Syaamil Cipta Media.
- Fraleigh, J.M. (2010, October). Nurses and physicians: the art of communication and collaboration. <http://www.healthcaretraveller.com>
- Gatot, D.B., & Adisasmito, W. (2005, Juni). Hubungan karakteristik perawat, isi pekerjaan dan lingkungan pekerjaan terhadap kepuasan kerja perawat di instalasi rawat inap rsud gunung jati cirebon. *Jurnal Makara Kesehatan UI*, 9 (1), 1-8. Maret 13, 2012. <http://journal.ui.ac.id/?hal=detailArtikel&q=124>

- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management a system approach*. Philadelphia: W.B Saunders.
- Gillies, D.A. (1999). *Manajemen Keperawatan suatu pendekatan sistem* (Sukmana, D. & Sukmana, R.K, Penerjemah). Illinois: W.B. Saunders.
- Greenberg, J., & Baron, R.A. (2003). *Behavior in organizations (8rd ed.)*. USA: Pearson Education, inc.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM Universitas Indonesia.
- Hastono, S. P., & Sabri, L. (2010). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers
- Hirschoff, A. (2006, Maret 14). Building the nurse-physician partnership, restoring trust, fostering collaboration. *Nursing executive center*, 1-41. Oktober 23, 2011. <http://web.proquest.com/ehost/pdf>
- Huang, L.C et al. (2011, September). The skill mix model: a preliminary study of changing nurse role functions in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 19 (3), 220-229. Februari 20, 2012. <http://www.scopus.com>
- Huber, D. (2010). *Leadership and nursing care management (4rd ed.)*. USA: Saunders elsevier.
- ICN. (2010, April 12). ICN defenition of nursing. March 1, 2012. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing>
- Ingersoll, G.L (1996). Organizational redesign: effect on institutional and consumer outcomes. In Fitzpatrick, J. J., & Iorbeck, J (ed). *Ebook Annual review of nursing research* 14 (6), 121-144. Maret 14, 2012. New York: Springer Publishing Company, Inc. <http://books.google.co.id/books?id=bk>
- Kamus besar bahasa indonesia online: definisi dokter, 22 Februari 2012 jam 13.23 WIB. <http://www.google.com>
- Kemendagri (2009, Oktober 13). *UU RI No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan*. Februari 22, 2012. [http://www.depdagri.go.id/media/documents/2009/10/13/UU\\_No.36-2009.doc](http://www.depdagri.go.id/media/documents/2009/10/13/UU_No.36-2009.doc)
- Kotler, P. (2003). *Marketing management (11rd ed.)*. USA: Pearson Education.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2001). *Principles of marketing (9rd. ed.)*. USA: Prentice Hall International, inc.

