



UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI KETIDAKPUASAN KERJA PERAWAT DI
PELAYANAN KEPERAWATAN INTENSIF
DI 18 RS, 9 PROVINSI DI INDONESIA**

TESIS

**OLEH :
MIRNA ARMIDIANTI
NPM : 0606022416**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASAYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

Tesis, Juli 2008

MIRNA ARMIDIANTI

Evaluasi Ketidakpuasan Kerja Perawat di Pelayanan Keperawatan Intensif di 18 Rumah Sakit, 9 Provinsi di Indonesia

xviii + 146 halaman + 37 tabel + 20 gambar +7 lampiran

ABSTRAK

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang terpisah, dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan prognosis dubia. Pelayanan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sehingga sering dijadikan cermin keberhasilan pelayanan. Perawat merupakan komponen penting di Rumah Sakit, sehingga perlu diperhatikan ketidakpuasan kerjanya karena nantinya akan mempengaruhi produktivitas.

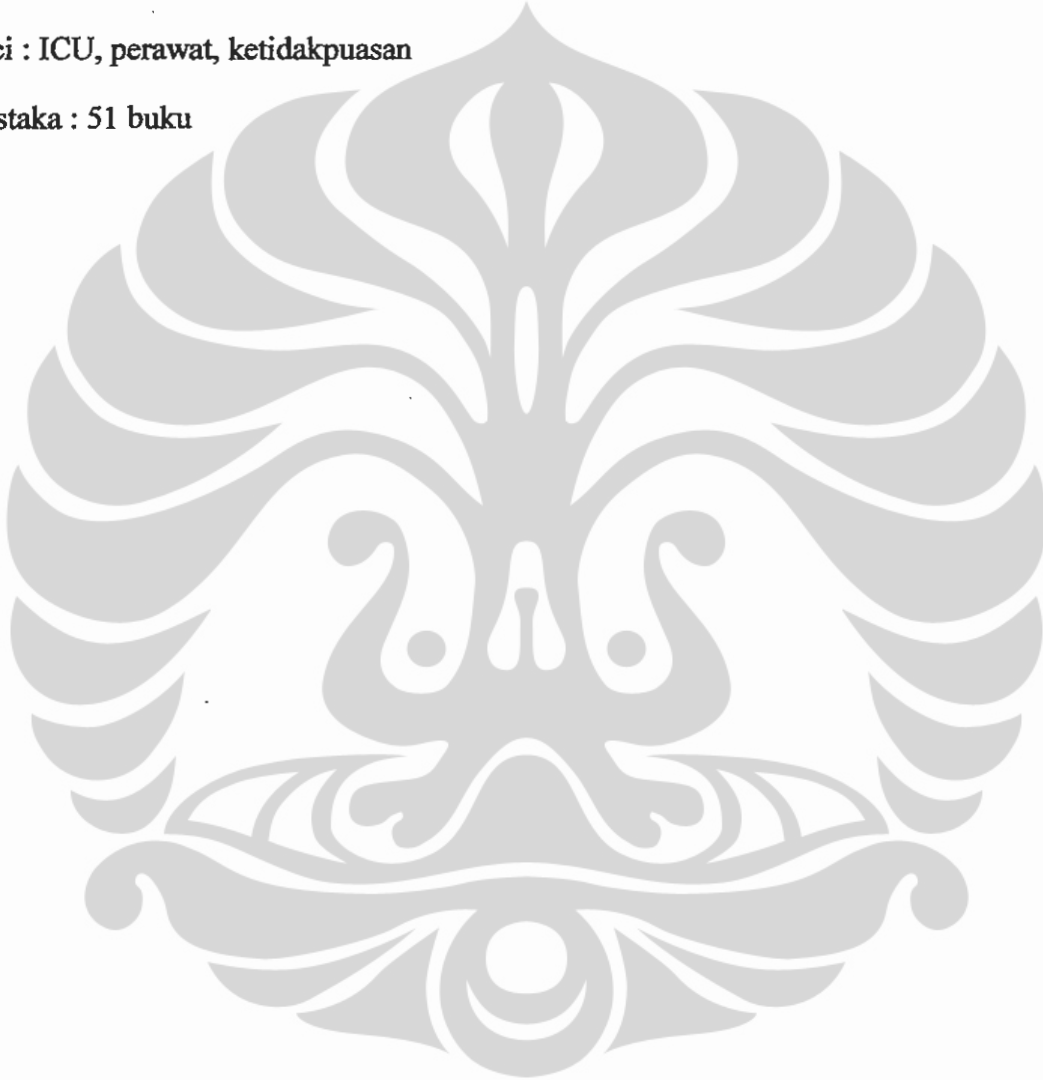
Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja para perawat di ICU. Dalam penyusunan kerangka konsep penelitian ini, sebagai variabel dependen adalah ketidakpuasan kerja perawat, sedangkan variabel independennya adalah Karakteristik individu (usia, jenis kelamin, status perkawinan, latar belakang pendidikan, lama kerja) dan Lingkungan kerja (Struktur tugas, pola kepemimpinan, penghargaan, ketersediaan sarana kerja, desain pekerjaan, pendidikan dan pelatihan, pola kerjasama). Penelitian ini menggunakan data kuantitatif (kuisisioner bagi perawat di ICU 18 RS) dan kualitatif (wawancara mendalam di 2 RSUD di Jakarta). Data kuantitatif yang diperoleh, di analisa secara univariat, bivariat, multivariate. Selain itu juga dilakukan analisis berdasarkan diagram Kartesius dan *gap score*.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 46,7 % dari responden merasa ketidakpuasan kerja. Dan yang paling dominan mempengaruhi ketidakpuasan terlihat

pada dimensi penghargaan. Sehingga dari hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk perbaikan-perbaikan pihak Depkes, Rumah Sakit, Perawat pelaksana, maupun Program Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia.

Kata kunci : ICU, perawat, ketidakpuasan

Daftar pustaka : 51 buku



**UNIVERSITY OF INDONESIA
POST-GRADUATE PROGRAM
HOSPITAL ADMINISTRATIVE RESEARCH PROGRAM**

Thesis, July 2008

MIRNA ARMIDIANTI

The Evaluation of Work Dissatisfaction at the Intensive Care Unit at 18 Hospitals in 9 Provinces in Indonesia

xviii+146 pages +37 tables+20 pictures+7 attachments

ABSTRACT

Intensive Care Unit (ICU) is a separate part of the hospital, with special staff and equipment that are specific for observing, treating and the therapy of patients who are ill, injured, or have life threatening or potentially life threatening conditions, with prognosis dubia. The nursing service is an integral part of the health services in a hospital, hence has frequently been a portrayal of the success of service. The nursing staff is an important component of a hospital, so it must be closely scrutinized, as it will affect productivity.

This research was carried out to gain information on the factors affecting the work dissatisfaction of the nurses at the ICU. In making the concept of this research, the dependant variable was the work dissatisfaction of nurses, while the independent variable was individual characteristics (age, sex, marital status, educational background, period of employment) and work environment (task structure, mode of leadership, appraisals, availability of equipment, task design, education and training, pattern of cooperation). This research used quantitative (questionnaires for nurses at 18 hospital ICU's) and qualitative (in depth interviews at two state hospitals in Jakarta) data. The obtained quantitative data was analyzed univariately, bivariately and multivariately. Furthermore, an analysis was performed based on the Kartesius diagram and the gap score.

From the research, 46.7 % of the respondents were dissatisfied with their work. In addition, what dominantly affected their dissatisfaction were their appraisals. Therefore, the result of this research is hoped to promote improvements at the Ministry of Health, the hospitals, the working nurses and the Hospital Administrative Research Program at the University of Indonesia.

Keyword : ICU, nurse, dissatisfaction

Literature : 51 books



UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI KETIDAKPUASAN KERJA PERAWAT DI
PELAYANAN KEPERWATAN INTENSIF
DI 18 RS, 9 PROVINSI DI INDONESIA**

**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**OLEH :
MIRNA ARMIDIANTI
NPM : 0606022416**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASAYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**EVALUASI KETIDAKPUASAN KERJA PERAWAT
DI PELAYANAN KEPERAWATAN INTENSIF DI 18 RS, 9 PROVINSI DI
INDONESIA**

Telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 19 Juli 2008

Pembimbing



(dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 19 Juli 2008

Ketua



(Dr. dr. H. Adang Bachtiar, MPH, ScD)

Anggota



(Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)



(Saida Simanjutak, SKp. MARS)

Menerangkan bahwa penguji tidak datang

 (Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : drg. Mirna Armidianti
NPM : 0606022416
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Evaluasi Ketidakpuasan Kerja Perawat di Pelayanan Keperawatan Intensif di 18 RS, 9 Provinsi di Indonesia

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2008



(drg. Mirna Armidianti)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Mirna Armidianti

Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 5 Desember 1981

Agama : Islam

Alamat Rumah : Jl. Cakrawijaya VIII S-19, Komp. Diskum AD
Cipinang Muara , Jakarta Timur 13420

Alamat Kantor : YPR Hospitals
Jl. Sawo No. 56-60 Menteng, Jakarta

Riwayat Pendidikan

1987 – 1993 : SD Persit KCK, Jakarta

1993 – 1996 : SMPN 3 , Jakarta

1996 – 1999 : SMU Labschool , Jakarta

1999 – 2007 : Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Trisakti

2006 – sekarang : FKM UI, Depok

Riwayat Pekerjaan

2006- 2007 : Asistensi Dokter Gigi , Klinik Karya Bakti, Jakarta

2008- sekarang : Dokter gigi di YPR Hospitals

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat, hidayah serta nikmat yang diberikan sehingga penulis bisa diberi kesempatan untuk belajar dan menyelesaikan tesis Magister di Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada Papa dan Mama serta adik-adikku (Todi dan Diaz) yang telah memberikan dukungan, doa dan kesabaran selama penulis mengikuti perkuliahan sampai dengan menyelesaikan tesis ini.

Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setingginya kepada:

1. Ibu dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS., sebagai pembimbing yang telah memberikan waktu dan kesabaran dalam memberikan bimbingan dari awal hingga penyelesaian tesis ini
2. Bapak dr. H. Adang Bachtiar, MPH, ScD., sebagai penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam pembuatan tesis ini
3. Ibu Saidah Simanjuntak, SKp, MARS, sebagai penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam pembuatan tesis ini
4. Bapak Prof. Dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD, sebagai penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam pembuatan tesis ini

5. Ibu Saida Simanjuntak, SKp, MARS, sebagai penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam pembuatan tesis ini
6. Tim Subdit Bina Pelayanan Keperawatan Intensif, Direktorat Bina Yan. Keperawatan Dit.Jen Yan Medik, Departemen Kesehatan yang telah memberikan kesempatan untuk bergabung dalam penelitian mengenai keperawatan unit perawatan intensif pada 18 rumah sakit di Indonesia.
7. Seluruh manajemen dan staf 18 rumah sakit di Indonesia yang telah memberikan waktu dan kesempatan sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan.
8. Kepada teman-teman seperjuangan tim penelitian tesis (Mba Susan, Laras Andien, Mas Ferry) yang saling membantu, mendorong dan memberi semangat selama pembuatan tesis.
9. Dhuran, yang selalu memberikan doa dan support
10. Anti, Laras, Mba Fathya dan rekan-rekan KARS 2006 yang saling membantu dan kompak selama menjalani perkuliahan.
11. Teman-teman FKGku, GAM girls : Ningrum, Wening, Maya, Syari, Devy, yang selalu kompak sampai kapanpun.
12. Seluruh staf perpustakaan FKM, FIK , Perpustakaan Pusat UI.

Tesis ini masih jauh dari sempurna, semoga dapat bermanfaat bagi kemajuan dunia kesehatan di Indonesia.

Depok, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i	
RIWAYAT HIDUP PENULIS	iv	
KATA PENGANTAR	v	
DAFTAR ISI	vii	
DAFTAR TABEL	xiii	
DAFTAR GAMBAR	xvi	
DAFTAR LAMPIRAN	xviii	
BAB 1	PENDAHULUAN	
1.1	Latar belakang masalah	1
1.2	Masalah Penelitian	8
1.3	Pertanyaan Penelitian	8
1.4	Tujuan Penelitian	
1.4.1	Tujuan Umum	9
1.4.2	Tujuan Khusus	9
1.5	Manfaat Penelitian	
1.5.1	Bagi Peneliti	10
1.5.2	Bagi Unit Perawatan Intensif R.S	10
1.5.3	Bagi Program Studi	10
1.5.4	Bagi Departemen Kesehatan	11

1.6	Ruang Lingkup Penelitian	11
BAB 2	TINJAUAN PUSTAKA	
2.1	Keperawatan di Rumah Sakit	13
2.2	Asuhan Keperawatan Intensif	14
2.3	Kepuasan	
2.3.1	Teori Kepuasan	20
2.3.2	Faktor Penyebab Kepuasan Kerja	23
2.3.3	Pengukuran Kepuasan	25
2.3.4	Persepsi dan Harapan	27
2.3.5	Diagram Kartesius	29
2.4	Ketidakpuasan	
2.4.1	Faktor Penyebab Ketidakpuasan	31
2.4.2	Respon terhadap Ketidakpuasan Kerja	32
2.4.3	Mencegah Ketidakpuasan Kerja	34
BAB 3	GAMBARAN UMUM ICU	38
BAB 4	KERANGKA KONSEP & DEFINISI OPERASIONAL	
4.1	Kerangka Konsep	54
4.2	Definisi operasional	55
4.3	Hipotesis	61

BAB 5 METODOLOGI PENELITIAN

5.1	Rancangan Penelitian	62
5.2	Populasi & Sampel	
5.2.1	Populasi	62
5.2.2	Sampel	62
5.2.3	Waktu penelitian	63
5.3	Pengumpulan data	
5.3.1	Sumber data	63
5.3.2	Alat pengumpul data	63
5.3.3	Uji Validitas dan Reabilitas Kuisioner	63
5.3.4	Pengolahan data	64
5.3.5	Analisis data	65

BAB 6 HASIL

6.1.	Analisis Univariat	
6.1.1.	Gambaran Karakteristik Perawat	68
6.1.1.1	Umur	69
6.1.1.2	Jenis Kelamin	69
6.1.1.3	Pendidikan terakhir	70
6.1.1.4	Status Perkawinan	71
6.1.1.5	Lama bekerja di ICU	71
6.1.2.	Lingkungan kerja	72
6.1.2.1	Struktur tugas	72

6.1.2.2.	Desain pekerjaan	74
6.1.2.3.	Pola kepemimpinan	75
6.1.2.4	Pola kerjasama	76
6.1.2.5	Ketersediaan sarana kerja	78
6.1.2.6	Penghargaan	79
6.1.2.7	Pendidikan dan Pelatihan	81
6.1.3.	Gambaran Ketidakpuasan kerja	82
6.2.	Analisis Bivariat	
6.2.1	Hubungan karakteristik individu dengan ketidakpuasan	82
6.2.1.1.	Umur	83
6.2.1.2.	Jenis kelamin	83
6.2.1.3	Pendidikan	84
6.2.1.4	Status perkawinan	85
6.2.1.5	Lama kerja	86
6.2.2	Hubungan faktor lingkungan kerja dengan ketidakpuasan	
6.2.2.1	Struktur tugas	87
6.2.2.2	Desain pekerjaan	88
6.2.2.3	Pola kepemimpinan	88
6.2.2.4	Pola kerjasama	89
6.2.2.5	Ketersediaan sarana kerja	90
6.2.2.6	Penghargaan	91
6.2.2.7	Pendidikan dan Pelatihan	91

6.3	Analisis ketidakpuasan dengan diagram Kartesius	95
6.4	Analisis ketidakpuasan kerja perawat berdasarkan Dimensi-dimensi lingkungan kerja	98
6.4.1	Struktur Tugas	98
6.4.2	Pola Kepemimpinan	99
6.4.3	Penghargaan	100
6.4.4	Ketersediaan Sarana Kerja	101
6.4.5	Desain Pekerjaan	102
6.4.6	Pendidikan dan Pelatihan	103
6.4.7	Pola Kerjasama	104
6.5	Analisis ketidakpuasan dengan "gap score"	105
6.6.	Analisis Multivariat	107

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1.	Keterbatasan penelitian	114
7.2	Implikasi terhadap pelayanan keperawatan	115
7.3.	Pembahasan hasil penelitian	
7.3.1.	Karakteristik responden	
7.3.1.1.	Umur	115
7.3.1.2	Jenis kelamin	116
7.3.1.3	Status perkawinan	117
7.3.1.4	Lama kerja	117

7.3.1.5	Latar belakang pendidikan	118
7.3.2.	Faktor lingkungan kerja	
7.3.2.1	Struktur tugas	119
7.3.2.2	Desain pekerjaan	121
7.3.2.3	Pola kepemimpinan	123
7.3.2.4	Pola kerjasama	125
7.3.2.5.	Ketersediaan sarana kerja	127
7.3.2.6	Penghargaan	129
7.3.2.7	Pendidikan dan pelatihan	132
7.4	Variabel yang paling dominan	134
BAB 8	KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1.	Kesimpulan	136
8.2	Saran	
8.2.1	Bagi Manajemen Rumah Sakit	139
8.2.2	Bagi Kepala Ruangan	141
8.2.3	Bagi Perawat Pelaksana	142
8.2.4.	Bagi Departemen Kesehatan	142
8.2.5.	Bagi Peneliti lain	142
DAFTAR PUSTAKA		143
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 : Kriteria perawat di ruang perawatan intensif	15
Tabel 6.6 : Distribusi responden menurut struktur tugas	72
Tabel 6.7 : Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi struktur tugas	73
Tabel 6.8 : Distribusi responden menurut desain pekerjaan	74
Tabel 6.9 : Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi desain Pekerjaan	74
Tabel 6.10 : Distribusi responden menurut pola kepemimpinan	75
Tabel 6.11 : Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi pola Kepemimpinan	75
Tabel 6.12 : Distribusi responden menurut pola kerjasama	76
Tabel 6.13 : Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi pola kerjasama	77
Tabel 6.14 : Distribusi responden menurut ketersediaan sarana kerja	78
Tabel 6.15 : Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi ketersediaan Sarana kerja	78
Tabel 6.16 : Distribusi responden menurut penghargaan	79