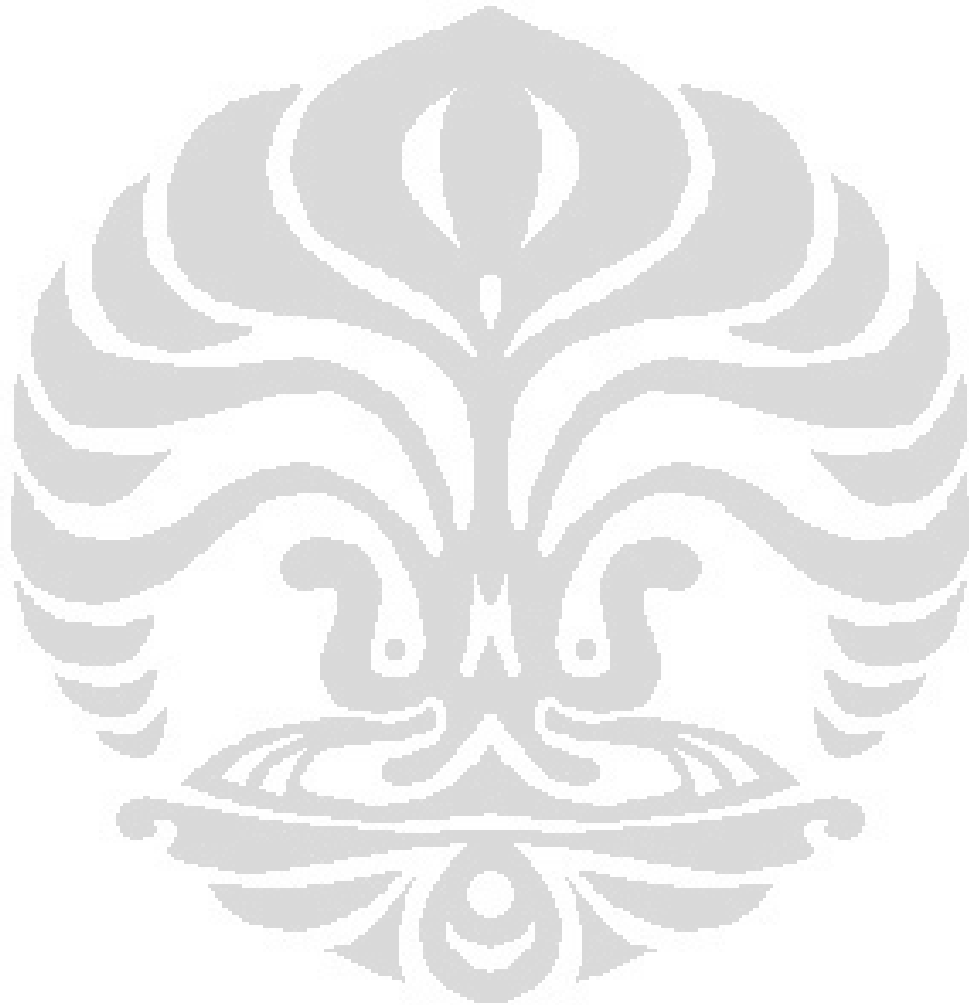
- Kotler, P., & Keller, K.L. (2009). *Manajemen pemasaran (13rd ed.)* (Bob Sabran, Penerjemah). Jakarta: Erlangga.
- Kozier, E., Erb. G.L., Blais, K.K., & Wilkinson, J.M. (2004). *Fundamental of nursing: concepts, process, and practice*. New Jersey: Addison Wesley
- Kreitner, R. & Kinicki, A. (2000). *Organizational behavior (6rd ed.)*.USA: The McGraw Hill Companies.
- Leever, A.M., et al. (2010, November). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6): 612–624. Februari 25, 2012. <http://www.ebsco.com>
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2003). *Leadership roles and management function in nursing: thery and application (5rd ed.)* . Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maxson, P.M, et al. (2011, Januari). Enhancing nurse and physician collaboration in clinical desion making through high-fidelity interdisciplinary simulation training. *Mayo Foundation for Medical Education and Resarch*, 86 (1), 31-36. Oktober 28, 2011. <http://web.proquest.com/ehost/pdf>
- McCaffrey, R, et al., (2012, Januari). The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *The Journal of Nursing Research*, 2-14. Februari 20, 2012. <http://www.scopus.com>
- Mcglynn, K., Griffin, M.Q., Donahue, M., & Fitzpatrick, J.J. (2012, Maret). Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the profesional practice model. *Journal of nursing management*, 20 (2), 260-265, Maret 22, 2012. <http://www.scopus.com/record/display.url?eid>
- Motacki, K., & Burke, K. (2011). *Nursing delegation and management of patient care*. New Jersey: Mosby Elsevier.
- NMC delegation guidance (2012, May). On the inside. <http://tinyurl.com/6y65cse>
- Notoatmodjo, S. (2009). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam. (2002). *Manajemen keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Permenkes RI (2010, Januari 27). *Permenkes RI No HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat*. Februari 22, 2012. <http://www.gizikia.depkes.go.id/.../permenkes-no-148-ttg-praktik-pwt-2010>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research principles and methods (7rd ed.)*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter & Perry's. (2001). *Fundamental of nursing*. St. Louis: Mosby.
- PPNI (2006). *Praktik keperawatan*. Maret 17, 2012. <http://www.inna-ppni.or.id/index.php>
- PPNI (2010). *Kode etik keperawatan*. Maret 17, 2012. <http://www.inna-ppni.or.id/index.php>
- Presiden RI (2004, Oktober 6). *UU RI No. 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran*. Februari 22, 2012. <http://www.depkes.go.id/downloads/Permenkes/permenkes%20512.pdf>
- Puspasari, P. (2003). *Hubungan kepuasan kerja dengan keikatan terhadap organisasi di rumah sakit Puri Cinere*. Thesis tidak dipublikasikan. Universitas Indonesia. Jakarta: Indonesia.
- Rangkuti, F. (2011). *Swot balanced scorecard*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Rivero, B.P., Paz, A.A. M., Figueroa, D.M., & Olivera, T.A. (2011, Juli). Best practices that promote the safety in the accredited nurses' professional development. *Journal of nursing management*, 34 (7-8), 45-50. Maret 22, 2012. <http://www.scopus.com/record/display.url?eid>
- Robbins, S.P. (2001). *Perilaku organisasi*. (Pujaatmaka & Molan, Penerjemah). Jakarta: PT Prehallindo.
- Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi (12rd ed.)* (Angelica, D., Cahyani, R., & Rosyid, A., Penerjemah). Jakarta: Salemba Empat. <http://books.google.co.id/books?id>
- Saragih, K. (2012, Februari, 17). Personal Interview.
- Sarwono, J. (2011). *Marketing intelligence*. Yogyakarta; Graha Ilmu.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: CV. Sagung Seto.