Tabel 6.17	: Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi penghargaan	80
Tabel 6.18	: Distibusi responden menurut pendidikan dan pelatihan	81
Tabel 6.19	: Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan pendidikan dan Pelatihan	81
Tabel 6.20	: Ketidakpuasan kerja perawat	82
Tabel 6.21	: Distibusi responden menurut usia dan ketidakpuasan kerja	84
Tabel 6.22	: Distibusi responden menurut jenis kelamin dan ketidakpuasan kerja	84
Tabel 6.23	: Distibusi responden menurut pendidikan dan ketidakpuasan kerja	85
Tabel 6.24	: Distribusi responden menurut status perkawinan dan ketidakpuasan Kerja	86
Tabel 6.25	: Distibusi responden menurut lama kerja dan ketidakpuasan kerja	87
Tabel 6.26	: Distibusi responden menurut struktur tugas dan ketidakpuasan kerja	88
Tabel 6.27	: Distibusi responden menurut desain pekerjaan dan ketidakpuasan Kerja	89
Tabel 6.28	: Distibusi responden menurut pola kepemimpinan dan ketidakpuasan kerja	90
Tabel 6.29	: Distibusi responden menurut pola kerjasama dan ketidakpuasan kerja	90
Tabel 6.30	: Distibusi responden menurut ketersediaan sarana kerja dan Ketidakpuasan kerja	91

Tabel 6.31	: Distribusi responden menurut penghargaan dan ketidakpuasan kerja	92
Tabel 6.32	: Distribusi responden menurut pendidikan dan pelatihan dengan Ketidakpuasan kerja	93
Tabel 6.33	: Analisis Ketidakpuasan kerja perawat dengan “ <i>gap score</i> ”	105
Tabel 6.34	: Hasil analisis antara variabel independen dan ketidakpuasan Kerja perawat ICU	108
Tabel 6.35	: Hasil pengujian multivariate variabel independen dan dependen	109
Tabel 6.36	: Hasil pengujian multivariate variabel independen dan dependen	109
Tabel 6.37	: Hasil pengujian multivariate variabel independen dan dependen	110
Tabel 6.38	: Hasil pengujian multivariate variabel independen dan dependen	111
Tabel 6.39	: Hasil pengujian multivariate variabel independen dan dependen	111
Tabel 6.40	: Hasil pengujian multivariate variabel independen dan dependen	112
Tabel 6.41	: Hasil uji interaksi antara desain pekerjaan dan penghargaan	112

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.2 : Diagram Kartesius	31
Gambar 2.3 : Respons terhadap ketidakpuasan kerja	33
Gambar 2.4 : Teori Perilaku dan Kinerja	36
Gambar 2.5 : Teori Jalur Sasaran	37
Gambar 6.1 : Proporsi perawat ICU berdasarkan umur	69
Gambar 6.2 : Proporsi perawat ICU berdasarkan jenis kelamin	70
Gambar 6.3 : Proporsi perawat ICU berdasarkan jenjang pendidikan	70
Gambar 6.4 : Proporsi perawat ICU berdasarkan status perkawinan	71
Gambar 6.5 : Proporsi perawat berdasarkan lama bekerja di ICU	72
Gambar 6.6 : Diagram distribusi perawat ICU terhadap dimensi-dimensi Lingkungan kerja	82
Gambar 6.7 : Distribusi frekuensi ketidakpuasan perawat terhadap Setiap pertanyaan dimensi lingkungan kerja	83
Gambar 6.8 : Distribusi frekuensi ketidakpuasan perawat ICU terhadap Dimensi lingkungan kerja	94
Gambar 6.9 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	95

Gambar 6.10 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	
Berdasarkan dimensi Struktur Tugas	98
Gambar 6.11 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	
Berdasarkan dimensi Pola Kepemimpinan	99
Gambar 6.12 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	
Berdasarkan dimensi Penghargaan	100
Gambar 6.13 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	
Berdasarkan dimensi Ketersediaan Sarana Kerja	101
Gambar 6.14 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	
Berdasarkan dimensi Desain Pekerjaan	102
Gambar 6.15 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	
Berdasarkan dimensi Pendidikan dan Pelatihan	103
Gambar 6.16 : Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU	
Berdasarkan dimensi Pola Kerjasama	104

LAMPIRAN

- Lampiran I : Tim anggota penelitian**
- Lampiran II : Kuisisioner**
- Lampiran III : Daftar Pertanyaan Wawancara Mendalam**
- Lampiran IV : Surat Keterangan Penelitian di RS. Pasar Rebo**
- Lampiran V : Surat Keterangan Penelitian di RS Tarakan**
- Lampiran VI : Karakteristik informan Wawancara Mendalam**
- Lampiran VII : Hasil Wawancara Mendalam**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Suatu organisasi dibentuk untuk mencapai tujuan bersama, namun untuk mencapai tujuan secara efektif diperlukan manajemen yang baik dan benar. Pada era globalisasi seperti saat ini, sebuah organisasi harus memiliki sumber daya yang baik, khususnya sumber daya manusia yang berkualitas. Sumber daya yang berkualitas adalah sumber daya yang dapat berprestasi maksimal. Apabila prestasi kerja yang dicapai karyawan kurang dapat perhatian, akan berakibat pada hal-hal yang tidak diinginkan, seperti hasil kerja yang tidak maksimal. Oleh karena itu pimpinan organisasi harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi yaitu motivasi, kepuasan kerja, kondisi fisik pekerjaan, kemampuan kerja karyawan (Wibowo, 2007).

Kini, rumah sakit adalah bagian integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan. Departemen Kesehatan RI telah menggariskan bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta pelayanan upaya rujukan (Aditama, 2000).

Rumah sakit merupakan salah satu bentuk perusahaan yang sangat kompleks, baik ditinjau dari aspek organisasi, teknologi maupun sumber daya

manusianya. Seperti juga bidang usaha yang lain, rumah sakitpun dari waktu ke waktu selalu dihadapkan pada lingkungan usaha yang berubah (Supriyantoro,2000). Yang berarti banyak sekali tuntutan sekarang ini terhadap kualitas dan kuantitas pelayanan yang bersatu dengan berbagai macam kebijakan dan program dalam pemberian jasa pelayanan (Rahayu dan Harmani, 2005).

Mutu pelayanan rumah sakit dapat ditelaah dalam 3 hal, yaitu 1.).Struktur (sarana fisik,peralatan, dana, tenaga kesehatan & non kesehatan, serta pasien), 2.Proses (manajemen RS baik manajemen personal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis & non medis kepada pasien) , 3). Outcome, aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator untuk menilai mutu pelayanan RS yaitu : penampilan keprofesian ,efisiensi dan efektivitas keselamatan dan kepuasan pasien.

Salah satu ukuran keberhasilan kinerja individu, tim atau organisasi terletak pada produktivitasnya. Apabila produktivitasnya tinggi atau bertambah, dinyatakan berhasil. Apabila lebih rendah dari standard atau menurun, dikatakan tidak atau kurang sukses. Produktivitas mempunyai keterkaitan atau memberikan dampak terhadap kegiatan lainnya. Produktivitas dapat meningkatkan kepuasan kerja, mendorong terjadinya penyederhaaan kerja, meningkatnya keterpaduan dan spesialisasi kerja (Wibowo, 2007).

Salah satu pelayanan yang sentral di rumah sakit adalah *Intensive Care Unit* (ICU). Saat ini pelayanan di ICU tidak terbatas hanya untuk menangani pasien pasca bedah saja, tetapi juga meliputi berbagai jenis pasien dewasa , anak yang menagalami lebih dari satu disfungsi / gagal organ. Kelompok pasien ini

dapat berasal dari Unit Gawat Darurat, Kamar Operasi, Ruang Perawatan, ataupun kiriman dari Rumah Sakit lain. Ilmu yang diaplikasikan dalam pelayanan ICU, pada dekade terakhir ini telah berkembang sedemikian rupa sehingga telah menjadi cabang ilmu kedokteran tersendiri yaitu *Intensive Care Medicine*. Meskipun pada umumnya ICU hanya terdiri dari beberapa tempat tidur, tetapi sumber daya tenaga (dokter dan perawat terlatih) yang dibutuhkan sangat spesifik dan jumlahnya pada saat ini di Indonesia sangat terbatas (Hanafie, 2007).

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang terpisah, dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan prognosis dubia. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan ketrampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut (Hanafie, 2007).

Sebagai bagian dari SDM di rumah sakit, perawat merupakan komponen penting dan sangat berpengaruh terhadap berhasil atau tidaknya organisasi karena menjadi bagian kunci dengan tanggung jawab tinggi di samping tenaga medis. Perawat sangat rentan terhadap stress pekerjaan, khususnya pada peran mereka. Selain mengurus pasien yang suka menuntut, mereka juga berhadapan dengan dokter yang stress. Suatu penyebab stres tersebut sering menjadi alasan mengapa perawat seringkali merasa kelebihan beban kerja, ataupun merasa kurang dihargai (Churiyah, 2007).

Pelayanan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sehingga sering dijadikan cermin keberhasilan pelayanan. Segala permasalahan yang terjadi di Rumah Sakit secara otomatis memberi dampak terhadap pelayanan keperawatan.

Pelayanan keperawatan professional dilaksanakan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, menjangkau seluruh golongan dan lapisan masyarakat yang memerlukan, baik di tatanan kesehatan masyarakat, maupun di tatanan rumah sakit. Pelayanan dikembangkan bersifat berjenjang mulai dari keperawatan dasar sampai dengan keperawatan yang bersifat rumit atau spesialisik bahkan subspecialistik, disertai dengan sistem rujukan keperawatan sebagai bagian dari rujukan kesehatan yang efektif dan efisien.

Pelayanan/asuhan keperawatan yang bersifat spesialisik, baik keperawatan klinik maupun keperawatan komunitas antara lain adalah keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan medical bedah, keperawatan jiwa, keperawatan gawat darurat, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik dan keperawatan komunitas. Secara bersamaan dikembangkan kemampuan pengelolaan keperawatan professional dengan kepemimpinan professional keperawatan sehingga memungkinkan keperawatan Indonesia berkembang sesuai kaidah-kaidah keperawatan sebagai profesi (Kusnanto,2005).

Keperawatan merupakan bentuk pelayanan professional kepada klien yang diberikan secara manusiawi, komprehensif dan individualistik, berkesinambungan sejak klien membutuhkan pelayanan sampai saat klien

mampu melakukan kegiatan sehari-hari secara produktif untuk diri sendiri dan orang lain. Pelayanan keperawatan professional hanya dapat diberikan oleh tenaga keperawatan professional yang telah memiliki izin dan kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien. Praktik keperawatan professional adalah tindakan mandiri perawat Ahli Madya Keperawatan, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan melalui kerjasama bersifat kolaboratif dengan klien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Praktik keperawatan di Indonesia sering kali diasumsikan sama dengan praktik kedokteran, baik oleh masyarakat maupun perawat itu sendiri (Kusnanto, 2005).

Akhir-akhir ini semakin disadari bahwa untuk meningkatkan produktivitas, perlu memberikan perhatian lebih besar pada sumber daya manusia. Setiap orang yang bekerja mengharapkan memperoleh kepuasan dari tempatnya bekerja. Kepuasan kerja akan mempengaruhi produktivitas. Begitu juga dengan ketidakpuasan yang akan sangat berpengaruh pada produktivitas.

Dalam suatu organisasi dimana sebagian terbesar pekerjanya memperoleh kepuasan kerja, tidak tertutup kemungkinan sebagian kecil diantaranya merasakan ketidakpuasan. Ketidakpuasan pekerja dapat ditunjukkan dalam sejumlah cara (Wibowo,2007).

Yang dekat dengan ketidakseesuaian status adalah ketidakpuasan peran. Ketidakpuasan peran dapat berasal dari sejumlah sumber, salah satu diantaranya adalah ketidakpuasan status. Jika seseorang merasa bahwa ia berhak mendapat promosi untuk mencerminkan rekor keberhasilannya, maka ia menderita

ketidakpuasan peran maupun ketidaksesuaian status yang dipersepsikan. Namun, cara orang mempersepsikan dirinya sendiri dalam posisi masing-masing dapat cukup mempengaruhi prestasi mereka, dan dengan demikian potensi bagi timbulnya konflik antara mereka dengan teman sejawatnya dalam unit mereka dan unit-unit yang berdampingan (Robbins, 1994).

Jika orang menerima sebuah peran, maka ia membawa serta sejumlah harapan dan aspirasi. Jika harapan-harapan tersebut tidak dipenuhi, misalnya jika pekerjaan mereka tampaknya tidak menantang atau jika imbalan yang mereka terima dianggap tidak mencukupi maka individu tersebut dapat memperlihatkan frustrasi mereka dalam sejumlah tindakan. Ada yang akan mengundurkan diri. Beberapa akan mengurangi usaha yang mereka berikan pada pekerjaan mereka. Yang lainnya lagi memilih untuk melawan. Kelompok terakhir ini dapat menjadi penstimulasi konflik berkepanjangan, mencari-cari masalah, menyebarkan desas-desus, memutarbalikan dan merubah fakta sehingga terjadi kekacauan, serta tindakan yang kurang lebih sama. Orang-orang demikian, dan semua organisasi yang besar paling tidak mempunyai satu kelompok seperti itu, tampaknya merasa senang jika mengacaukan sistem yang ada. Sejauh mana mereka memperoleh kewan dalam usaha mereka, sejauh itu mereka menjadi sumber utama konflik (Robbins, 1994)

Kurangnya insentif yang diterima para perawat juga selalu jadi bahan pembicaraan, dan bukan tidak mungkin menjadi salah satu faktor kurangnya motivasi kerja. Upaya pemecahan masalah adalah dengan pembagian insentif secara lebih baik dan merata, serta mengupayakan pemasukan baru seperti halnya

poliklinik khusus yang pengaturannya dijalankan secara khusus pula. Dalam hal ini perlu pula dikaji peraturan-peraturan yang ada, untuk melihat celah yang memungkinkan pemberian insentif lebih baik pada karyawan rumah sakit termasuk para perawat, antara lain dengan menentukan tindakan perawatan yang dilakukan secara wajar, tentunya. Cara lain adalah dengan memberi insentif dalam bentuk lain seperti kesempatan pendidikan, penghargaan diri. Ruang kerja dan peralatan yang memadai serta suasana kerja yang menyenangkan sebenarnya juga merupakan semacam insentif agar seorang karyawan –termasuk perawat – merasa nyaman di tempat kerjanya (Aditama, 2000).

Faktor penting yang mempengaruhi semangat kerja adalah kepuasan kerja . Apabila terjadi ketidakpuasan kerja mencerminkan perasaan seseorang terhadap pekerjaannya. Pentingnya Perawatan di Ruang Perawatan Intensif (ICU) memegang peranan penting dalam memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Baik buruknya pelayanan kesehatan di ICU secara tidak langsung akan menggambarkan bagaimana sebenarnya mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut (Hanafie, 2007).

Penelitian ini terkait dengan penelitian bersama yang bertujuan untuk menyusun standarisasi keperawatan di ICU. Maka dibentuklah suatu tim penelitian dibawah Subdit Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan tim penelitian FKM UI. Dimana penulis merupakan salah satu anggota tim penelitian.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Asep (2005) diketahui bahwa ketidakpuasan kerja karyawan 54,9 % dengan *cut off point* nilai rata-rata skor

111,431. Tingginya tingkat ketidakpuasan kerja karyawan memungkinkan merupakan wujud dari mulai terganggunya ketenangan kerja karyawan menjadi tidak seimbang.

Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Sri Susanti pada tahun 2005 mengenai ketidakpuasan kerja yang menyebabkan *turn over* di RS X , Palembang. Terjadinya ketidakpuasan disebabkan karena dua faktor, yaitu intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik terdiri dari kurang dihargainya sebagai tenaga keperawatan dalam pekerjaan, kurang mendapat perhatian dari pihak pimpinan dalam pengembangan diri, kurang mendapat kesempatan untuk berprestasi. Sedangkan faktor ekstrinsik antara lain hubungan antara manusia dalam pekerjaan, peran profesi, imbalan yang tidak adil, kurangnya evaluasi kerja.

1.2 Masalah Penelitian

Belum diketahuinya faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpuasan. Oleh karena itu penting untuk diketahui tingkat ketidakpuasan kerja perawat di ruang perawatan intensif di 18 RS, 9 provinsi. Dimana ketidakpuasan kerja tersebut berpengaruh terhadap kinerja para perawat dalam memberikan pelayanan dan perawatan pasien di ruang intensif sehingga dapat dijadikan sebagai pertimbangan, monitoring dan evaluasi kinerja para perawat tersebut.

1.3 Pertanyaan penelitian

- a. Mengapa terjadi ketidakpuasan kerja perawat di ruang intensif pada 18 RS di 9 provinsi ?

- b. Hal apa saja yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja perawat di ruang intensif?
- c. Bagaimana caranya agar ketidakpuasan kerja perawat dapat dihindari ?

1.4 Tujuan penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja para perawat di ICU.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Diketuainya informasi mengenai hubungan antara karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, pendidikan, status menikah, lama bekerja di ICU) dengan ketidakpuasan kerja perawat di ICU.
- b. Diketuainya informasi mengenai hubungan antara lingkungan kerja (struktur tugas, desain pekerjaan, pola kepemimpinan, pola kerjasama, ketersediaan sarana kerja, penghargaan & hukuman, pendidikan & pelatihan) dengan ketidakpuasan kerja perawat di ICU.

1.5 Manfaat Penelitian

Dengan adanya informasi mengenai evaluasi ketidakpuasan kerja perawat di ruang intensif, diharapkan dapat menjadi masukan dalam upaya perbaikan atau perubahan, perencanaan, monitoring, dan evaluasi,

standarisasi keperawatan di ruang intensif baik bagi keperawatan intensif, manajemen rumah sakit tersebut.

1.5.1 Bagi peneliti

Menambah pengalaman, meningkatkan pengetahuan dan pemahaman konseptual mengenai ketidakpuasan kerja perawat di ruang perawatan intensif serta untuk memenuhi syarat Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

1.5.2 Bagi Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi Unit Perawatan Intensif di Rumah Sakit Umum dan Pendidikan untuk mengevaluasi ketidakpuasan kerja perawat, sehingga dapat memperbaiki kebijakan yang diperlukan untuk meningkatkan kepuasan kerja perawat.

1.5.3 Bagi Program Studi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan yang bermanfaat sehingga dapat digunakan lebih lanjut untuk tujuan pendidikan dan penelitian. Hasil ini juga bermanfaat terhadap evaluasi hasil pendidikan

1.5.4 Bagi Departemen Kesehatan

Hasil dari evaluasi terhadap ketidakpuasan kerja perawat di unit perawatan intensif rumah sakit dapat dimanfaatkan sebagai acuan dalam upaya perbaikan peningkatan mutu dalam keperawatan di unit perawatan intensif di masa depan.

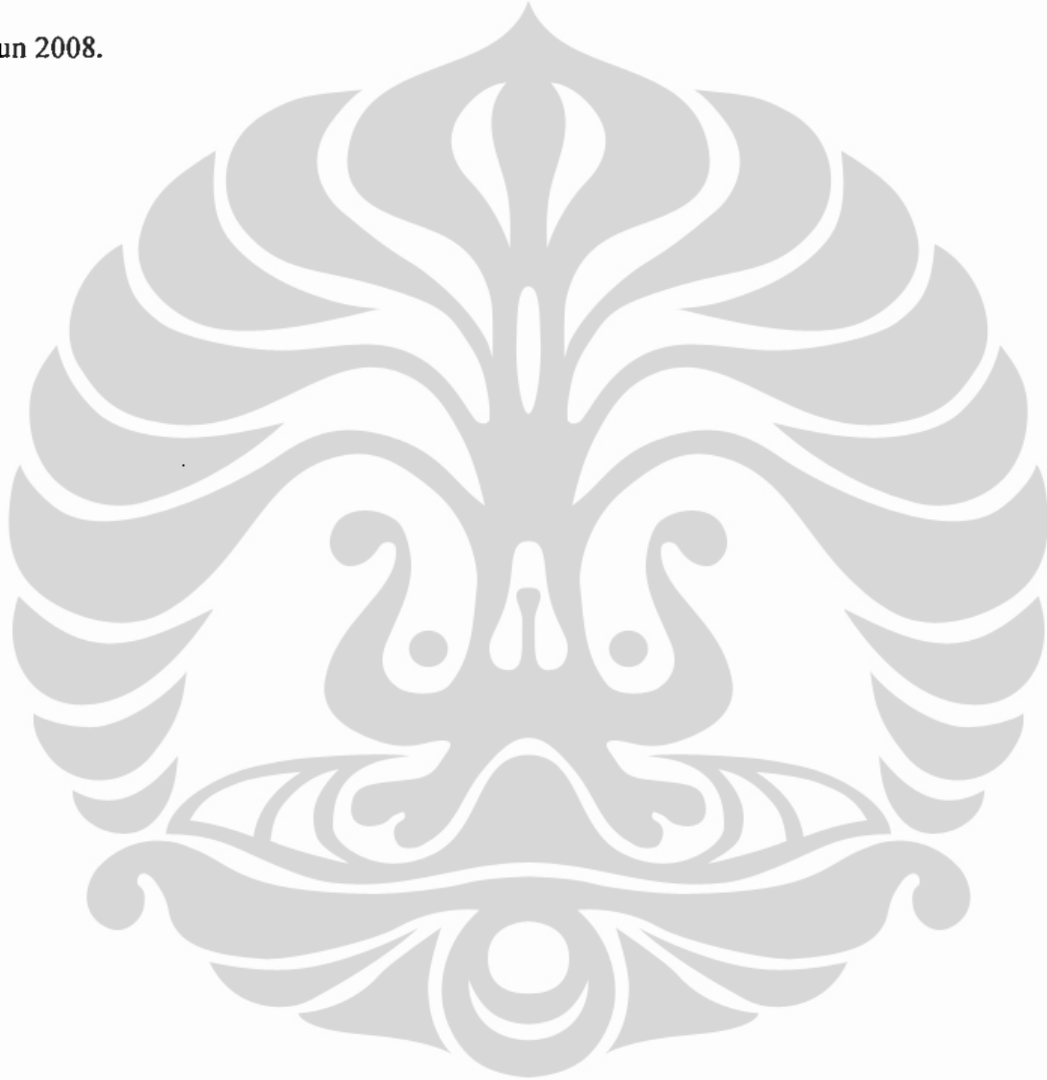
1.6 Ruang lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 18 Rumah Sakit di 9 Propinsi yang merupakan Pusat Bantuan Penanganan Krisis Kesehatan akibat Bencana, yaitu unit fungsional di daerah yang ditunjuk untuk mempercepat dan mendekatkan fungsi bantuan kesehatan dalam penanggulangan kesehatan pada kejadian bencana dan krisis kesehatan lainnya. 9 PPK (Pusat Penanganan Krisis) regional tersebut antara lain PPK Regional Sumut, Sumsel, DKI Jakarta, Jateng, Jatim, Kalsel, Bali, Sulut, dan Sulsel. Dalam operasionalisasinya, PPK Regional didukung oleh tenaga yang siap dan mampu di bidangnya. Berikut, nama-nama Rumah Sakit yang tergabung dalam PPK Regional (DepKes, 2006) :

- a. RSUP Adam Malik dan RSUP Deli Serdang (Sumatera Utara)
- b. RSUP M. Hoesin dan RSUD Kayu Agung (Sumatera Selatan)
- c. RSUD Tarakan dan RSUD Pasar Rebo (DKI Jakarta)
- d. RSUD Moewardi dan RSUD Suradji (Jawa Tengah)
- e. RSUD Soetomo dan RSUD Sidoarjo (Jawa Timur)
- f. RSUD Gianyar dan RSUP Sanglah (Bali)
- g. RSUD Ulin dan RSUD Banjar Baru (Kalimantan Selatan)

- 12
- h. RSUD Andi Makasau dan RSUD Syek Yusuf (Sulawesi Selatan)
 - i. RSUP Kadow dan RS Bethesda (Sulawesi Utara)

Adapun jenis penelitian ini dilakukan dengan menggunakan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2007 – Mei tahun 2008.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keperawatan di Rumah Sakit

Rumah Sakit dalam perkembangannya menampakkan pergeseran orientasi dari lembaga sosial berlandaskan kemanusiaan menjadi industri jasa pelayanan yang lebih berlandaskan motif ekonomi. Rumah Sakit semakin dituntut untuk memberikan asuhan kesehatan yang berkualitas (Nurachman, 2000).

Menurut King dalam Swansburg (1994), keperawatan didefinisikan sebagai proses tindakan, reaksi, interaksi, dan transaksi dimana perawat membantu individu dari berbagai kelompok usia untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka dalam hal kesehatan. Perawat melakukan fungsinya dalam institusi dan berinteraksi baik dengan individu maupun kelompok

Keperawatan adalah salah satu profesi di Rumah Sakit yang berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dengan terus menerus melibatkan diri dalam program pengendalian mutu di Rumah Sakit (Aditama, 2000).

Hal tersebut berpengaruh banyak terhadap tuntutan pelayanan masyarakat, mereka menuntut pelayanan yang terbaik untuk dirinya. Oleh sebab itu perawat sebagai tim pelayanan kesehatan yang terbesar dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.

Pelayanan kesehatan yang bermutu termasuk pelayanan keperawatan adalah pelayanan yang diberikan oleh tim kesehatan dimana pelayanan tersebut diberikan secara efektif dan efisien. Bagi manajer rumah sakit, kualitas dinilai dari besaran biaya yang terkendali. Selain itu, menurut manajer rumah sakit, asuhan keperawatan bermutu dapat dicapai apabila perawat memperlihatkan kinerjanya dengan baik, patuh pada pimpinan, melaksanakan keinginan klien, dan ramah terhadap klien serta keluarganya. Disamping itu, perawat juga ditekankan untuk menggunakan sumber-sumber secara efisien (Nurachmah, 2001).

Asuhan keperawatan yang bermutu dan dapat dicapai jika pelaksanaan asuhan keperawatan dipersepsikan sebagai suatu kehormatan yang dimiliki oleh para perawat dalam memperlihatkan sebagai suatu kehormatan yang dimiliki oleh perawat dalam memperlihatkan haknya untuk memberikan asuhan yang manusiawi, aman, serta sesuai dengan standar dan etika profesi keperawatan yang berkesinambungan dan terdiri dari kegiatan pengkajian, perencanaan, implementasi rencana, dan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan (Nurachmah, 2001).

2.2 Asuhan Keperawatan Intensif (DepKes, 2006)

Pelayanan keperawatan intensif disediakan dan diberikan kepada pasien dalam keadaan kegawatan dan kedaruratan yang perlu ditanggulangi dan diawasi secara ketat dan terus menerus serta tindakan segera, ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi.

Pasien yang memerlukan perawatan di Unit Intensif adalah pasien dengan kondisi kritis. Perawat berperan penting dalam merawat pasien kritis dengan penyakit tertentu atau tindakan pembedahan yang menimbulkan kegagalan fungsi pernafasan.

Staf perawat intensif adalah perawat professional yang diberikan kewenangan sebagai seorang perawat yang mampu memberikan asuhan keperawatan yang kompeten pada pasien dalam kondisi kritis melalui integrasi kemampuan ilmiah dan ketrampilan khusus serta diikuti oleh nilai-nilai kemanusiaan.

Untuk mewujudkan tujuan tersebut, maka diperlukan kriteria bagi perawat di ruang perawatan intensif, yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1
Kriteria perawat di ruang perawatan intensif

No	Jenis ketegangan	Pelayanan ICU		
		Primer	Sekunder	Tersier
A 1	Persyaratan: Kepala perawatan	<ul style="list-style-type: none"> - Minimal lulus D3 keperawatan - Pengalaman minimal 3 tahun - Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS - Sertifikat manajemen ruang perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> - D3 keperawatan - Pengalaman > 5 tahun di ICU atau S1 keperawatan - pengalaman minimal 3 tahun di ICU - Sertifikat ACLS - Sertifikat manajemen ruang perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> - minimal S1 keperawatan - pengalaman ICU 5 tahun, lulus S2 cital care, pengalaman di ICU minimal 2 tahun - Sertifikat ACLS - Sertifikat ICU (BLS/BTLS) - Sertifikat keterampilan khusus (ventilasi mekanik,

				hemodinamik, IABP, hemodialisis, CRRt, dll) - Sertifikat manajemen ruang perawatan
2	Pembimbing klinik	<ul style="list-style-type: none"> - Minimal lulus D3 keperawatan - Pengalaman minimal 5 tahun - Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS, sertifikat Clinical Instructor (CI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimal lulus S1 keperawatan - Pengalaman minimal 5 tahun - Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS, sertifikat Clinical Instructor (CI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimal lulus S1 keperawatan, pengalaman minimal 5 tahun - Lulus S2 spesialis <i>critical care</i>, pengalaman di ICU minimal 2 tahun - Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS, sertifikat keterampilan khusus (ventilasi mekanik, hemodinamik, CRRT)
3	Pelaksanaan perawat	<ul style="list-style-type: none"> - Minimal lulus D3 keperawatan - Pengalaman di ruang rawat inap 2 tahun - Sertifikat ICU (BLS, BTLS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimal lulus D3 keperawatan - Pengalaman di ruang rawat inap 3 tahun - Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimal lulus D3 keperawatan, pengalaman di ruang rawat inap 3 tahun, <i>high care intermediate ward</i> minimal 2 tahun - Minimal lulus S1 keperawatan, pengalaman di ruang rawat inap 2 tahun - Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS
B	Rasio perawat pasien	1 : 3 atau 1 : 2	1 : 1 atau 1 : 2	1 : 1 atau 2 : 1

Adapun karakteristik perawat yang bekerja di lingkungan keperawatan intensif meliputi:

1. Mengelola pasien mengacu pada standar keperawatan intensif dengan konsisten
2. Menghormati sesama sejawat dan tim lainnya
3. Mengintegrasikan kemampuan ilmiah dan keterampilan khusus serta diikuti oleh nilai etik dan legal dalam memberikan asuhan keperawatan
4. Berespon secara terus menerus dengan perubahan lingkungan
5. Menerapkan komunikasi secara efektif
6. Mendemonstrasikan kemampuan keterampilan klinis yang tinggi
7. Menginterpretasikan analisa situasi yang kompleks
8. Mengembangkan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga
9. Berpikir kritis
10. Mampu menghadapi tantangan
11. Mengembangkan pengetahuan dan penelitian
12. Berpikir ke depan (visioner)
13. Inovatif.

a. Pengertian Standar Asuhan Keperawatan Intensif

Standar asuhan keperawatan intensif adalah acuan minimal asuhan keperawatan yang harus diberikan oleh perawat di Unit/Instalasi Perawatan Intensif.

10

Asuhan Keperawatan Intensif adalah kegiatan praktek keperawatan intensif yang diberikan pada pasien/keluarga. Asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan ilmiah dan panduan dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas guna mengatasi masalah pasien. Langkah-langkah yang harus dilakukan meliputi pengkajian, masalah/diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi.

b. Pengkajian

Merupakan langkah awal dari proses keperawatan yang mengharuskan perawat menemukan data kesehatan pasien secara tepat. Pengkajian meliputi proses pengumpulan data, validasi data, menginterpretasikan data dan memformulasikan masalah atau diagnosa keperawatan sesuai hasil analisa data. Pengkajian awal di dalam keperawatan intensif sama dengan pengkajian umumnya yaitu dengan pendekatan system yang meliputi aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, namun ketika pasien yang dirawat telah menggunakan alat-alat bantu mekanik seperti Alat Bantu Nafas (ABN), hemodialisa, pengkajian juga diarahakan ke hal-hal yang lebih khusus yakni terkait dengan terapi dan dampak dari penggunaan alat-alat tersebut.

c. Penetapan masalah/diagnose keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, data dikumpulkan dan diinterpretasikan kemudian dianalisa lalu ditetapkan masalah/diagnose keperawatan berdasarkan data yang menyimpang dari keadaan fisiologis

d. Perencanaan tindakan keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan dibuat apabila diagnosa telah diprioritaskan. Prioritas masalah tersebut dibuat berdasarkan pada ancaman/risiko ancaman hidup (contoh bersihkan jalan nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, pola nafas tidak efektif, gangguan perfusi jaringan, lalu dapat dilanjutkan dengan mengidentifikasi alternative diagnose keperawatan untuk meningkatkan keamanan, kenyamanan (contoh : resiko infeksi, resiko trauma/*injury*, gangguan rasa nyaman dan diagnose keperawatan untuk mencegah komplikasi (contoh resiko konstipasi, resiko gangguan integritas kulit). Perencanaan tindakan mencakup 4 unsur kegiatan yaitu observasi/monitoring, terapi keperawatan, pendidikan dan tindakan kolaboratif.

e. Melaksanakan tindakan keperawatan

Semua kegiatan yang dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien sesuai dengan rencana tindakan. Hal ini penting untuk mendukung pencapaian tujuan.

f. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah kelima dalam proses keperawatan dan merupakan dasar pertimbangan yang sistematis untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan dan sekaligus merupakan alat untuk melakukan pengkajian ulang dalam upaya revisi/modifikasi daingnosa dan tindakan.

g. Dokumentasi Keperawatan

Merupakan dokumen legal dalam sistem pelayanan keperawatan, karena melalui pendokumentasian yang baik, maka informasi mengenai keadaan kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan.

2.3 Kepuasan

2.3.1 Teori Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja adalah sikap umum terhadap pekerjaan seseorang, yang menunjukkan perbedaan antara jumlah penghargaan yang diterima pekerja dan jumlah yang mereka yakini seharusnya mereka terima (Robbins, 2003). Setiap orang yang bekerja mengharapkan memperoleh kepuasan dari tempatnya bekerja. Kepuasan kerja akan mempengaruhi produktivitas yang sangat diharapkan atasan (Wibowo, 2007).

Menurut Gibson (2000), kepuasan kerja adalah sikap yang dimiliki pekerja tentang pekerjaan mereka. Hal tersebut merupakan hasil dari persepsi mereka tentang pekerjaan.

Kepuasan kerja merupakan respon afeksi atau emosional terhadap berbagai segi pekerjaan seseorang (Kreitner dan Kinincki, 2001).

Fraser dalam Sukarya 1995, menyatakan bahwa kepuasan kerja bagi seorang pekerja secara individual akan terjadi apabila pemasukan lebih besar daripada pengeluaran. Walaupun begitu, dia juga mengatakan bahwa hal ini ternyata belum pasti. Karena banyak hal yang mempengaruhinya seperti faktor dari dalam atau luar lingkungan yang ada.