- Sedarmayanti & Hidayat, S. (2011). *Metodologi penelitian*. Bandung: CV. Mandar Maju.
- Setiasih (2006). *Hubungan antara kepuasan kerja perawat dengan kepuasan klien di Rumah Sakit Husada Jakarta*. Thesis tidak dipublikasikan. Universitas Indonesia. Jakarta: Indonesia.
- Siegler, E.L., & Whitney, F.W., (2000). Kolaborasi perawat-dokter: perawatan orang dewasa dan lansia, (penerjemah: Secillia, I). Jakarta: EGC <http://books.google.co.id/books?id>
- Sitorus, R. (2003, September). Dampak implementasi model praktik keperawatan profesional terhadap mutu asuhan keperawatan di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7 (2), 41-47. Jakarta: FIK Universitas Indonesia.
- Sitorus, R. (2006) *Model praktik keperawatan profesional di rumah sakit; penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC.
- Sitorus, R., & Panjaitan, R. (2011). *Manajemen keperawatan: manajemen keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Sitorus, R., & Yulia. (2006) *Model praktik keperawatan profesional di rumah sakit; penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC.
- Stamps, P.L. (1997). *Nurses and work satisfaction: an index for measurement (2rd ed.)*. USA:Health Administration Press.
- Suarli, S., & Bahtiar, Y. (2010). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta: Erlangga.
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan r & d*. Bandung: Alfabeta.
- Sumijatun. (2010). *Konsep dasar menuju keperawatan profesional*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sutrisno, E. (2010). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Tambunan, E.L., (2012, Februari, 6). Personal Interview.

- Tjiptono, F., & Chandra, G. (2007). *Service, quality & satisfaction*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta.
- Tomey, A.M. (2009). *Nursing management and leadership (8rd ed.)*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Triasih. (2007). *Hubungan kepuasan, motivasi, dan beban kerja dengan kinerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD Dr. Adjiendaromo kabupaten Lebak*. Thesis tidak dipublikasikan. Universitas Indonesia. Jakarta: Indonesia.
- Upenieks, V.V. (2003, April-Juni). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health care manager*, 22 (2), 83-98. Februari 8, 2012. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer>
- Wardani, I.Y., Keliat, B., & Mustikasari. (2003, Juni). Karakteristik klien yang dirawat di ruang model praktek keperawatan profesional rumah sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. *Jurnal Makara Kesehatan*, 7(1), 1693-672. Februari 22, 2012. <http://journal.ui.ac.id/?hal=detailArtikel&q=154>
- Werdati, S., & Nuryandari. (2007, Agustus). *Kumpulan materi pelatihan implementasi MPKP*. Makalah disajikan dalam *in house training* pelatihan implementasi MPKP, RS Medika Pertamina Balikpapan Kalimantan Timur
- Wijayanti, D.Catharina. (2011). *Laporan residensi praktik kepemimpinan dan manajemen keperawatan*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Wong, D.L., et al. (2002). *Buku ajar keperawatan pediatrik Wong (6rd ed.) vol.1*. (penerjemah: Sutarna, A., Juniarti, N., & Kuncara, H. Y). Jakarta: EGC <http://www.books.google.co.id/books?id>
- Zangaro, G.A., & Soeken, K.L. (2007, Januari). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in nursing & health*, 30, 445–458. Februari 8, 2012. <http://www.proquest.com/ehost/pdf>
- Zurmehly, J. (2008, October). The relationship of educational preparation, autonomy, and critical thinking to nursing job satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 39 (10), 453-460. Februari 8, 2012. <http://www.proquest.com/ehost/pdf>



# LAMPIRAN 1



## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Yth. Bapak dan Ibu teman sejawat

Dengan ini, saya **Yusnita Sirait, NPM: 1006755462**, mahasiswa Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian tentang “Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruang MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta”.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran hubungan penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja perawat dan dokter terhadap pelaksanaan MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta, dan diharapkan hasilnya dapat bermanfaat untuk pengembangan layanan keperawatan khususnya dan layanan kesehatan pada umumnya yang dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat dan dokter di RS PGI Cikini Jakarta.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak bapak/ibu dengan cara menjamin kerahasiaan identitas bapak/ibu dan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan kepentingannya untuk penelitian, oleh karena itu peneliti mengharapkan partisipasi dan kesediaan bapak/ibu dalam penelitian ini.

Atas kesediaan dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Jakarta,

2012

Peneliti  
Yusnita Sirait

## **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

*(INFORMED CONSENT)*

Setelah mendapat informasi secukupnya dan membaca penjelasan diatas, saya memahami tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul **“Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruang MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta”**, dari mahasiswa Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas nama:

**Yusnita Sirait**  
**NPM: 1006755462**

Dengan sukarela saya menyetujui dan ikut serta dalam penelitian ini. Saya menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pengembangan layanan keperawatan pada khususnya dan layanan kesehatan pada umumnya di RS PGI Cikini Jakarta.

Jakarta,

2012

( )

Responden Penelitian

## LEMBAR KUESIONER

### PETUNJUK

1. Mohon kesediaan anda untuk menjawab semua pertanyaan yang ada. Kuesioner ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.
2. Responden tidak perlu mengisi nama dan alamat pada kuesioner ini
3. Kerahasiaan jawaban kuesioner akan dijaga oleh peneliti

### KUESIONER A

#### IDENTITAS PERAWAT

1. Umur : ..... Tahun
2. Pendidikan terakhir keperawatan :
  - 1) SPK
  - 2) DIII Keperawatan
  - 3) S1 Keperawatan
3. Lama bekerja : ..... Tahun
4. Status perkawinan :
  - 1) Belum kawin
  - 2) Kawin
5. Status kepegawaian :
  - 1) Pegawai tetap
  - 2) Kontrak

## LEMBAR KUESIONER

### PETUNJUK

1. Mohon kesediaan anda untuk menjawab semua pertanyaan yang ada. Kuesioner ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.
2. Responden tidak perlu mengisi nama dan alamat pada kuesioner ini
3. Kerahasiaan jawaban kuesioner akan dijaga oleh peneliti

### KUESIONER A

#### IDENTITAS DOKTER

1. Umur : ..... Tahun
2. Pendidikan terakhir keperawatan :
  - 1) Dokter Umum
  - 2) Dokter Spesialist dan Dokter Sub spesialist
3. Lama bekerja di RS : ..... Tahun
4. Status perkawinan :
  - 1) Belum kawin
  - 2) Kawin
5. Status kepegawaian :
  - 1) Dokter Tetap
  - 2) Dokter Tidak Tetap (Dokter Tamu, Dokter Kontrak)



## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Yth. Bapak dan Ibu teman sejawat

Dengan ini, saya **Yusnita Sirait, NPM: 1006755462**, mahasiswa Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian tentang “Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruang MPKP Pemula”.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran hubungan penerapan MPKP Pemula dengan tingkat kepuasan kerja perawat dan dokter terhadap pelaksanaan MPKP Pemula, dan diharapkan hasilnya dapat bermanfaat untuk pengembangan layanan keperawatan khususnya dan layanan kesehatan pada umumnya yang dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat dan dokter.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak bapak/ibu dengan cara menjamin kerahasiaan identitas bapak/ibu dan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan kepentingannya untuk penelitian, oleh karena itu peneliti mengharapkan partisipasi dan kesediaan bapak/ibu dalam penelitian ini.

Atas kesediaan dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Jakarta,

2012

Peneliti  
Yusnita Sirait

## **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

*(INFORMED CONSENT)*

Setelah mendapat informasi secukupnya dan membaca penjelasan diatas, saya memahami tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul **“Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada ruang MPKP Pemula”**, dari mahasiswa Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas nama:

**Yusnita Sirait**  
**NPM: 1006755462**

Dengan sukarela saya menyetujui dan ikut serta dalam penelitian ini. Saya menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pengembangan layanan keperawatan pada khususnya dan layanan kesehatan pada umumnya.

Jakarta,

2012

( )

Responden Penelitian

**Kuesioner B**  
**Penerapan MPKP Pemula terhadap Perawat**

**PETUNJUK**

Pernyataan dibawah ini menggambarkan penerapan Model Praktik Keperawatan Primer Pemula (MPKP Pemula). Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja

1. Selalu (SL)
2. Sering (S)
3. Jarang (J)
4. Tidak pernah (TP)

**Keterangan:**

Perawat Primer (PP)  
Perawat Assosiet (PA)  
*Clinical Care Manager* (CCM)  
Rencana perawatan (Renpra)

<b>Pernyataan</b>	<b>Selalu (SL)</b>	<b>Sering (SR)</b>	<b>Jarang (J)</b>	<b>Tidak Pernah (TP)</b>
1. PP melakukan kontrak klien dan keluarga pada awal masuk ruangan				
2. PA menerima klien baru dan orientasi klien/keluarga jika PP tidak ditempat				
3. PA melakukan tindakan keperawatan terhadap klien berdasarkan rencana perawatan (renpra)				
4. PA melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan				
5. PA mendokumentasikan tindakan yang dilakukan di dalam dokumentasi keperawatan pada rekam medis klien				
6. PA berperan serta memberikan pendidikan kesehatan				
7. PP membuat keputusan atas setiap perubahan respon pasien terhadap asuhan keperawatan				
8. PP menentukan tindakan keperawatan untuk pasien yang menjadi tanggungjawabnya				
9. PP bertanggungjawab atas asuhan keperawatan yang dilakukan PA yang dibawah tanggungjawabnya				
10. Kepala ruangan mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah di ruangan				
11. Kepala ruangan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan				
12. Kepala ruangan melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan				
13. Saya bekerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawab saya				
14. Saya melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan standar operasional prosedur (SOP)				
15. PP merumuskan renpra bersama CCM				

**PETUNJUK**

Pernyataan dibawah ini menggambarkan penerapan Model Praktik Keperawatan Primer Pemula (MPKP Pemula). Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja

1. Selalu (SL)
2. Sering (S)
3. Jarang (J)
4. Tidak pernah (TP)

**Keterangan:**

- Perawat Primer (PP)
- Perawat Assosiet (PA)
- Clinical Care Manager* (CCM)
- Rencana perawatan (Renpra)