Penelitian-penelitian memperlihatkan bahwa kepuasan kerja seseorang sangat tergantung kepada adanya kesenjangan antara yang diharapkan dengan tingkat pemenuhan kebutuhan nilai-nilai dengan kenyataan yang dirasakan individu saat itu. Dalam hal ini, seseorang akan merasa puas apabila tidak ada perbedaan antara harapan, kebutuhan-kebutuhan, nilai-nilai dengan apa yang dicapainya sekarang karena batas minimum yang diinginkan sudah dapat dipenuhi. Walaupun begitu, harus diingat bahwa apabila yang dicapai ternyata lebih baik dari pada yang diharapkan, walaupun juga terjadi kesenjangan tetapi mempunyai nilai yang positif. Artinya walaupun ada kesenjangan yang bersangkutan tetap akan merasa lebih puas. Sebaliknya, apabila yang dapat dicapai ternyata kurang daripada apa yang diharapkan, maka akan terjadi kesenjangan yang negatif yang berarti individu tersebut akan merasa tidak puas.

Tampak logis untuk menganggap bahwa kepuasan kerja menjadi penentu utama perilaku kewargaan organisasi karyawan. Karyawan yang puas berkemungkinan lebih besar untuk berbicara secara positif tentang organisasi, membantu yang lain, dan berbuat kinerja pekerjaan melampaui perkiraan normal. Lebih dari itu, karyawan yang puas mungkin lebih patuh terhadap panggilan tugas karena mereka ingin mengulang pengalaman-pengalaman positif mereka (Robbins, 2003).

Teori kepuasan kerja mencoba mengungkapkan apa yang membuat sebagian orang lebih puas terhadap pekerjaannya. Ada 2 teori kepuasan kerja, yaitu *Two factor theory* dan *Value theory* (Wibowo, 2007).

1. *Two Factor Theory*

Teori dua faktor dikemukakan oleh Herzberg, merupakan teori kepuasan kerja yang menyatakan bahwa *satisfaction* (kepuasan) dan *dissatisfaction* (ketidakpuasan) merupakan bagian dari kelompok variable yang berbeda, yaitu *motivators* dan *hygiene factors*.

Pada umumnya orang mengharapkan bahwa faktor tertentu memberikan kepuasan apabila tersedia dan menimbulkan ketidakpuasan apabila tidak ada. Pada teori ini, ketidakpuasan dihubungkan dengan kondisi di sekitar pekerjaan (seperti kondisi kerja, pengupahan, keamanan, kualitas pengawasan, dan hubungan dengan orang lain), dan bukannya pekerjaan itu sendiri. Karena faktor ini mencegah reaksi negative, dinamakan sebagai *hygiene* atau *maintanace factors*.

Sebaliknya, kepuasan ditarik dari faktor yang terkait dengan pekerjaan itu sendiri atau hasil langsung daripadanya, seperti sifat pekerjaan, prestasi dalam pekerjaan, peluang promosi dan kesempatan untuk pengembangan diri dan pengakuan. Karena faktor ini berkaitan dengan tingkat kepuasan kerja tinggi, dinamakan *motivators*.

2. *Value Theory*

Menurut konsep teori ini kepuasan kerja terjadi pada tingkatan dimana hasil pekerjaan diterima individu seperti yang diharapkan. Semakin banyak orang menerima hasil, akan semakin puas. Semakin sedikit mereka menerima hasil, akan kurang puas.

2.3.2 Faktor Penyebab Kepuasan Kerja

Menurut Kreitner dan Kinicki (2001) , terdapat lima faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya kepuasan kerja, yaitu sebagai berikut.

a. *Need fulfilment* (pemenuhan kebutuhan)

Kepuasan ditentukan oleh karakteristik pekerjaan yang memberikan kesempatan pada individu untuk memenuhi kebutuhannya.

b. *Discrepancies* (perbedaan)

Kepuasan merupakan suatu hasil memenuhi harapan. Pemenuhan harapan mencerminkan perbedaan antara apa yang diharapkan dan yang diperoleh individu dari pekerja. Apabila harapan lebih besar dari apa yang diterima, orang akan tidak puas. Sebaliknya individu akan puas apabila mereka menerima manfaat diatas harapan.

c. *Value attainment* (pencapaian nilai)

Gagasan value attainment adalah kepuasan merupakan hasil dari persepsi pekerjaan memberikan pemenuhan nilai kerja individual yang penting.

d. *Equity* (keadilan)

Dalam model ini dimaksudkan bahwa kepuasan merupakan fungsi dari seberapa adil individu diperlakukan di tempat kerja. Kepuasan merupakan hasil dari persepsi orang bahwa perbandingan antara hasil kerja dan inputnya relative lebih menguntungkan dibandingkan dengan perbandingan antara keluaran dan masukan pekerjaan lainnya.

e. *Dispositional/genetic components* (komponen genetik)

Beberapa rekan kerja atau teman tampak puas terhadap variasi lingkungan kerja, sedangkan lainnya kelihatan tidak puas. Model ini didasarkan pada keyakinan bahwa kepuasan kerja sebagian merupakan fungsi sifat pribadi dan faktor genetik. Model ini menyiratkan perbedaan individu hanya mempunyai arti penting untuk menjelaskan kepuasan kerja seperti halnya karakteristik lingkungan pekerjaan.

Selain itu menurut Robbins (2001), faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja seorang karyawan ada 2 (dua) faktor, yaitu (1) yang menyangkut perasaan karyawan mengenai pekerjaannya yaitu sifat dan jenis pekerjaannya, pengawasan, sistem penggajian, kesempatan untuk mengembangkan karir, penempatan karyawan, hubungan dengan rekan sekerja, serta struktur organisasi perusahaan (2) yang menyangkut diri karyawan yaitu umur, kondisi kesehatan, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja, cara berfikir, sikap bekerja, dan sebagainya.

Tingkat kepuasan suatu kelompok tidaklah sama, karena berhubungan dengan sejumlah variabel seperti usia, tingkatan pekerjaan, status perkawinan, masa kerja.

Karakteristik individu yang dapat mempengaruhi : (Robbins, 2006)

1. Usia

Hubungan antar usia dan kinerja pekerjaan sangatlah penting. Ada persepsi yang mengatakan semakin tua usia anda, maka akan semakin kecil kemungkinan anda berhenti dari pekerjaan. Karena dengan makin tuanya para pekerja, maka makin sedikit peluang pekerjaan alternatif bagi

mereka. Disamping itu pekerja yang lebih tua ber-kemungkinan kecil untuk berhenti karena masa kerja mereka yang lebih panjang cenderung memberikan upah yang lebih tinggi kepada mereka. Pegawai dengan usia muda biasanya mempunyai pengharapan ideal tentang dunia kerjanya, sehingga apabila harapan tidak sesuai dengan kenyataan akan menyebabkan mereka merasa tidak puas.

2. Jenis Kelamin

Tidak terdapat perbedaan yang konsisten pada pria dan wanita dalam hal kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar.

3. Status Perkawinan

Riset secara konsisten menunjukkan bahwa karyawan yang menikah lebih rendah tingkat keabsenannya, mempunyai tingkat pengunduran diri yang lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada rekan sekerjanya yang tidak menikah. Perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar yang mungkin membuat pekerjaan tetap lebih berharga dan penting.

4. Masa kerja

Masa kerja merupakan variabel yang penting dalam tingkat pengunduran diri karyawan. Semakin lama seseorang berada dalam pekerjaan, semakin kecil kemungkinan ia mengundurkan diri.

2.3.3 Pengukuran Kepuasan

Pengukuran kepuasan kerja dapat dilakukan dengan berbagai cara (Smith, 1997) :

1. Skala Indeks Deskripsi Jabatan

Skala pengukuran ini dikembangkan oleh Smith, Kendall dan Hulin pada tahun 1969. Tipe ini membedakan skala untuk kepuasan dengan gaji, promosi, pengawasan kerja dan orang, serta dapat menghitung kepuasan karyawan secara keseluruhan. JDI telah banyak digunakan dengan banyak variasi sampel karyawan menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, serta tipe kelompok.

2. Pengukuran kepuasan kerja dengan berdasarkan ekspresi wajah

Mengukur kepuasan kerja ini dikembangkan oleh Kunin (1983) dalam Henderson (1997). Skala ini terdiri dari segi gambar-gambar wajah orang mulai dari sangat gembira, gembira, netral, cemberut, dan sangat cemberut. Pegawai diminta untuk memilih ekspresi wajah yang sesuai dengan kondisi pekerjaan yang dirasakannya.

3. Pengukuran kepuasan kerja dengan kuisisioner Minnesota

Pengukuran kepuasan kerja ini dikembangkan oleh Weiss, Dawis dan England pada tahun 1967. Kepuasan kerja dapat dihitung dengan menghitung skor setiap 20 item. Sedangkan bentuk panjangnya memiliki 100 item dan dapat diatur untuk berbagai kelompok besar pekerjaan. Skor yang diperoleh dari tiap kelompok pekerjaan memberikan sejumlah ketentuan yang dapat dibandingkan dengan skor yang diperoleh dari kelompok pekerja sejenis.

2.3.4. Persepsi dan Harapan

Martila dan James (1977) dalam Supranto (1997) menjelaskan bahwa pengukuran kepuasan dilakukan dengan cara melakukan analisis tingkat kepentingan (harapan) dan kinerja yang menggambarkan kepuasan pelanggan. Adanya perbedaan antara harapan dan kenyataan akan menggambarkan tingkat kepuasan dari pasien. Tujuan dilakukan penilaian kepuasan pasien adalah untuk meningkatkan kualitas khususnya pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit melalui persepsi pasien (Craven&Hirnle,2000).

Menurut Sarwono (1993) dalam Palestin (2006), persepsi adalah kemampuan seseorang untuk mengorganisasikan pengamatan misal kemampuan untuk mengidentifikasi atau memfokuskan masalah-masalah yang ada. Sedangkan menurut Perry (1993) persepsi adalah suatu proses dimana individu membuat suatu penilaian tentang informasi yang diterima dan penilaian dengan pihak lain. Menurut Kozier, Erb & Oliviere (1998), persepsi dipelajari dan bagaimana persepsi dipelajari adalah sangat individual dan dipengaruhi emosi, bahasa, sikap dan pengalaman selama individu bersosialisasi.

Dapat disimpulkan bahwa setiap manusia memiliki persepsi yang berbeda-beda terhadap suatu masalah atau keadaan yang ada, dipengaruhi oleh banyak faktor. Persepsi merupakan suatu proses individual yang akan menghasilkan suatu pandangan atau opini yang mungkin berbeda dengan harapan yang ada. Demikian pula dengan persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan dari pasien akan berbentuk majemuk. Sehingga kita harus mengetahui bagaimana persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan

sehingga dapat menentukan kerangka pelayanan yang tepat dan sesuai dengan harapan pasien tersebut.

Menurut Fitzsimmons (2006), terdapat lima kesenjangan yang menyebabkan adanya perbedaan antara persepsi dan harapan pelanggan terhadap kualitas pelayanan. Model kualitas pelayanan menyajikan lima kesenjangan yang memberikan dampak terhadap kualitas pelayanan serta dapat mengurangi kualitas dari pelayanan.

1. Kesenjangan 1

Merupakan kesenjangan yang paling berbahaya dimana kesenjangan terjadi antara pelayanan yang diharapkan dan persepsi manajemen. Perhatian utama manajemen pelayanan akan terpusatkan pada usaha untuk mengurangi dan menghapuskan kesenjangan ini.

Kesenjangan 1 timbul akibat kekeliruan manajemen dalam menyediakan jasa pelayanan kepada pelanggan dimana manajemen memberikan nilai yang kecil bagi pelanggan dan tidak secara sempurna memberikan sesuai dengan kebutuhan pelanggan.

2. Kesenjangan 2

Merupakan kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kepuasan pelanggan. Kesenjangan ini dipengaruhi oleh tingkat komitmen manajemen akan penyediaan pelayanan yang berkualitas, tujuan kualitas pelayanan dan standarisasi tugas.

3. Kesenjangan 3

Merupakan kesenjangan antara spesifikasi kepuasan pelanggan dan penyampaian pelanggan. Kesenjangan terjadi ketika pelaksanaan penyampaian pelayanan tidak sesuai dengan spesifikasi yang ada. Hal ini dapat memberikan pengaruh yang negative terhadap persepsi pelanggan. Kesenjangan ini disebabkan oleh kinerja karyawan yang buruk dan ketidakmampuan untuk memenuhi standar pelayanan.

4. Kesenjangan 4

Merupakan kesenjangan antara penyampaian pelayanan dan komunikasi eksternal ke pelanggan. Kesenjangan ini terjadi ketika perusahaan gagal dalam menepati janji yang telah diberikan kepada pelanggan.

5. Kesenjangan 5

Merupakan kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan dan pelayanan yang didapatkan. Persepsi pelanggan mengenai kualitas pelayanan bergantung terhadap nilai perbandingan persepsi pelaksanaan pelayanan yang didapatkan terhadap pelayanan yang diharapkan.

2.3.5 Diagram Kartesius

Diagram Kartesius merupakan suatu bangun yang dibagi menjadi empat bagian (Supranto,1997). Diagram kartesius merupakan alat analisis yang digunakan untuk menentukan strategi peningkatan pelayanan dengan melihat hubungan kinerja atau pelayanan dengan melihat hubungan kinerja atau tingkat pelaksanaan pelayanan yang dilakukan oleh pihak perusahaan dengan kepuasan

yang diharapkan oleh pelanggan. Diagram kartesius merupakan suatu diagram terdiri dari empat bagian yang dibatas oleh dua buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik x rata-rata dan y rata-rata. Titik x rata-rata merupakan nilai skor rata-rata dari tingkat pelaksanaan atau kepuasan pelanggan seluruh faktor atau atribut penyerta. Titik y rata-rata merupakan nilai skor rata-rata dari tingkat kepentingan seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan. (Husein Umar, 2000). Kuadran A, B, C dan D menggambarkan tingkat prioritas atribut dimana sebagai berikut :

i. Daerah A

Menunjukkan faktor yang dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan, termasuk unsur-unsur jasa yang dianggap sangat penting tetapi manajemen belum melaksanakannya sesuai keinginan pelanggan, sehingga faktor-faktor tersebut masih mengecewakan pelanggan atau pelanggan tidak puas dengan faktor-faktor tersebut.

ii. Daerah B

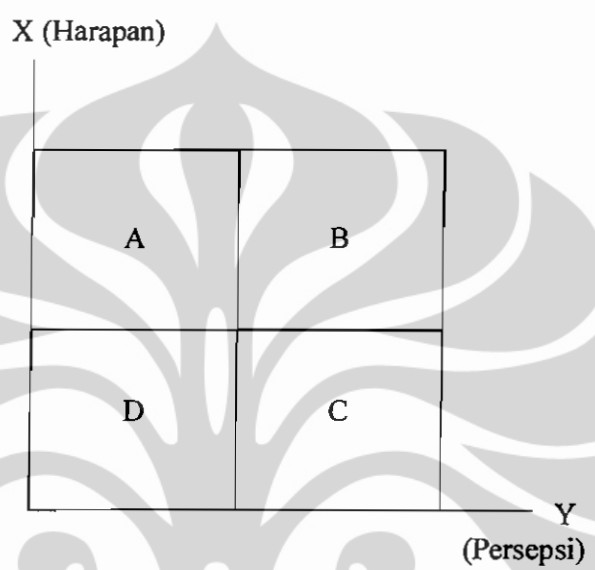
Menunjukkan unsur jasa pokok yang telah berhasil dilaksanakan perusahaan, untuk itu wajib dipertahankannya. Faktor-faktor di daerah ini dianggap sangat penting dan sangat memuaskan.

iii. Daerah C

Menunjukkan faktor yang mempengaruhi pelanggan kurang penting, akan tetapi pelaksanaannya berlebihan. Faktor-faktor di daerah ini dianggap kurang penting tetapi sangat memuaskan.

iv. Daerah D

Menunjukkan beberapa faktor yang kurang penting pengaruhnya bagi pelanggan, pelaksanaannya oleh perusahaan biasa-biasa saja. Faktor-faktor di daerah IV dianggap kurang penting dan kurang memuaskan.



Gambar 2.2 Diagram Kartesius

2.4 Ketidakpuasan

Dalam suatu organisasi dimana sebagian terbesar pekerjanya memperoleh kepuasan kerja , tidak tertutup kemungkinan sebagian kecil diantaranya merasakan ketidakpuasan.

2.4.1 Faktor-faktor penyebab ketidakpuasan

Menurut Herzberg dalam Ilyas 1999, faktor-faktor yang berperan sebagai *dissatisfiers* (penyebab ketidakpuasan) terhadap personel sebagai berikut :

- a. Kebijakan dan manajemen perusahaan
- b. Supervisi
- c. Hubungan dengan atasan
- d. Kondisi kerja
- e. Gaji
- f. Hubungan dengan mitra kerja horizontal
- g. Kehidupan pribadi
- h. Hubungan dengan bawahan
- i. Status
- j. Rasa aman

2.4.2 Respon terhadap Ketidakpuasan kerja

Ketidakpuasan kerja perawat dapat diungkapkan dalam sejumlah cara. Misalnya daripada mengundurkan diri, perawat dapat mengeluh, menjadi tidak patuh, mencuri peoperti organisasi, atau menghindari sebagian tanggung jawab kerja mereka (Robbins, 2006)

Penelitian yang dilakukan menunjukkan empat tanggapan yang berbeda satu sama lain dalam dimensi konstruktif / destruktif dan aktif/ pasif, dengan penjelasan sebagai berikut (Robbins ,2003)

a. Keluar

Ketidakpuasan ditunjukkan melalui perilaku diarahkan pada meninggalkan organisasi, termasuk mencari posisi baru atau mengundurkan diri

b. Suara

Ketidakpuasan ditunjukkan melalui usaha secara aktif dan konstruktif untuk memperbaiki keadaan, termasuk menyarankan perbaikan, mendiskusikan masalah dengan atasan, dan berbagai bentuk aktivitas perserikatan.

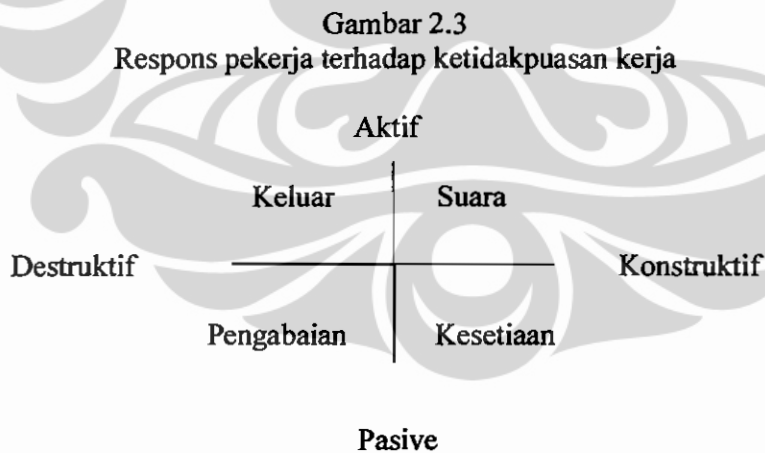
c. Kesetiaan

Ketidakpuasan ditunjukkan secara pasif, tetapi optimistik dengan menunggu kondisi untuk memperbaiki, termasuk dengan berbicara bagi organisasi dihadapan kritik eksternal dan memercayai organisasi dan manajemen melakukan hal yang benar

d. Pengabaian

Ketidakpuasan ditunjukkan melalui tindakan secara pasif membiarkan kondisi semakin buruk, termasuk kemangkiran atau keterlambatan secara kronis, mengurangi usaha, dan meningkatkan tingkat kesalahan.

Gambaran tentang respons pekerja terhadap ketidakpuasan kerja oleh Robbins (2003) dijelaskan pada gambar berikut :



Perilaku keluar dan pengabaian meliputi variabel kinerja, produktivitas, kemangkiran dan perputaran. Akan tetapi, model ini memperluas tanggapan pekerja termasuk suara dan kesetiaan, perilaku konstruktif yang memberi individu toleransi situasi situasi tidak nyaman atau menghidupkan kondisi kerja memuaskan. Hal tersebut membantu memahami situasi seperti mereka yang sering ditemukan di antara pekerja tidak dalam perserikatan, di mana kepuasan kerja rendah berpasangan dengan perputaran rendah . Anggota perserikatan sering menyatakan ketidakpuasan melalui prosedur bisik-bisik atau negosiasi kontrak formal. Mekanisme suara memberikan anggota perserikatan melanjutkan perserikatan sambil meyakinkan mereka sendiri bahwa mereka bertindak memperbaiki situasi.

Menurut Marriner (1996) , ketidakpuasan akan meningkatkan *turn over rate* dan menurunkan produktivitas. Banyak waktu dan biaya yang harus digunakan untuk merekrut dan menyeleksi seseorang untuk menggantikan karyawan yang keluar dari pekerjaannya. Karyawan baru akan membutuhkan waktu untuk melakukan proses sosialisasi untuk organisasi. Masa orientasi ini banyak membutuhkan biaya karena adanya biaya yang harus dikeluarkan untuk pendidikan dan pelatihan serta menurunnya produktivitas.

2.4.3 Mencegah Ketidakpuasan Kerja

Greenberg dan Baron (2003), memberikan saran untuk mencegah ketidakpuasan dan meningkatkan kepuasan , dengan cara sebagai berikut :

- a. Membuat pekerjaan menyenangkan

Orang lebih puas dengan pekerjaan yang mereka senang kerjakan daripada membosankan. Meskipun beberapa pekerjaan secara intrinsik membosankan, pekerjaan tersebut masih mungkin meningkatkan tingkat kesenangan ke dalam setiap pekerjaan

b. Orang dibayar dengan jujur

Orang yang percaya bahwa sistem pengupahan tidak jujur cenderung tidak puas dengan pekerjaannya. Hal ini diperlakukan tidak hanya dengan gaji dan upah per jam, tetapi juga dengan *fringe benefit*. Konsisten dengan *value theory*, mereka merasa dibayar dengan jujur dan apabila orang diberi peluang memilih *fringe benefit* yang paling mereka inginkan, kepuasan kerjanya cenderung naik.

c. Mempertemukan orang dengan pekerjaan yang cocok dengan minatnya

Semakin banyak orang menemukan bahwa mereka dapat memenuhi kepentingannya sambil di tempat kerja, semakin puas mereka dengan pekerjaannya. Perusahaan dapat menawarkan counselling individu kepada pekerja sehingga kepentingan pribadi dan profesional dapat diidentifikasi dan disesuaikan.

d. Menghindari kebosanan dan pekerjaan berulang-ulang

Kebanyakan orang cenderung mendapatkan sedikit kepuasan dalam melakukan pekerjaan yang sangat membosankan dan berulang. Sesuai dengan *two-factor theory*, orang jauh lebih puas dengan pekerjaan yang meyakinkan mereka memperoleh sukses dengan secara bebas melakukan kontrol atas bagaimana cara mereka melakukan sesuatu.

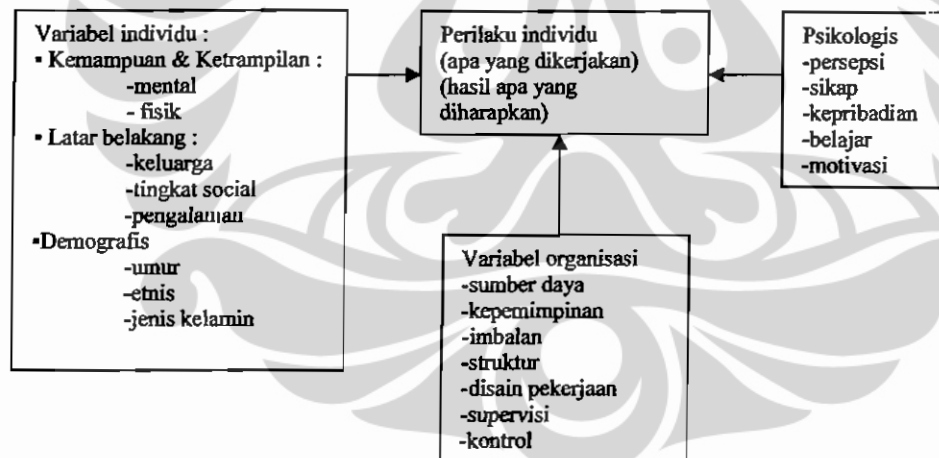
Menurut Herzberg (1959), perbaikan terhadap faktor-faktor ini akan mengurangi atau menghilangkan ketidakpuasan, tetapi tidak akan menimbulkan kepuasan kerja karena ini bukan merupakan sumber kepuasan kerja. Prinsip dasar dari dinamika ini adalah sebagai berikut :

1. *Hygiene factor* dapat mencegah atau membatasi ketidakpuasan kerja , tetapi tidak dapat memperbaiki kepuasan kerja
2. Perbaikan dalam *motivator factor* dapat mencegah ketidakpuasan kerja tetapi tidak dapat mencapai kepuasan kerja.

2.5 Kerangka teori

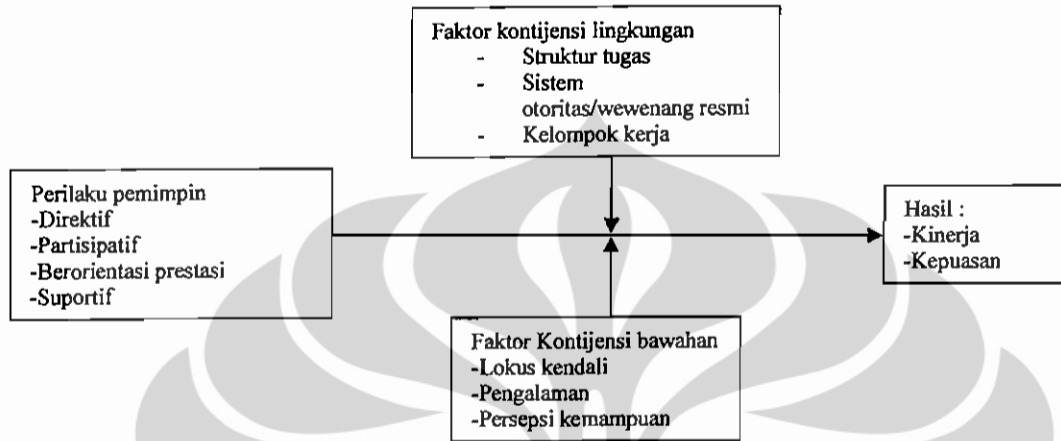
Teori Perilaku dan Kinerja dari Gibson (1987) dalam Ilyas (1999)

Gambar 2.3
Teori Perilaku dan Kinerja



Teori Jalur Sasaran (Robert House dalam Robbins, 2006)

Gambar 2.4
Teori Jalur Sasaran



BAB III

GAMBARAN UMUM RUANG PERAWATAN INTENSIF (ICU)

Gambaran umum ruang perawatan intensif, menurut Perdici adalah :

Salah satu pelayanan yang sentral di rumah sakit adalah pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* . Saat ini pelayanan di ICU tidak terbatas hanya untuk menangani pasien pasca bedah saja tetapi juga meliputi berbagai jenis pasien dewasa, anak, yang mengalami lebih dari satu disfungsi / gagal organ. Kelompok pasien ini dapat berasal dari Unit Gawat Darurat , Kamar Operasi , Ruang Perawatan, ataupun kiriman dari Rumah Sakit lain.

Beberapa komponen ICU yang spesifik yaitu :

1. Pasien yang dirawat dalam keadaan kritis
2. Desain ruangan dan sarana khusus
3. Peralatan berteknologi tinggi dan mahal
4. Pelayanan dilakukan oleh staf yang profesional dan berpengalaman dan mampu mempergunakan peralatan yang canggih dan mahal

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang terpisah dengan staf khusus, yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit – penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan prognosis dubia. *ICU* menyediakan kemampuan dan sarana , prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik,

perawat, dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

Standar Minimum Pelayanan ICU :

Tingkat pelayanan ICU harus disesuaikan dengan kelas rumah sakit. Tingkat pelayanan ini ditentukan oleh jumlah staf, fasilitas, pelayanan penjang, jumlah dan macam pasien yang dirawat.

Pelayanan ICU harus memiliki kemampuan sebagai berikut :

- 1) Resusitasi jantung paru
- 2) Pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi trakeal dan penggunaan ventilator sederhana
- 3) Terapi oksigen
- 4) Pemantauan EKG
- 5) Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
- 6) Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
- 7) Pelaksanaan terapi secara titrasi
- 8) Kemampuan melaksanakan teknik khusus sesuai kondisi pasien
- 9) Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat
- 10) Kemampuan melakukan fisioterapi dada

1. Klasifikasi atau stratifikasi pelayanan ICU

a. Pelayanan ICU primer (standar minimal)

Pelayanan ICU primer mampu memberikan pengelolaan resusitatif segera untuk pasien sakit gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek, dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyulit pada pasien medik dan bedah yang beresiko. Dalam ICU dilakukan ventilasi mekanik dan pemantauan kardiovaskuler sederhana selama beberapa jam.

Kekhususan yang harus dimiliki :

1. Ruang tersendiri ; letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruangan perawatan lain.
2. Memiliki kebijaksanaan/kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan.
3. Memiliki seorang dokter spesialis anesthesiologi sebagai kepala.
4. Ada dokter jaga 24 (dua puluh empat) jam dengan kemampuan melakukan resusitasi jantung paru (A, B, C, D, E, F).
5. Konsulen yang membantu harus selalu dapat dihubungi dan dipanggil setiap saat.
6. Memiliki jumlah perawat yang cukup dan sebagian besar terlatih.

7. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu (Hb, Hematokrit, elektrolit, gula darah dan trombosit), roentgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi.

b. Pelayanan sekunder

Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digariskan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler dan lain-lainnya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis lebih lama melakukan dukungan/bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks.

Kekhususan yang harus dimiliki :

1. Ruang tersendiri ; letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruangan perawatan lain.
2. Memiliki ketentuan / kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan.
3. Memiliki konsultan yang dapat dihubungi dan datang setiap saat bila diperlukan.
4. Memiliki seorang kepala ICU, seorang dokter konsultan *intensive care*, atau bila tidak tersedia oleh dokter spesialis anesthesiologi , yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
5. Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien : perawat sama dengan 1:1 untuk pasien dengan ventilator, renal replacement therapy dan 2:1 untuk kasus-kasus lainnya.

6. Memiliki lebih dari 50% perawat bersertifikat terlatih perawatan / terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.
7. Mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu melakukan pemantauan invasif dan usaha-usaha penunjang hidup.
8. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, roentgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
9. Memiliki ruangan isolasi atau mampu melakukan prosedur isolasi.

c. Pelayanan ICU tersier (tertinggi)

Pelayanan ICU tersier merupakan rujukan tertinggi untuk ICU, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan / bantuan hidup multi-sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang terbatas. ICU ini melakukan ventilasi mekanis pelayanan dukungan / bantuan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik. Semua pasien yang masuk ke dalam unit harus dirujuk untuk dikelola oleh spesialis intensive care. Kekhususan yang harus dimiliki :

1. Memiliki ruangan khusus tersendiri didalam rumah sakit.
2. Memiliki kriteria penderita masuk, keluar dan rujukan.
3. Memiliki dokter spesialis yang dibutuhkan dan dapat dihubungi, datang setiap saat diperlukan.

4. Dikelola oleh seorang ahli anestesiologi konsultan intensive care atau dokter ahli konsultan intensive care yang lain yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
5. Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien : perawat sama dengan 1: 1 untuk pasien dengan ventilator, renal replacement therapy dan 2:1 untuk kasus-kasus lainnya.
6. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat terlatih perawatan / terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.
7. Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan / terapi intensif baik non-invasif maupun invasif.
8. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, roentgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
9. Memiliki paling sedikit seorang yang mampu dalam mendidik tenaga medik dan paramedik agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien.
10. Memiliki prosedur untuk pelaporan resmi dan pengkajian. (sampai disini).
11. Memiliki staf tambahan yang lain, misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

d. Prosedur pelayanan perawatan / terapi (ICU)

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU:

Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.

1. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar.
2. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh :
 - a. Penyakit
 - b. Latrogenik
3. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang nyawanya pada saat itu bergantung pada fungsi alat / mesin dan orang lain.

e. Indikasi masuk dan keluar ICU

Suatu ICU mampu menggabungkan teknologi tinggi dan keahlian khusus dalam bidang kedokteran dan keperawatan gawat darurat yang dibutuhkan untuk merawat pasien sakit kritis. Keadaan ini memaksa diperlukannya mekanisme untuk membuat prioritas pada sarana yang terbatas ini apabila kebutuhan ternyata melebihi jumlah tempat tidur yang tersedia di ICU.

Dokter yang merawat pasien mempunyai tugas untuk meminta pasiennya dimasukkan ke ICU bila ada indikasi segera memindah ke unit yang lebih rendah bila kondisi kesehatan pasien telah memungkinkan. Kepala ICU bertanggung

43

jawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien di ICU. Bila kebutuhan masuk ICU melebihi tempat tidur yang tersedia, Kepala ICU menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di ICU. Prosedur untuk melaksanakan kebijakan ini harus dijelaskan secara rinci untuk tiap ICU. Harus tersedia mekanisme untuk mengkaji ulang secara retrospektif kasus-kasus dimana dokter yang merawat tidak setuju dengan keputusan kepala ICU.

f. Kriteria masuk

ICU memberikan pelayanan antara lain pemantauan yang canggih dan terapi yang intensif. Dalam keadaan penggunaan tempat tidur yang tinggi, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas satu-1) didahulukan rawat ICU dibandingkan pasien yang memerlukan pemantauan intensif (prioritas dua-2) dan pasien sakit kritis atau terminal dengan prognosis yang jelek untuk sembuh (prioritas tiga-3). Penilaian obyektif atas beratnya penyakit dan prognosis hendaknya digunakan untuk menentukan prioritas masuk pasien.

1). Pasien prioritas 1 (satu)

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti dukungan / bantuan ventilasi, infus obat-obat vasoaktif kontinyu, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain, pasca bedah kardiotoraksik, atau pasien shock septic. Mungkin ada baiknya beberapa institusi membuat kriteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia, hipotensi dibawah tekanan darah tertentu. Pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas ditinjau dari macam terapi yang diterimanya.

2). Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari ICU. Jenis pasien ini beresiko sehingga memerlukan terapi intensif segera, karenanya pemantauan intensif menggunakan metoda seperti *pulmonary arterial catheter* sangat menolong. Contoh jenis pasien ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung, paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan major. Pasien prioritas 2 umumnya tidak terbatas macam terapi yang diterimanya, mengingat kondisi mediknya senantiasa berubah.

3). Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien jenis ini sakit kritis, dan tidak stabil dimana status kesehatannya sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, baik masing-masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan/atau mendapat manfaat dari terapi di ICU. Contoh-contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial, temponade, atau sumbatan jalan napas, atau pasien menderita penyakit jantung atau paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pasien-pasien prioritas 3 (tiga) mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tetapi usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi kardiopulmoner.

Pengecualian

Jenis pasien berikut umumnya tidak mempunyai kriteria yang sesuai untuk masuk ICU, dan hanya dapat masuk dengan pertimbangan seperti pada keadaan luar biasa, atas persetujuan Kepala ICU. Lagi pula pasien-pasien tersebut bila perlu harus dikeluarkan dari ICU agar fasilitas yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3 (satu, dua, tiga).