<b>Pernyataan</b>	<b>Selalu (SL)</b>	<b>Sering (SR)</b>	<b>Jarang (J)</b>	<b>Tidak Pernah (TP)</b>
16. PP membimbing PA dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur				
17. CCM memberikan masukan kepada PP terkait bimbingan yang diberikan PP kepada PA				
18. PP bertanggung jawab selama 24 jam atas asuhan keperawatan klien yang diberikan kepadanya				
19. PP merawat sekelompok kecil pasien (9-10) yang dibantu oleh PA				
20. PP menetapkan rencanakan asuhan keperawatan berdasarkan analisis renpra sesuai dengan hasil pengkajian				
21. PP menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggung jawabnya				
22. PP membagi pasien PA berdasarkan tingkat ketergantungan klien				
23. PP mengevaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan oleh PA				
24. PP mengevaluasi perkembangan klien				
25. PP memodifikasi renpra sesuai dengan perkembangan klien				
26. PP membuat perencanaan pasien pulang				
27. Dokter mengetahui siapa PP setiap pasiennya				
28. PP memfasilitasi pelaksanaan konsultasi pasien/keluarga dengan dokter				
29. PA melakukan dokumentasi tindakan yang dilakukan				
30. PP mengadakan <i>pre conference</i> pada setiap awal tugas jaga pagi				
31. PP mengadakan <i>post conference</i> pada setiap akhir tugas jaga pagi				
32. PP menerima serah terima tugas jaga dari PA yang tugas jaga sebelumnya				
33. Pasien/keluarga mengetahui siapa PP yang bertanggung				

**PETUNJUK**

Pernyataan dibawah ini menggambarkan penerapan Model Praktik Keperawatan Primer Pemula (MPKP Pemula). Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja

1. Selalu (SL)
2. Sering (S)
3. Jarang (J)
4. Tidak pernah (TP)

**Keterangan:**

Perawat Primer (PP)

Perawat Assosiet (PA)

*Clinical Care Manager (CCM)*

Rencana perawatan (Renpra)

<b>Pernyataan</b>	<b>Selalu (SL)</b>	<b>Sering (SR)</b>	<b>Jarang (J)</b>	<b>Tidak Pernah (TP)</b>
jawab selama ia dirawat				
34. CCM bersama PP mengadakan pembahasan kasus bersama tim kesehatan lain				
35. Perawat mendapatkan kompensasi secara finansial berdasarkan tugas dan tanggungjawabnya dalam penerapan MPKP				
36. Perawat mendapatkan tunjangan kesehatan				
37. PP memberikan pujian terhadap asuhan keperawatan yang diberikan PA terhadap klien				
38. CCM memberikan pujian kepada PP terkait renpra terhadap klien				
39. Perawat mendapatkan kesempatan untuk pelatihan				
40. Perawat mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan				

**Kuesioner B**  
**Penerapan MPKP Pemula terhadap Dokter**

<b>PETUNJUK</b>				
Pernyataan dibawah ini menggambarkan penerapan Model Praktik Keperawatan Primer Pemula (MPKP Pemula). Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Selalu (SL)</li> <li>6. Sering (S)</li> <li>7. Jarang (J)</li> <li>8. Tidak pernah (TP)</li> </ol>				
Keterangan: Perawat Primer (PP) Perawat Assosiet (PA) Clinical Care Manager (CCM)				
Pernyataan	Selalu (SL)	Sering (SR)	Jarang (J)	Tidak Pernah (TP)
1. PP mampu mengidentifikasi keadaan kritis pasien yang menjadi tanggungjawabnya				
2. Dokter menerima masukan dari PP untuk keputusan asuhan medik pasien				
3. PP menyampaikan kepada dokter mengenai keberhasilan asuhan keperawatan sebagai pertimbangan keputusan untuk pulang				
4. PP mampu membatalkan rencana tindakan yang didelegasikan dokter bila kondisi pasien mengalami perubahan yang membahayakan				
5. Kepala ruangan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan				
6. Dokter mengetahui siapa PP setiap pasiennya				
7. PP mengusulkan pembahasan masalah klinik bersama dokter tentang kasus khusus yang ditemukan				
8. Rumah sakit memberlakukan <i>outstanding order</i> sebagai pedoman untuk melaksanakan tindakan yang didelegasikan kepada tenaga profesi lain				
9. PP memfasilitasi pelaksanaan konsultasi pasien/keluarga dengan dokter				
10. PP melakukan diskusi kasus dengan dokter minimal 1 kali/minggu				
11. PP/PA melakukan visite bersama dengan dokter yang merawat				
12. CCM bersama PP mengadakan pembahasan kasus bersama dokter				
13. Dokter menggunakan rekam keperawatan dalam rangka pelaksanaan program kolaborasi				
14. Dokter dan Perawat merencanakan bersama untuk keputusan asuhan pelayanan pasien				
15. Ada koordinasi antara dokter dan perawat dalam pengambilan keputusan terhadap pasien				

**Kuesioner C**  
**Kepuasan Perawat terhadap Penerapan MPKP Pemula**

**PETUNJUK**

Pernyataan dibawah ini menggambarkan kepuasan perawat terhadap penerapan MPKP Pemula. Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan perasaan anda puas atau tidak puas terhadap penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja

1. **Sangat Puas (SP)/Sangat Setuju(SS)**
2. **Puas (P)/Setuju(S)**
3. **Tidak Puas (TP)/ Tidak Setuju(TS)**
4. **Sangat Tidak Puas (STP )/Sangat Tidak Setuju(STS)**

Keterangan:

- Perawat Primer (PP)
- Perawat Assosiet (PA)
- Clinical Care Manager (CCM)*
- Rencana perawatan (Renpra)

Pernyataan	Sangat Puas (SP) /Sangat Setuju(SS)	Puas (P)/Setuju (S)	Tidak Puas (TP)/ Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Puas (STP)/ Sangat Tidak Setuju (STS)
1. Tunjangan yang saya terima belum sesuai dengan tanggung jawab saya				
2. CCM memberikan pujian terhadap PP terkait rencana perawatan (renpra) klien				
3. Kesempatan untuk melanjutkan pendidikan di RS ini belum merata				
4. Pengaturan gaji sudah sepenuhnya sesuai dengan tanggung jawab saya				
5. Saya tidak mengeluh dengan penghasilan saya sekarang				
6. Pengaturan kenaikan upah sangat diperlukan di rumah sakit ini				
7. Sistem penggajian sesuai standar yang berlaku secara nasional diperlukan di rumah sakit ini				
8. Saya merasa tanggung jawab saya sesuai dengan wewenang saya				
9. Kebebasan dalam pekerjaan saya untuk membuat keputusan yang penting sangat terbatas				
10. Saya melakukan tindakan dalam pekerjaan saya dengan pertimbangan profesional yang tinggi				
11. Kemandirian yang saya miliki dalam pekerjaan saya tidak sesuai dengan area kerja saya				
12. Saya mempunyai andil dalam membuat keputusan tentang respon pasien terhadap penyakitnya				
13. Tanggung jawab saya lebih besar dari wewenang saya				

**PETUNJUK**

Pernyataan dibawah ini menggambarkan kepuasan perawat terhadap penerapan MPKP Pemula. Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan perasaan anda puas atau tidak puas terhadap penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja

1. **Sangat Puas (SP)/Sangat Setuju(SS)**
2. **Puas (P)/Setuju(S)**
3. **Tidak Puas (TP)/ Tidak Setuju(TS)**
4. **Sangat Tidak Puas (STP )/Sangat Tidak Setuju(STS)**

Keterangan:

Perawat Primer (PP)

Perawat Assosiet (PA)

*Clinical Care Manager* (CCM)

Rencana perawatan (Renpra)

Pernyataan	Sangat Puas (SP) /Sangat Setuju(SS)	Puas (P)/ Setuju (S)	Tidak Puas (TP)/ Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Puas (STP)/ Sangat Tidak Setuju (STS)
14. Saya jenuh dengan semua pekerjaan yang diberikan kepada saya				
15. Saya merasa waktu yang saya miliki kurang untuk memberikan perawatan langsung pada klien				
16. Saya merasa banyak tugas yang kami harus kerjakan tidak sesuai dengan jumlah tenaga yang kami miliki				
17. Saya membuat modifikasi rencana perawatan sesuai dengan area kerja saya				
18. Saya bersama rekan sejawat mendiskusikan perkembangan kesehatan pasien asuhan saya				
19. Saya merasa mempunyai andil dalam penyusunan asuhan pelayanan bagi pasien saya				
20. Kebijakan RS akan penetapan kebijakan tunjangan belum mendukung kinerja saya				
21. Kebijakan RS akan penetapan kebijakan tunjangan belum sesuai dengan tanggung jawab kami				
22. RS mendukung pengembangan karir saya				
23. RS mendukung keamanan saya dalam bekerja melalui SOP				
24. Saya mempunyai hak suara dalam penyusunan rencana kebijakan dirumah sakit ini				
25. Saya merasa bidang manajemen memperhatikan kepentingan profesi saya				
26. Saya merasa direksi RS belum sepenuhnya melibatkan perawat dalam rapat manajemen				
27. Saya merasa dokter belum mengetahui siapa PP setiap pasien nya				
28. Saya melakukan dokumentasi sesuai dengan tugas yang saya				



**PETUNJUK**

Pernyataan dibawah ini menggambarkan kepuasan perawat terhadap penerapan MPKP Pemula. Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan perasaan anda puas atau tidak puas terhadap penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja

1. **Sangat Puas (SP)/Sangat Setuju(SS)**
2. **Puas (P)/Setuju(S)**
3. **Tidak Puas (TP)/ Tidak Setuju(TS)**
4. **Sangat Tidak Puas (STP )/Sangat Tidak Setuju(STS)**

Keterangan:

Perawat Primer (PP)

Perawat Assosiet (PA)

*Clinical Care Manager* (CCM)

Rencana perawatan (Renpra)