- 1). Pasien yang telah dipastikan mengalami brain death. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU bila mereka potensial donor organ, tetapi hanya untuk tujuan menunjang fungsi-fungsi organ sementara menunggu donasi organ.
- 2). Pasien-pasien yang kompeten tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi “perawatan yang aman” saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah “DNR”. Sesungguhnya pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan survival-nya.
- 3). Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
- 4). Pasien yang secara fisiologis stabil yang secara statistik resikonya rendah untuk memerlukan terapi ICU. Contoh-contoh pasien kelompok ini antara lain, pasien pasca bedah vaskuler yang stabil, pasien diabetic ketoacidosis tanpa komplikasi, keracunan obat tetapi sadar, concussion, atau payah jantung kongestif ringan. Pasien-pasien semacam ini lebih disukai dimasukkan ke suatu unit intermediet untuk terapi definitif dan /atau observasi.

g. Kriteria keluar

1). Pasien prioritas 1 (satu)

Pasien prioritas 1 (satu) dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, atau bila terapi telah gagal dan prognosis jangka pendek jelek dengan kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh-contoh hal terakhir adalah pasien dengan tiga atau lebih gagal sistim organ yang tidak berespons terhadap pengelolaan agresif.

2). Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien prioritas 2 (dua) dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

3). Pasien prioritas 3

Pasien prioritas 3 (tiga) dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh dari hal terakhir antara lain adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas, dan lain-lainnya yang telah tidak berespons terhadap terapi ICU untuk penyakit akutnya, yang prognosis jangka pendeknya secara statistik rendah, dan yang tidak ada terapi yang potensial untuk memperbaiki prognosisnya. Dengan mempertimbangkan perawatannya tetap berlanjut dan sering merupakan perawatan khusus setara pasien ICU, pengaturan untuk perawatan non-ICU yang sesuai harus dilakukan sebelum pengeluaran dari ICU.

Pengkajian ulang kerja

Setiap ICU hendaknya membuat peraturan dan prosedur-prosedur masuk dan keluar, standard perawatan pasien, dan kriteri outcome yang spesifik.

Kelengkapan-kelengkapan ini hendaknya dibuat tim multidisipliner yang diwakili oleh dokter, perawat dan administrator rumah sakit, dan hendaknya dikaji ulang dan diperbaiki seperlunya berdasarkan keluaran pasien (*outcome*) dan pengukuran kinerja yang lain. Kepatuhan terhadap ketentuan masuk dan keluar harus dipantau oleh tim multidisipliner, dan penyimpangan-penyimpangan dilaporkan pada badan perbaikan kualitas rumah sakit untuk ditindak lanjuti.

2. Prasarana

a. Lokasi

Dianjurkan satu kompleks dengan kamar bedah dan kamar pulih, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke Unit Gawat Darurat, laboratorium dan radiologi.

b. Disain

Standar ICU yang memadai ditentukan disain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat.

Bangunan ICU harus terisolasi dan mempunyai standard tertentu terhadap : bahaya api, ventilasi, AC, Exhausts fan, pipa air, komunikasi, bakteriologis, kabel monitor. Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata.

1. Area pasien : unit terbuka 12 – 16 m² / tempat tidur, unit tertutup 16 – 20 m² / tempat tidur , jarak antara tempat tidur : 2 m ,unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur , unit tertutup 1 ruangan 1 tempat tidur

cuci tangan. Harus ada sejumlah outlet yang cukup sesuai dengan level ICU. ICU tersier paling sedikit 3 outlet udara-tekan, dan 3 pompa hisap dan minimal 16 stop kontak untuk tiap tempat tidur. Pencahayaan cukup dan adekuat untuk opservasi klinis dengan lampu TL day light 10 watt/m². Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Disain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.

2. Area kerja meliputi :

- a. Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien.
- b. Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin).
- c. Ruang yang cukup untuk mesin X-Ray mobile dan mempunyai negativeskop.
- d. Ruang untuk telpon dan sistem komunikasi lain, komputer dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup resepsionis dan petugas administrasi.

3. Lingkungan

Mempunyai pendingin ruangan / AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22° – 25° kelembaban 50 – 70%.

4. Ruang isolasi

Dilengkapi dengan tempat cuci tangan dan tempat ganti pakaian sendiri.

5. Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih

Untuk menyimpan monitor, ventilator, pompa infus dan pompa syringe, peralatan dialisis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infus, troli, penghangat darah, alat hisap, linen dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih.

6. Ruang tempat pembuangan alat/bahan kotor

Ruang untuk membersihkan alat-alat, pemeriksaan urine, pengosongan dan pembersihan pispot dan botol urine. Desain unit menjamin tidak ada kontaminasi.

7. Ruang perawat

Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.

8. Ruang staf Dokter

Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor Kepala bagian dan staf, dan keputakaan.

9. Ruang Tunggu keluarga pasien

10. Laboratorium

Harus dipertimbangkan pada unit yang tidak mengandalkan pelayanan terpusat.

3. Peralatan

- a). Jumlah dan macam peralatan bervariasi tergantung tipe, ukuran dan n harus sesuai dengan beban kerja ICU, disesuaikan dengan standar yang berlaku.
- b). Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat. Peralatan dasar meliputi : Ventilator, alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas, alat hisap, peralatan akses vaskuler, defibrilator dan alat pacu jantung, alat pengatur suhu pasien, peralatan drain thorax, pompa infus dan pompa syringe, peralatan portable untuk transportasi, tempat tidur khusus, lampu untuk tindakan, *Continous Renal Replacement Therapy*

Peralatan lain (seperti peralatan hemodialisa dan lain-lain) untuk prosedur diagnostik dan atau terapi khusus hendaknya tersedia bila secara klinis ada indikasi dan untuk mendukung fungsi ICU.

Protokol dan pelatihan kerja untuk staf medik dan para medik perlu tersedia untuk penggunaan alat-alat termasuk langkah-langkah untuk mengatasi apabila terjadi malfungsi.

4. Monitoring Peralatan (Termasuk peralatan portable yang digunakan untuk transportasi pasien).

- a). Tanda bahaya kegagalan pasokan gas
- b). Tanda bahaya atau sistim pernafasan

c). Tanda bahaya kegagalan ventilator atau diskonsentrasi sistim pernafasan .Pada penggunaan ventilator otomatis, harus ada alat yang dapat segera mendeteksi kegagalan sistim pernafasan atau ventilator secara terus menerus.

d). Volume dan tekanan ventilator.

Volume yang keluar dari ventilator harus terpantau. Tekanan jalan nafas dan tekanan sirkuit pernafasan harus terpantau terus menerus dan dapat mendeteksi tekanan yang berlebihan.

e). Suhu alat pelembab (*humidifier*)

Ada tanda bahaya bila terjadi kegagalan pasokan oksigen. Alat yang secara otomatis teraktifasi untuk memonitor penurunan tekanan pasokan oksigen, yang selalu terpasang di ventilator.

f). Pemantauan konsentrasi oksigen. Diperlukan untuk mengukur konsentrasi oksigen yang dikeluarkan oleh ventilator peningkatan suhu udara inspirasi.

g.).Elektrokardiograf

Terpasang pada setiap pasien dan dipantau terus menerus.

h). *Pulse oximeter*. Harus tersedia untuk setiap pasien di ICU.

i.). Emboli udara. Apabila pasien sedang menjalani hemodialisis, plasmapheresis, atau alat perfusi, harus ada pemantauan untuk emboli udara.

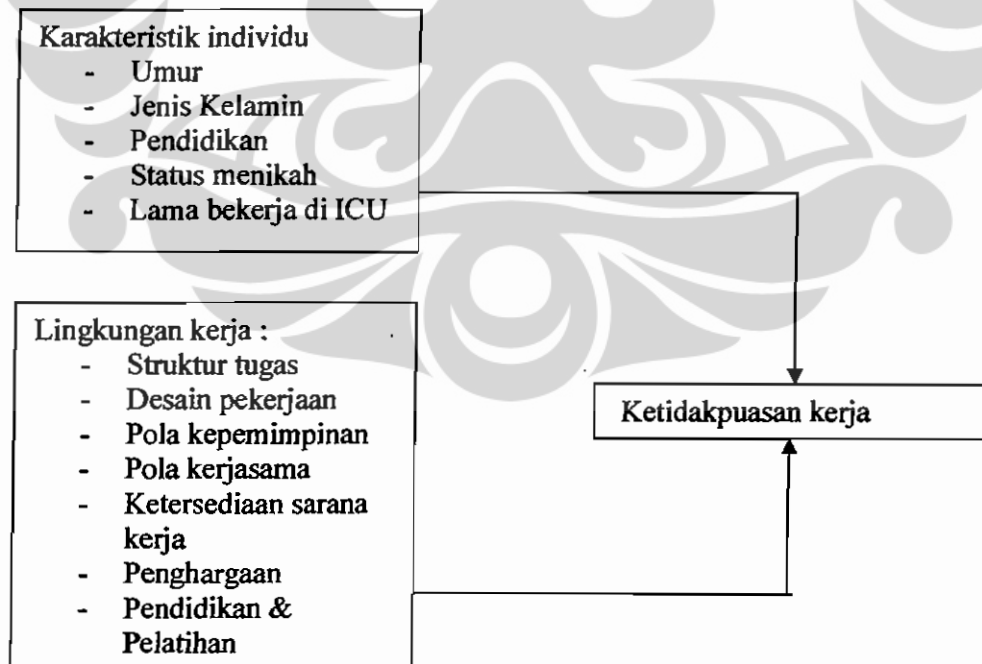
j). Bila ada indikasi klinis harus tersedia peralatan untuk mengukur variabel fisiologis lain seperti tekanan intra arterial dan tekanan arteri pulmonalis, curah jantung, tekanan inspirasi dan aliran jalan nafas, tekanan intrakranial, suhu, transmisi neuromuskular, kadar CO₂ ekspirasi

BAB IV

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep

Pada penelitian ini kerangka konsep adalah modifikasi dari teori Herzberg (1969) dalam Robbins (Robbins, 2006), Gibson (1987) dalam Ilyas (1999), Robert House dalam Robbins (2006) serta Herzberg (1969) dalam Ilyas (1999). Penulis mengurangi dan menambahkan beberapa variabel karena adanya keterbatasan waktu dan lokasi penelitian. Variabel independen yang dipilih terdiri dari 2 variabel, yaitu karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, status menikah, lama bekerja di ICU), lingkungan kerja (struktur tugas, desain pekerjaan, pola kepemimpinan, pola kerjasama, ketersediaan sarana kerja, penghargaan, pendidikan dan pelatihan). Sedangkan variabel dependen adalah ketidakpuasan kerja perawat di ruang perawatan intensif.



4.2 Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Umur	Lama waktu hidup responden yang diukur dalam tahun, sejak lahir sampai ulang tahun terakhir sebelum penelitian. Dibagi 4 kategori	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. < 25 thn 2. 26-33 th 3. 33-44 th 4. > 44 th	Ordinal
2.	Jenis Kelamin	Penggolongan responden atas jenis kelamin	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Lama bekerja	Sejumlah waktu yang dihitung dalam tahun yang menunjukkan lamanya responden bertugas di ICU.	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. 3 bln-2thn 2. > 2th-7th	Ordinal

4.	Pendidikan	Tingkat belajar formal yang dilalui responden .Digolongkan menurut pendidikan formal / dengan ijazah, terbagi : SPK , S1 perawatan , S2	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. SPK 2. Akper 3. S1 Perawatan 4. S2	Ordinal
5.	Status perkawinan	Keadaan status perkawinan	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. Menikah 2. Belum menikah	Nominal
6.	Status pegawai	Penggolongan perawat berdasarkan status kepegawaian .Dibagi dalam 2 golongan , yaitu PNS dan non PNS	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. PNS 2. Non PNS	Nominal

7.	Jabatan	Tugas utama yang diemban oleh responden. Dibagi dalam 2 golongan ,yaitu pelaksana dan kepala ruangan	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1.Pelaksana 2.Ka. Ruangan	Nominal
8.	Lingkungan kerja	Kondisi sekitar yang berpengaruh pada tempat bekerja , baik kondisi fisik maupun psikologis yang mempengaruhi penyelesaian tugas perawat.	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Setuju 4. Sangat Setuju	Ordinal
8.	Struktur tugas	Penilaian perawat tentang bagaimana pembagian	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1 Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat	Ordinal

		tugas dan wewenang itu dilaksanakan			setuju	
9.	Penghargaan	Penilaian perawat terhadap penghargaan dari Ka. Ruang dan rekan kerja atas hasil kerja yang telah dicapai	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal
10.	Desain pekerjaan	Penilaian perawat yang menggambarkan kompleksitas dan tingkat kesulitan suatu tugas yang dikerjakan seorang perawat	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal
11.	Pola kepemimpinan	Persepsi perawat	Menanyakan kepada	Kuisisioner	1. Sangat tidak setuju	Ordinal

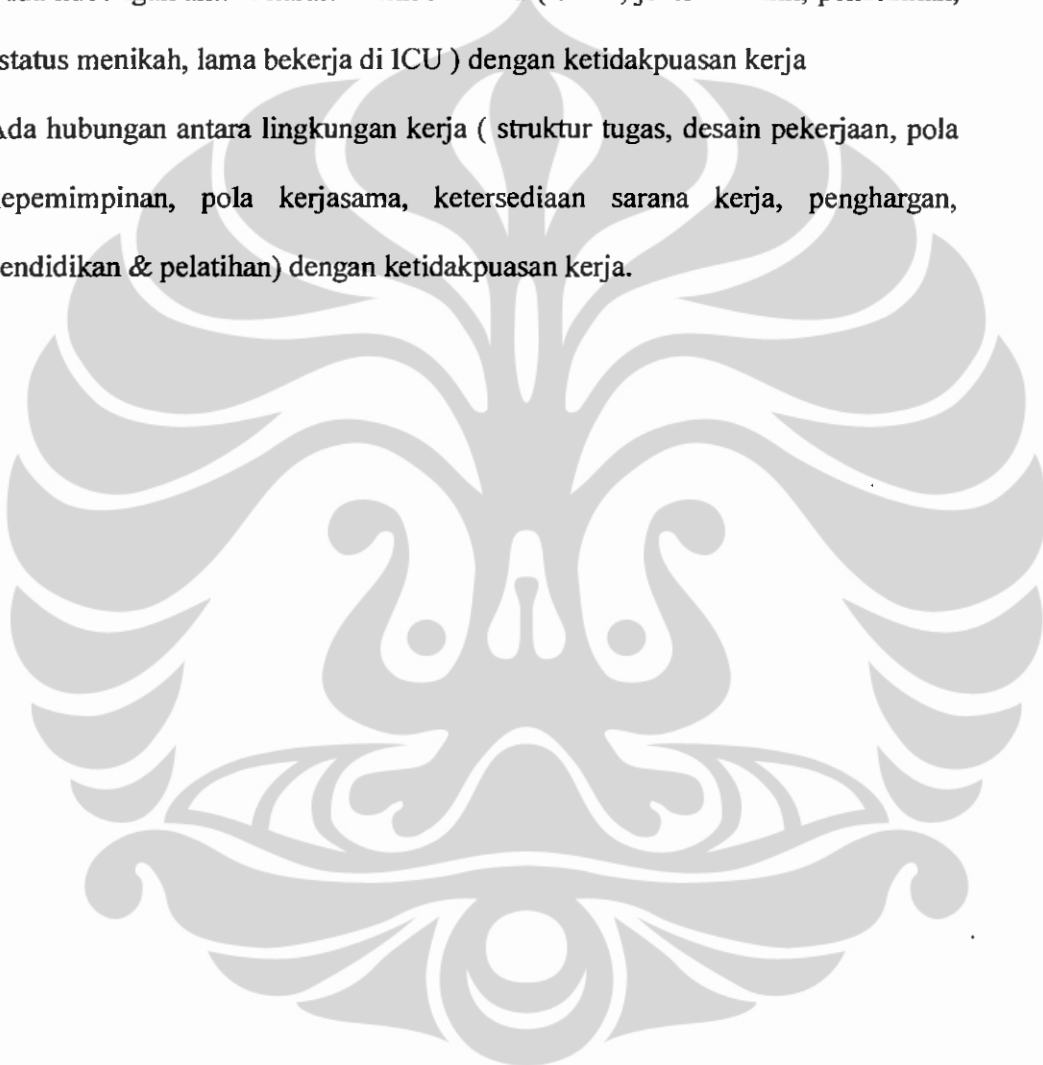
	nan	tentang model kepemimpinan yang diterapkan dalam mengelola perawat	responden		2.Tidak setuju 3.Setuju 4. Sangat setuju	
13.	Ketersediaan sarana kerja	Penilaian perawat terhadap kelengkapan& ketersediaan dalam jumlah&jenis/ kondisi sarana kerja	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1.Sangat tidak setuju 2.Tidak setuju 3.Setuju 4.Sangat setuju	Ordinal
14.	Pendidikan dan Pelatihan	Persepsi perawat tentang program yang diselenggarakan RS dalam upaya peningkatan kemampuan SDM.	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal
15.	Pola	Persepsi	Menanyakan	Kuisisioner	1.Sangat tidak	Ordinal

	kerjasama	perawat terhadap kualitas hubungan dan interaksi perawat dengan rekan sekerja dalam melaksanakan pekerjaan.	kepada responden		setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	
16.	Ketidakpuasan kerja	Suatu perasaan yang tidak menyenangkan karena adanya ketidakadilan yang didapat setelah membandingkan apa yang diharapkan dengan apa yang terjadi dari pekerjaannya.	Menanyakan kepada responden	Kuisisioner	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal

4.3 Hipotesis

Dari kerangka konsep yang telah disusun di atas, maka variable independen dan variable dependen akan diuraikan dalam bentuk hipotesis untuk diuji tingkat kemaknaannya.