Pernyataan	Sangat Puas (SP) /Sangat Setuju(SS)	Puas (P)/ Setuju (S)	Tidak Puas (TP)/ Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Puas (STP)/ Sangat Tidak Setuju (STS)
miliki				
29. Saya merasa <i>pre conference</i> terlaksana secara teratur pada setiap awal tugas jaga pagi				
30. Saya merasa <i>post conference</i> pada akhir tugas jaga pagi tidak terlaksana secara teratur				
31. Saya merasa PP memperkenalkan semua perawat yang ada dalam satu tim yang akan merawat selama pasien dirawat				
32. Saya merasa pembahasan kasus bersama tim kesehatan lain belum berjalan lancar				
33. Saya merasa kerjasama perawat dan dokter di ruangan saya belum berjalan dengan baik				
34. Saya merasa profesi saya kurang diakui sebagai komponen penting dalam memberikan pelayanan klien di rumah sakit				
35. Apa yang saya lakukan di dalam pekerjaan saya memberikan nilai tambahan bagi rumah sakit ini				
36. Saya merasa malu bila membicarakan profesi saya dengan orang lain				
37. Walaupun ada pekerjaan lain yang mempunyai gaji lebih tinggi saya akan tetap menjalani profesi saya				
38. Saya merasa profesi saya belum dihargai				
39. Saya merasa banyak melakukan kegiatan didalam profesi saya				
40. Saya merasa profesi saya diremehkan orang lain				

**Kuesioner C**  
**Kepuasan Dokter terhadap Penerapan MPKP Pemula**

**PETUNJUK**

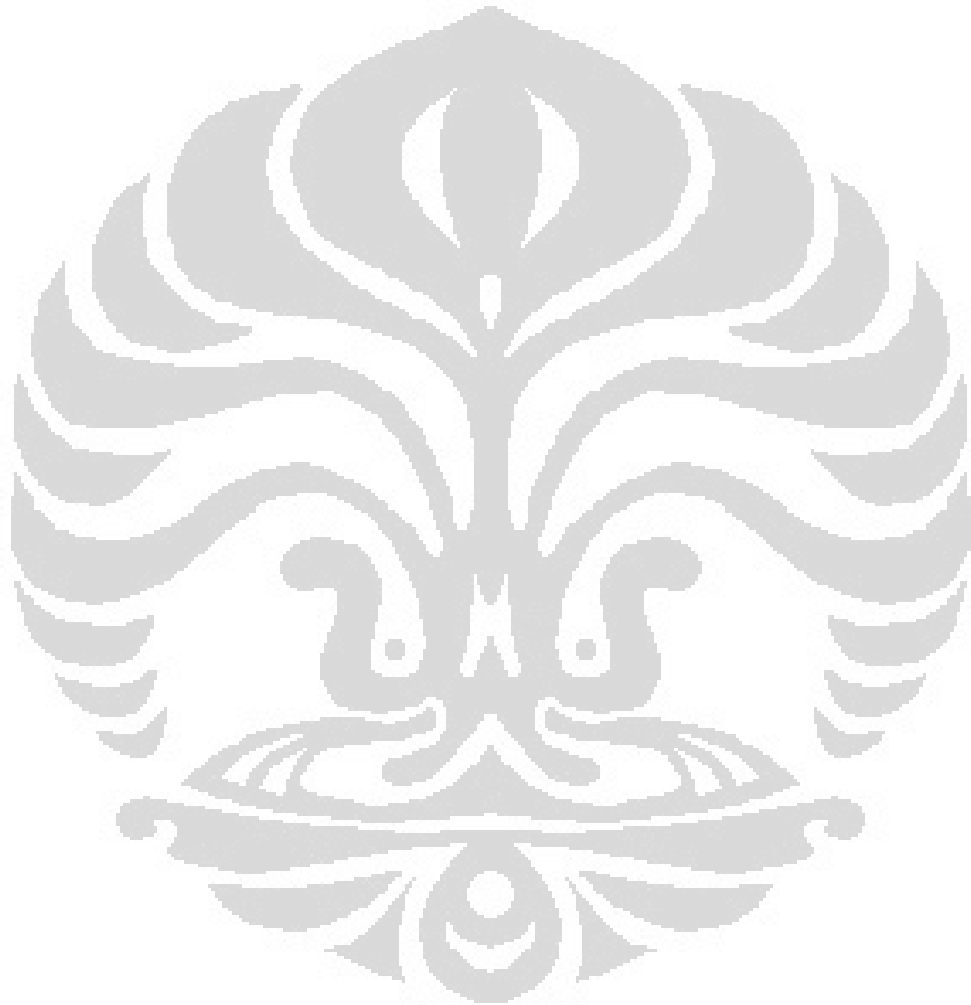
Pernyataan dibawah ini menggambarkan kepuasan dokter terhadap penerapan MPKP Pemula. Berilah tanda “√” pada salah satu kolom berikut ini yang menurut anda paling menggambarkan perasaan anda puas atau tidak puas terhadap penerapan MPKP Pemula di ruangan anda bekerja.

1. **Sangat Puas (SP)/Sangat Setuju(SS)**
2. **Puas (P)/Setuju(S)**
3. **Tidak Puas (TP)/ Tidak Setuju(TS)**
4. **Sangat Tidak Puas (STP )/Sangat Tidak Setuju(STS)**

Keterangan:

- Perawat Primer (PP)
- Perawat Assosiet (PA)
- Clinical Care Manager (CCM)
- Rencana perawatan (Renpra)

Pernyataan	Sangat Puas (SP)	Puas (P)	Tidak Puas (TP)	Sangat Tidak Puas (STP)
1. Kebijakan RS akan penetapan pendelegasian berdasarkan <i>outstanding order</i> mendukung kinerja saya				
2. Penetapan kebijakan tunjangan tidak sesuai dengan tanggung jawab kami				
3. Kebijakan RS akan penetapan <i>job desk</i> masing-masing profesi mendukung kinerja saya				
4. Kebijakan RS untuk mendapatkan pelatihan belum sepenuhnya berjalan di RS				
5. Kebijakan RS akan uraian wewenang masing-masing profesi belum diuraikan secara tertulis				
6. Adanya metode MPKP Pemula ini belum membuat dokter mengetahui siapa PP setiap pasiennya				
7. Adanya metode MPKP Pemula ini, pelayanan asuhan klien lebih sistematis				
8. PP memfasilitasi pelaksanaan konsultasi pasien/keluarga dengan dokter				
9. Pembahasan kasus bersama dokter belum baik				
10. Kerjasama perawat dan dokter di ruangan ini belum berjalan dengan baik				
11. Pengetahuan perawat perlu di tingkatkan guna menjembatani kolaborasi				
12. Apa yang saya lakukan di dalam pekerjaan saya belum memberikan nilai tambahan bagi rumah sakit ini				
13. Saya bangga dengan profesi saya				
14. Walaupun ada pekerjaan lain yang mempunyai gaji lebih tinggi saya akan tetap bekerja pada profesi saya				
15. Perawat mempunyai andil yang cukup besar dalam asuhan pelayanan klien				



# LAMPIRAN 2





# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://www.fik.ui.ac.id)

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Hubungan Penerapan MPKP Pemula dengan Tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada Ruang MPKP Pemula di RS PGI Cikini Jakarta.**

Nama peneliti utama : **Yusnita Sirait**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 25 April 2012

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

# LAMPIRAN 3





# RUMAH SAKIT UMUM UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA

Jl. Mayjen Sutoyo - Cawang Phone : 8092317, 8092831, 8010523, 8010526  
Fax. 8092445 Jakarta Timur 13630

Bank :  
- BRI  
- BANK MANDIRI  
- INA BANK  
- BCA

## SURAT KETERANGAN

NO: 025/S.Ket/Dirut/RSU UKI/05.2012

Pimpinan Rumah Sakit Umum Universitas Kristen Indonesia, dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Ns. Yusnita Sirait, SKep  
NPM : 10067554462  
Program Studi : S2 Keperawatan  
Lembaga Pendidikan : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Telah melaksanakan Penelitian dengan judul: "**Hubungan Penerapan MPKP Pemula terhadap Tingkat Kepuasan Kerja Perawat dan Dokter pada Ruang MPKP Pemula**" pada bulan Mei 2012

Demikianlah surat keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 24 Mei 2012

  
Dr. Rosma Napitupulu, MARS  
Direktur Utama

Cc. Arsip



**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 : 108/PPSDM/VII/2012  
Hal : Permohonan ijin penelitian

Jakarta, 29 Maret 2012

Kepada Yth :  
Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia Jakarta

Dengan hormat,

Membalas surat Ibu No. 1394/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 perihal seperti tersebut diatas, dengan ini kami sampaikan bahwa permohonan mahasiswa ibu : Yusnita Sirait untuk - penelitian di RS PGI Cikini, dapat disetujui.

Untuk teknis pelaksanaannya mohon menghubungi Ns.Kristina Sinuraya,S.Kep ( wakil - Kepala Bidang Keperawatan ) di 021 - 39887777 ext 7434.

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami ,

Drs. Stefanus Lukas, Apt, MARS, MMin  
Direktur

Tembusan Yth.

1. Ketua Komite Keperawatan RS PGI Cikini
2. Kepala Bidang Perawatan RS PGI Cikini
3. Arsip



# LAMPIRAN 4



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yusnita Sirait  
Tempat, tanggal lahir : Ajibata Parapat, 23 Juni 1981  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status : Menikah  
Alamat Asal : Jl. Ramanian 2 No. 13 Samarinda  
Alamat Institusi : Jl. Sutomo No. 1 Samarinda

Riwayat Pendidikan : SD Negeri 174561 Ajibata Parapat (1987-1993)  
SMP N 2 Parapat (1993-1996)  
SMU N 4 P. Siantar (1996-1999)  
Universitas Gadjah Mada (1999-2005)  
Universitas Indonesia (2010-2012)

Riwayat Pekerjaan : RS Pertamina Balikpapan (2005-2008)  
RSUD A. W. Sjahranie Samarinda (2008-sekarang)