1. Ada hubungan antara karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, status menikah, lama bekerja di ICU) dengan ketidakpuasan kerja
2. Ada hubungan antara lingkungan kerja (struktur tugas, desain pekerjaan, pola kepemimpinan, pola kerjasama, ketersediaan sarana kerja, penghargaan, pendidikan & pelatihan) dengan ketidakpuasan kerja.



BAB V

METODE PENELITIAN

5.1 Rancangan Penelitian

Jenis Penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Untuk metode kuantitatif menggunakan kuisisioner penelitian ini secara spesifik hanya untuk penilaian ketidakpuasan perawat di Unit Perawatan Intensif di 18 Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia. Sedangkan studi kualitatif dengan metode *in depth interview* (wawancara mendalam) dilakukan di 2 RSUD di Jakarta yaitu RSUD Pasar Rebo dan RSUD Tarakan untuk mendapat informasi yang belum tergal, sehingga keluar faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpuasan perawat ICU.

5.2 Populasi Dan Sampel

5.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat di ICU di 18 Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia

5.2.2 Sampel

Untuk variabel kepuasan perawat, populasi diambil dari seluruh perawat unit perawatan Intensif di 18 Rumah Sakit Umum Daerah dan Pendidikan.

Responden yang diperoleh di seluruh rumah sakit berjumlah 246 orang.

Sedangkan *in depth interview*, bertujuan untuk melengkapi dan menggali informasi lebih mendalam pada penelitian secara kuantitatif dilakukan pada Kepala Instalasi ICU, Kepala ruangan, perawat senior di RSUD Tarakan & RSUD Pasar Rebo

5.2.3 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2007 – Mei 2008

5.3 Pengumpulan Data

5.3.1 Sumber Data

Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan sekunder. Data primer diisi oleh perawat yang bersangkutan melalui kuisisioner sedangkan data sekunder diperoleh dari informasi dari Kepala Instalasi ICU, kepala ruangan, perawat senior.

5.3.2 Alat Pengumpul Data

Metode pengumpulan data adalah wawancara mendalam, telaah dokumen, kuisisioner.

5.3.3 Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner

Sebelum mengolah data yang didapat dari hasil penelitian, dilakukan uji validitas dan reabilitas terhadap instrumen yang digunakan dalam mengumpulkan data. Kuesioner yang telah dibuat oleh peneliti telah didiskusikan dan ditetapkan dalam rapat ahli profesi keperawatan intensif, yaitu terdiri dari:

- a. Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (HIPERCCI)

- b. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
- c. Tim Sub Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia

5.3.4. Pengolahan Data

Data kuantitatif yang berasal dari hasil kuisioner diolah dengan SPSS 15, kemudian analisis data kualitatif berasal dari wawancara mendalam terhadap informan dari kedua RSUD di Jakarta yang kemudian dianalisa dan diambil kesimpulan sehingga dapat diketahui hubungan dengan faktor-faktor terkait.

Data kepuasan perawat pelaksana di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit diolah secara komputerisasi, melalui tahapan :

- a. *Editing* : penyuntingan data dilakukan segera setelah data terkumpul
- b. *Coding* : mengklasifikasikan data dan memneri kode untuk masing-masing kelas untuk memudahkan dalam memasukkan data ke computer atau lembar tabulasi.
- c. *Structure* dan *filling* : mengembangkan struktur data pada masing-masing variable
- d. *Entry* : memasukkan data dengan program SPSS (Statistical Package for Social Sciences).
- e. *Cleaning* : pembersihan data dengan melihat distribusi frekuensi dari variable-variabel dan menilai kelogisannya, sehingga data yang didapatkan benar-benar dipergunakan.

Data mengenai karakteristik perawat pelaksana serta dokumen lain diolah secara manual.

5.3.5 Analisa Data

Analisa data dilakukan peneliti untuk menjawab tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian. Analisa data akan dilakukan sebagai berikut :

a. Analisa univariat

Analisa univariat dilakukan untuk menggambarkan variabel independen yaitu : 1). Karakteristik perawat meliputi : umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir, lama bekerja. 2). Lingkungan kerja meliputi : struktur tugas, pola kepemimpinan, penghargaan, ketersediaan sarana kerja, desain pekerjaan, pendidikan dan pelatihan, pola kerjasama. Juga menggambarkan distribusi variabel dependen, yaitu ketidakpuasan kerja perawat ICU.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu membuktikan adanya hubungan faktor karakteristik individu, faktor lingkungan kerja dengan ketidakpuasan kerja perawat. Analisis ini menggunakan Uji Chi Square karena variabel independen dan dependen berbentuk variabel katagorik.

Analisa data menggunakan instrumen statistik berupa metode *Chi-Square Test of Dependence*. Pada penelitian ini karena tingkat keyakinan yang diharapkan sebesar 95 % maka alpha (α) yang digunakan dalam tabel *Chi-Square* : 0,05.

$$\text{Rumus Chi-Square : } X^2 = \sum_{I=1}^n \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Keterangan:

$$E = \frac{T_k \cdot T_b}{n}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

O_i = Frekuensi dari data ke - 1 yang diobservasi (*observed*)

E_i = Frekuensi dari data ke - 1 yang diharapkan (*expected*)

T_k = Total kolom

T_b = Total baris

Untuk mengetahui seberapa besar korelasi diantara variabel-variabel yang saling berhubungan akan menggunakan koefisien korelasi Person product moment. (Sabri dan Hastono, 2006). Koefesioen korelasi (r) dapat diperoleh dari formula berikut :

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Menurut Colton, kekuatan hubungan dua variabel secara kualitatif dapat dibagi dalam 4 area yaitu :

$r = 0,00-0,25$ Tidak ada hubungan /hubungan Lemah

$r = 0,26-0,50$ Hubungan Cukup

$r = 0,51-0,75$ Hubungan Kuat

$r = 0,76-1,00$ Hubungan Sangat kuat

c. Analisis Multivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor lingkungan kerja yang paling berhubungan atau paling dominan terhadap ketidakpuasan kerja perawat. Uji statistic yang digunakan adalah uji regresi logistic ganda dikarenakan variabel dalam penelitian yang digunakan bersifat kategorik dikotom (Sulaeman,2004) dalam Lusiani(2006), dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1) Melakukan analisis bivariat dengan regresi logistic sederhana antara masing-masing independent dengan variabel deendennya. Bila hasil uji regresi logistic sederhana nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut masuk dalam model multivariate.

2). Mengeluarkan variabel yang masuk dalam model multivariate regresi logistic ganda yang mempunyai $p \text{ wald} > 0,25$.

3) Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel yang berhubungan signifikan, nilai $p < 0,05$, maka langkah terakhir melihat variabel yang paling dominan (nilai p yang paling kecil diantara variabel yang signifikan) (Luknis dan Hastono,1999).

4). Uji interkasi, untuk mengetahui apakah variabel tersebut mempunyai interaksi secara substansi atau tidak.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja para perawat ICU. Responden dalam penelitian ini adalah semua perawat di unit ICU di 18 Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia. Hasil penelitian ini meliputi analisis univariat yang berguna untuk melihat distribusi dan frekuensi dari semua variabel yang diteliti yaitu karakteristik individu, lingkungan kerja, dan gambaran ketidakpuasan kerja. Selanjutnya analisis bivariat dalam bentuk tabulasi silang untuk melihat adanya hubungan dari variabel dependen (ketidakpuasan kerja) dan variabel independen (karakteristik individu dan lingkungan kerja). Kemudian analisis multivariat untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap ketidakpuasan kerja. Berikut ini akan diuraikan hasil penelitian.

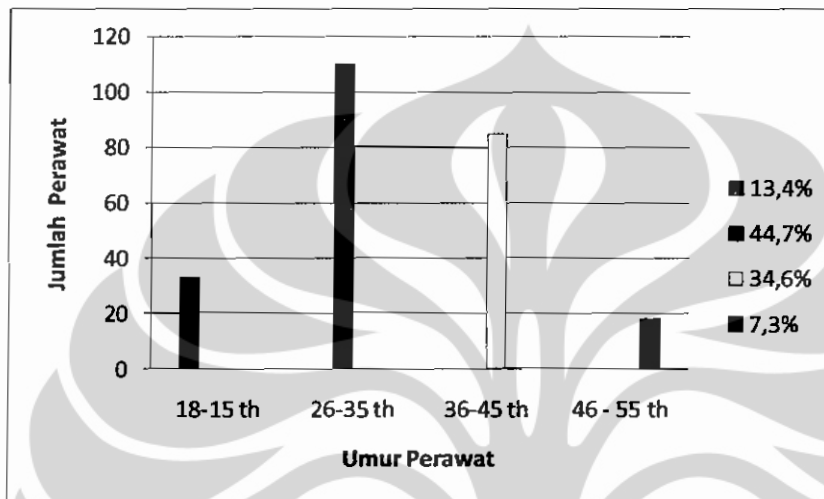
6.1 Analisis Univariat

6.1.1. Gambaran karakteristik perawat

Gambaran karakteristik perawat meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, status pernikahan disajikan dalam bentuk diagram *bar* dan diagram *pie*

6.1.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Umur

Gambar 6.1
Proporsi Perawat ICU Berdasarkan Umur

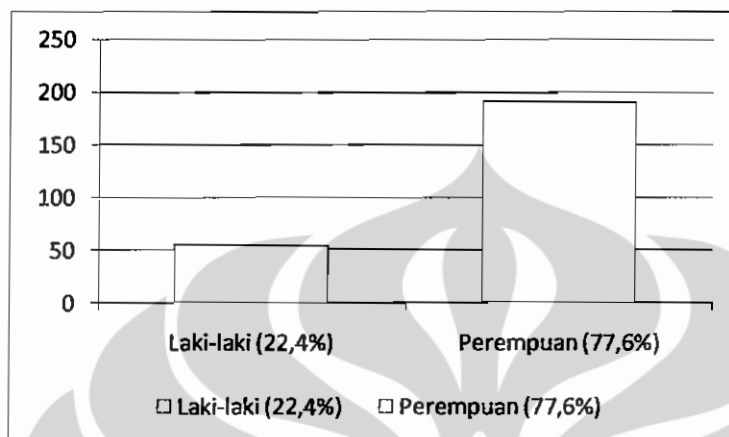


Dari tabel tersebut menunjukkan proporsi perawat yang paling banyak yang bekerja di ICU pada 18 rumah sakit umum berkisar pada usia 18-45 tahun. Hal tersebut menunjukkan rata-rata tingkat produktivitas yang masih tinggi. Sedangkan selebihnya (7,3%) merupakan memasuki masa persiapan untuk pensiun.

6.1.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Dari hasil penelitian didapatkan hasil proporsi perawat berdasarkan jenis kelamin. Pada Tabel di bawah ini menunjukkan proporsi terbesar perawat yang bekerja di ICU berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 191 orang.

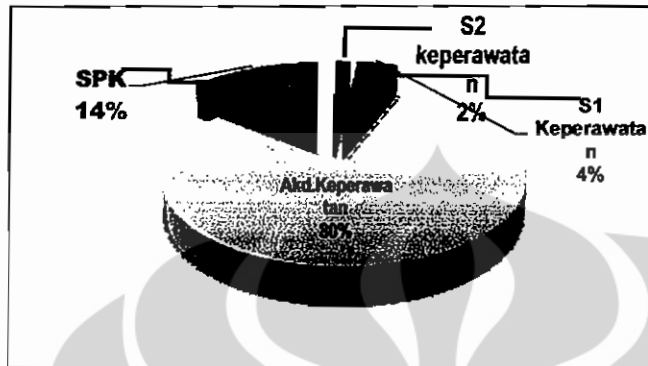
Gambar 6.2
Proporsi Perawat ICU Berdasarkan Jenis Kelamin



6.1.1.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Latar belakang pendidikan perawat yang bekerja di ICU seperti yang terlihat pada gambar 6.5, proporsi terbesarnya memiliki pendidikan akademi keperawatan (Akper) yaitu sebanyak 196 orang. Sedangkan yang sudah menempuh jenjang S1 keperawatan 11 orang dan S2 keperawatan sebanyak 4 orang .

Gambar 6.3
Proporsi Perawat ICU Berdasarkan Jenjang Pendidikan



6.1.1.4. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Dari hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat statusnya telah menikah sebagaimana terlihat pada tabel berikut

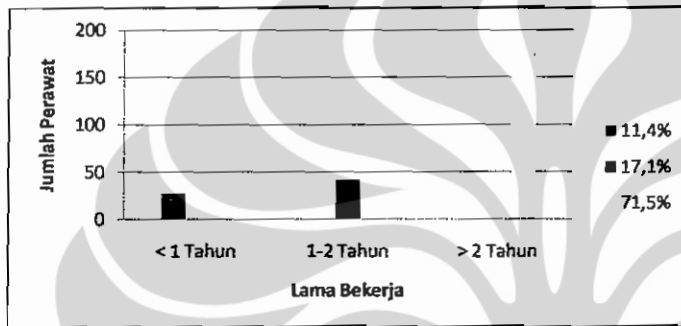
Gambar 6.4
Proporsi Perawat ICU Berdasarkan Status Perkawinan



6.1.1.5. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja di ICU

Dari hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat (176 orang) bekerja di ICU lebih dari 2 tahun, sebagaimana terlihat pada tabel berikut :

Gambar 6.5
Proporsi Perawat Berdasarkan Lama Bekerja di ICU



6.1.2. Gambaran Lingkungan Kerja

Gambaran lingkungan kerja meliputi struktur tugas, desain pekerjaan, pola kepemimpinan, pola kerjasama, ketersediaan sarana kerja, penghargaan, pendidikan dan pelatihan.

6.1.2.1 Struktur tugas

Tabel 6.6
Distribusi Responden menurut Struktur Tugas

Struktur tugas	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	164	66,7%	66,7%	66,7%
TIDAK BAIK	82	33,3%	33,3%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Berdasarkan tabel di atas dapat terlihat bahwa sebagian besar responden (66,7%) menyatakan bahwa struktur tugas yang ada di ICU baik, sedangkan 33,3 % sisanya menyatakan struktur tugas yang ada adalah Tidak Baik.

Tabel 6.7
Distribusi frekuensi variabel pertanyaan Struktur Tugas

No.	Pertanyaan	PERSEPSI				HARAPAN			
		PUAS		TIDAK PUAS		PUAS		TIDAK PUAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Penerapan asuhan keperawatan di ICU	183	74,4	63	25,6	162	65,9	84	34,1
2	Uraian tugas yang telah ditetapkan	183	74,4	63	25,6	164	66,7	82	33,3
3	Pengaturan tugas jaga (shift)	183	74,4	63	25,6	194	78,9	52	21,1
4	Kesesuaian uraian tugas dengan kemampuan	183	74,4	63	25,6	194	78,9	52	21,1
5	Kewenangan yang diberikan untuk menjelaskan tindakan keperawatan	183	74,4	63	25,6	217	88,2	29	11,7

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa pendapat responden mengenai persepsi struktur tugas adalah dari kelima pertanyaan yang diajukan yang sebagian besar merasa puas (74,4%), sisanya merasa tidak puas (25,6%). Sedangkan mengenai harapan struktur tugas, lebih bervariasi, pada pertanyaan nomor 1, ada 65,9% responden merasa puas ; sisanya 34,1% merasa tidak puas. Untuk pertanyaan nomor 2, terdapat 66,7% responden merasa puas, sisanya merasa tidak puas (34,1%). Selanjutnya untuk pertanyaan nomor 3 dan 4, sebanyak 78,9% dari responden merasa puas, sisanya 21,1 % merasa tidak puas.

Sedangkan untuk pertanyaan nomor 5, sebanyak 88,2% responden merasa puas dan 11,7 % responden merasa tidak puas.

6.1.2.2 Desain Pekerjaan

Tabel 6.8
Distribusi Responden menurut Desain Pekerjaan

Desain Pekerjaan	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	183	74,4%	74,4%	74,4%
TIDAK BAIK	63	25,6%	25,6%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Menurut Responden, Desain pekerjaan di ICU adalah Baik (74,4%) sedangkan yang menyatakan tidak baik hanya sebesar 25,6%.

Tabel 6.9
Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan desain pekerjaan

No.	Pertanyaan	PERSEPSI				HARAPAN			
		PUAS		TIDAK PUAS		PUAS		TIDAK PUAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Serah terima pasien setiap shift	183	74,4	63	25,6	217	88,2	29	11,8
2	Keterlibatan dalam evaluasi/ronde ruangan	183	74,4	63	25,6	217	88,2	29	11,8
3	Tantangan pekerjaan	181	73,6	65	26,4	187	76	59	24
4	Komitmen kerja	181	73,6	65	26,4	187	76	59	24

Dari tabel di atas dapat terlihat bahwa pada bagian persepsi tentang struktur tugas, untuk pertanyaan nomor 1 dan 2, terdapat 74,4% responden yang merasa puas, 25,6 % merasa tidak puas. Demikian juga untuk pertanyaan nomor 3 dan 4, terdapat 73,6% responden yang merasa puas, 26,4 % merasa tidak puas.

Sedangkan untuk bagian harapan struktur tugas, untuk pertanyaan nomor 1 dan 2, terdapat 88,2 % dari responden merasa puas, sisanya, 11,8 % merasa tidak puas. Kemudian untuk pertanyaan nomor 3 dan 4, 76% dari responden merasa puas, sisanya 24 % merasa tidak puas.

6.1.2.3 Pola Kepemimpinan

Tabel 6.10
Distribusi Responden menurut Pola Kepemimpinan

Pola Kepemimpinan	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	148	60,2%	60,2%	60,2%
TIDAK BAIK	98	39,8%	39,8%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Sebanyak 148 responden (60,2%) menyatakan Pola kepemimpinan di ICU adalah Baik, responden lainnya (39,8%) menyatakan Pola kepemimpinan di ICU Tidak baik.

Tabel 6.11
Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi pola kepemimpinan

No.	Pertanyaan	PERSEPSI				HARAPAN			
		PUAS		TIDAK PUAS		PUAS		TIDAK PUAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Jalur Komunikasi dengan atasan	195	79,3	51	20,7	194	78,9	52	21,1
2	Komunikasi dengan Ka.Ru	183	74,4	63	25,6	141	57,3	105	42,6
3	Komunikasi dengan dokter	183	74,4	63	25,6	184	74,8	62	25,2
4	Dukungan Manajemen RS	81	32,9	165	67,1	102	41,5	144	58,5

Dari tabel di atas dapat terlihat pada persepsi perawat mengenai pola kepemimpinan, pada pertanyaan nomor 1 sebagian besar responden (79,3%) merasa puas, sedangkan 20,7% dari responden merasa tidak puas. Selanjutnya untuk pertanyaan nomor 2 dan 3, terlihat 74,4% dari responden menyatakan puas, sedangkan 25,6% dari responden merasa tidak puas. Untuk pertanyaan nomor 4, hanya sebagian kecil responden (32,9%) yang merasa puas, sebagian besar (67,1%) merasa tidak puas. Kemudian pada harapan perawat terlihat untuk pertanyaan nomor 1, sebagian besar responden (78,9%) merasa puas, sisanya (21,1%) merasa tidak puas. Untuk pertanyaan nomor 2, sebesar 57,3% dari responden merasa puas, responden yang merasa tidak puas sebesar 42,6%. Lalu untuk pertanyaan nomor 3, ada 74,8% responden yang merasa puas, sisanya sebesar 25,2% merasa tidak puas. Terakhir, untuk pertanyaan nomor 4, responden yang merasa puas hanya sebesar 41,5% , sedangkan yang merasa tidak puas, lebih banyak, yaitu sebesar 58,5%.

6.1.2.4 Pola Kerjasama

Tabel 6.12
Distribusi Responden menurut Pola Kerjasama

Pola Kerjasama	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	214	87%	87%	87%
TIDAK BAIK	32	13%	13%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Berdasarkan hasil analisis univariat, menurut responden, Pola kerjasama di ICU adalah Baik (87,0%) sedangkan yang menyatakan tidak baik hanya sebesar

13,0%.

Tabel 6.13
Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi pola kerjasama

No.	Pertanyaan	PERSEPSI				HARAPAN			
		PUAS		TIDAK PUAS		PUAS		TIDAK PUAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Komunikasi antar perawat	227	92,3	19	7,7	227	92,3	19	7,7
2	Kerjasama tim	226	91,9	20	8,1	225	91,5	21	8,5
3	Keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik	226	91,9	20	8,1	225	91,5	21	8,5
4	Saran-saran dari tim kerja	226	91,9	20	8,1	216	87,8	30	12,2

Dari tabel di atas dapat terlihat mengenai persepsi perawat tentang pola kerjasama yaitu, untuk pertanyaan nomor 1, sebagian besar responden (92,3%) merasa puas, sisanya sebesar 7,7% merasa tidak puas. Selanjutnya untuk pertanyaan nomor 2,3,dan 4 terdapat kesamaan, sejumlah responden (91,9%) merasa puas, hanya 8,1% responden yang merasa tidak puas. Sedangkan mengenai harapan responden, pada pertanyaan nomor 1, sebagian besar responden (92,3%) merasa puas, sisanya sebesar 7,7% merasa tidak puas. Kemudian untuk pertanyaan nomor 2 dan 3, sebesar 91,5% dari responden merasa puas, sisanya sebesar 8,5% yang merasa tidak puas. Terakhir, untuk pertanyaan nomor 4, terdapat 87,8% dari responden yang merasa puas, dan yang ada 12,2% responden yang merasa tidak puas.

6.1.2.5 Ketersediaan sarana kerja

Tabel 6.14
Distribusi Responden menurut Ketersediaan Sarana Kerja

Ketersediaan Sarana Kerja	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	156	63,4%	63,4%	63,4%
TIDAK BAIK	90	36,6%	36,6%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Hasil analisis univariat, secara deskriptif mendapatkan bahwa dari 246 responden, ada 63,4% responden yang menyatakan bahwa sarana kerja di ICU yang diberikan RS adalah Baik, sisanya 36,6% yang menyatakan tidak baik.

Tabel 6.15
Distribusi frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi ketersediaan sarana kerja

No.	Pertanyaan	PERSEPSI				HARAPAN			
		PUAS		TIDAK PUAS		PUAS		TIDAK PUAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Inventarisasi peralatan kesehatan	138	56,1	108	43,9	128	52	118	48
2	Kelengkapan peralatan kesehatan	138	56,1	108	43,9	94	38,2	152	61,8
3	Ketersediaan alat habis pakai	138	56,1	108	43,9	94	38,2	152	61,8
4	Penerangan di ICU	218	88,6	28	11,4	214	87	32	13
5	Kebersihan di ICU	218	88,6	28	11,4	184	74,8	62	25,2
6	Fasilitas kamar mandi	218	88,6	28	11,4	131	53,3	115	46,7
7	Kenyamanan di ICU	218	88,6	28	11,4	178	72,4	68	27,6
8	Keamanan di ICU	181	73,6	65	26,4	168	68,3	78	31,7

Dari tabel diatas dapat terlihat mengenai persepsi perawat akan ketersediaan sarana kerja yaitu, untuk pertanyaan nomor 1,2 dan 3 sebesar

56,1% dari responden merasa puas, yang merasa tidak puas (43,9%). Selanjutnya untuk pertanyaan nomor 4,5,6,dan 7 sebagian besar responden (88,6%) merasa puas, hanya 11,4% yang merasa tidak puas. Lalu untuk pertanyaan nomor 8, terdapat 73,6% dari responden yang merasa puas, hanya 26,4% yang merasa tidak puas.

Sedangkan mengenai harapan perawat akan ketersediaan sarana kerja, untuk pertanyaan nomor 1, sebesar 52% responden merasa puas, tidak berbeda jauh dengan responden yang merasa tidak puas (48%). Kemudian untuk pertanyaan nomor 2 dan 3, hanya 38,2% dari responden merasa puas, sebagian besar (61,8%) merasa tidak puas. Untuk pertanyaan nomor 4, sebagian besar responden (87%) merasa puas, hanya 13% yang merasa tidak puas. Pada pertanyaan nomor 5, terdapat 74,8% responden yang merasa puas dan 25,2% yang merasa tidak puas. Kemudian untuk pertanyaan nomor 6, sebesar 53,3% responden merasa puas, 46,7% merasa tidak puas. Untuk pertanyaan nomor 7, sebagian besar responden (72,4%) merasa puas dan hanya 27,6% yang merasa tidak puas. Terakhir, pada pertanyaan nomor 8, terdapat 68,3% responden yang merasa puas dan 31,7% yang merasa tidak puas.

6.1.2.6 Penghargaan

Tabel 6.16
Distribusi Responden menurut Penghargaan

Penghargaan	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	141	57,3%	57,3%	57,3%
TIDAK BAIK	105	42,7%	42,7%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Dari 246 responden, lebih dari sebagian orang (57,3%) yang menyatakan bahwa sistem Penghargaan yang diterima adalah Baik, sisanya 105 responden (42,7%) menyatakan tidak baik.

Tabel 6.17
Distribusi Frekuensi berdasarkan pertanyaan dimensi penghargaan

No.	Pertanyaan	PERSEPSI				HARAPAN			
		PUAS		TIDAK PUAS		PUAS		TIDAK PUAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Jadwal cuti tahunan	169	68,7	77	31,3	163	66,3	83	33,7
2	Penghargaan atas hasil kerja	81	32,9	165	67,1	94	38,2	152	61,8

Dapat dilihat dari tabel di atas mengenai persepsi perawat tentang dimensi penghargaan, pada pertanyaan nomor 1 sebagian besar responden merasa puas (68,7%) dan 31,3% yang merasa tidak puas. Kemudian untuk pertanyaan nomor 2, hanya 32,9% dari responden yang merasa puas, selebihnya merasa tidak puas (67,1%). Sedangkan mengenai harapan perawat terdapat 66,3% responden yang merasa puas, 33,7% merasa tidak puas. Lalu, untuk pertanyaan nomor 2, responden yang merasa puas hanya sebesar 38,2%, sebagian besar merasa tidak puas (61,8%)

6.1.2.7. Pendidikan dan Pelatihan

Tabel 6.18
Distribusi Responden menurut Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan dan Pelatihan	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	227	92,3%	92,3%	92,3%
TIDAK BAIK	19	7,7%	7,7%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Hasil analisis univariat, secara deskriptif mendapatkan bahwa, Pendidikan dan Pelatihan yang diberikan di ICU adalah Baik (92,3%) sedangkan yang menyatakan tidak baik hanya sebesar 7,7%.

Tabel 6.19
Distribusi Frekuensi berdasarkan pertanyaan dari dimensi pendidikan dan pelatihan

No.	Pertanyaan	PERSEPSI				HARAPAN			
		PUAS		TIDAK PUAS		PUAS		TIDAK PUAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Pendidikan dan Pelatihan yang diberikan	138	56,1	108	43,9	156	63,4	90	36,6
2	Jumlah pelatihan yang diberikan	138	56,1	108	43,9	156	63,4	90	36,6

Dari tabel di atas, dapat terlihat persepsi perawat mengenai pendidikan dan pelatihan, pada pertanyaan nomor 1 dan 2, jumlah perawat yang merasa puas sebesar 56,1% sedangkan yang merasa tidak puas sebesar 43,9%. Untuk harapan perawat mengenai pendidikan dan pelatihan, untuk pertanyaan nomor 1 dan 2 terdapat 63,4% responden yang menyatakan puas, dan 36,6% merasa tidak puas.

6.1.3 Gambaran ketidakpuasan kerja

Tabel 6.20
Distribusi Responden menurut Ketidakpuasan Kerja Perawat

Ketidakpuasan Kerja Perawat	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
BAIK	131	53,3%	53,3%	53,3%
TIDAK BAIK	115	46,7%	46,7%	100%
TOTAL	246	100%	100%	

Dari 246 Responden yang diambil, diperoleh hasil bahwa Ketidakpuasan Kerja di ICU adalah sebesar 46,7%, sedangkan yang menyatakan Puas adalah sebesar 53,3%.

6.1.4. Gambaran distribusi perawat terhadap seluruh dimensi lingkungan kerja

Dari hasil penelitian menunjukkan proporsi responden terhadap dimensi-dimensi lingkungan kerja, sebagaimana terlihat pada diagram di bawah ini

Gambar 6.6
Diagram distribusi frekuensi perawat ICU terhadap dimensi-dimensi lingkungan kerja



Gambar 6.7
 Distribusi frekuensi ketidakpuasan perawat terhadap setiap pertanyaan dimensi lingkungan kerja



6.2. Analisis Bivariat

6.2.1. Karakteristik individu

6.2.1.1. Usia

Tabel 6.21
Distribusi responden menurut Usia dan Ketidakpuasan di ICU

USIA	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
>25 tahun	112	52,6	101	47,4	213	100	0,728
<25 tahun	19	57,6	14	42,4	33	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia responden >25 tahun lebih banyak yang menyatakan Puas (52,6%) dibandingkan dengan Yang Tidak Puas (47,4%). Sedangkan usia <25 tahun juga lebih banyak yang merasa Puas (57,6%) dibandingkan yang Tidak Puas (42,4%). Hal ini didukung dengan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* yang diperoleh nilai $p = 0,728$ yang berarti nilai $p > \alpha$ ($\alpha = 5\%$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara Usia Perawat dengan Ketidakpuasan kerja perawat.

6.2.1.2. Jenis Kelamin

Tabel 6.22
Distribusi responden menurut jenis kelamin dan ketidakpuasan di ICU

JENIS KELAMIN	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
LAKI-LAKI	29	52,7	26	47,3	55	100	1,00
PEREMPUAN	102	53,4	89	46,6	191	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Jenis Kelamin responden Laki-laki lebih

banyak yang menyatakan Puas (52,7%) dibandingkan dengan yang Tidak Puas (47,3%). Sedangkan Jenis kelamin Perempuan lebih banyak yang merasa Puas (53,3%) dibandingkan yang Tidak Puas (46,7%). Hal ini didukung dengan hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square yang diperoleh nilai $p = 1,00$ yang berarti nilai $p > \alpha$ ($\alpha = 5\%$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan ketidakpuasan kerja perawat.

6.2.1.3. Pendidikan

Tabel 6.23
Distribusi responden menurut pendidikan dan ketidakpuasan di ICU

PENDIDIKAN	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
TINGGI	9	60,0	6	40,0	15	100	0,784
KURANG TINGGI	122	52,8	109	47,2	231	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Dari hasil penelitian dapat dikatakan bahwa Pendidikan responden Yang Tinggi (S1 dan S2 Keperawatan) lebih banyak yang menyatakan Puas (60,0%) dibandingkan dengan Yang Tidak Puas (40,0%). Sedangkan Yang Berpendidikan Kurang Tinggi juga lebih banyak yang merasa Puas (52,8%) dibandingkan yang merasa Tidak Puas (47,2%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi square pun diperoleh nilai $p = 0,784$ yang berarti nilai $p > 5\%$ jadi dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara Pendidikan dengan Ketidakpuasan Kerja perawat.

6.2.1.4. Status perkawinan

Tabel 6.24
Distribusi responden menurut status perkawinan dan ketidakpuasan di ICU

STATUS PERKAWINAN	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
ADA PENDAMPING	100	52,9	89	47,1	189	100	0,965
TANPA PENDAMPING	31	54,4	26	45,6	57	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Status Perkawinan Responden saat ini yang Memiliki Pasangan (Pendamping hidup) lebih banyak yang menyatakan Puas (52,9%) dibandingkan dengan Yang Tidak Puas (47,1%). Sedangkan yang Tidak memiliki Pasangan (pendamping hidup) juga lebih banyak yang merasa Puas (54,4%) dibandingkan yang Tidak Puas (45,6%). Hal ini didukung dengan hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square yang diperoleh nilai $p = 0,965$ yang berarti nilai $p > \alpha$ ($\alpha = 5\%$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara Status Perkawinan saat ini dengan Ketidakpuasan Kerja perawat

6.2.1.5. Lama kerja

Tabel 6.25
Distribusi responden menurut lama kerja dan ketidakpuasan di ICU

LAMA KERJA DI ICU	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
KURANG LAMA	34	48,6	36	51,4	70	100	0,432
LAMA	97	55,1	79	44,9	176	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Dilihat dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Lama Kerja Perawat yang Kurang Lama lebih banyak yang menyatakan Tidak Puas (51,4%) dibandingkan dengan Yang Puas (48,6%). Sedangkan Masa Kerja yang Lama lebih banyak yang merasa Puas (53,3%) dibandingkan yang Tidak Puas (46,7%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square diperoleh nilai $p = 0,432$ yang berarti nilai $p > \alpha$ ($\alpha = 5\%$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara Lama Kerja Perawat di ICU dengan Ketidakpuasan Kerja.

6.2.2 Lingkungan kerja

6.2.2.1. Struktur tugas

Tabel 6.26
Distribusi responden ketidakpuasan kerja perawat ICU
menurut struktur tugas

Struktur Tugas	KETIDAKPUASAN KERJA				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS		N	%	
	N	%	N	%			
BAIK	99	60,4	65	39,6	164	100	0,002
TIDAK BAIK	32	39	50	61	82	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Berdasarkan analisis bivariat hubungan antara struktur tugas dengan ketidakpuasan kerja dapat terlihat bahwa untuk kategori struktur tugas yang baik banyak yang menyatakan puas (60,4%) , tidak puas (39,6%) sedangkan pada kategori struktur tugas yang tidak baik lebih banyak yang menyatakan tidak puas (61%), puas (39%). Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value= 0,002 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Bermakna** karena p value < alpha (0,05).

6.2.2.2 Desain pekerjaan

Tabel 6.27
Distribusi responden menurut desain pekerjaan dan ketidakpuasan di ICU

DESAIN PEKERJAAN	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
BAIK	110	60,1	73	39,9	183	100	0,000
TDK BAIK	21	33,3	42	66,7	63	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa desain pekerjaan yang baik, proporsi untuk merasa puas di tempat kerja sebesar (60,1%) dibandingkan dengan responden yang merasa tidak puas (39,9%). Sedangkan bagi perawat yang memiliki desain pekerjaan tidak baik merasa puas (33,3%) dan yang merasa puas sebanyak 66,7% . Berdasarkan uji statistik dengan *Chi-square* didapat nilai $p=0,000$ yang berarti nilai $p < \alpha$ dengan $\alpha =5\%$ sehingga disimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna (signifikan) antara Desain Pekerjaan di tempat kerja dengan Ketidakpuasan kerja Perawat

6.2.2.3. Pola kepemimpinan

Tabel 6.28
Distribusi responden ketidakpuasan kerjaperawat ICU menurut pola kepemimpinan

Pola Kepemimpinan	KETIDAKPUASAN KERJA				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
BAIK	78	52,7	70	47,3	148	100	0,935
TIDAK BAIK	53	54,1	45	45,9	98	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Analisis bivariat hubungan antara pola kepemimpinan dengan ketidakpuasan kerja adalah : Untuk kategori pola kepemimpinan baik, banyak perawat yang menyatakan puas (52,7%) , tidak puas (47,3%) sedangkan pada kategori pola kepemimpinan yang tidak baik lebih banyak yang menyatakan puas (54,1%) , tidak puas (45,9%). Dari hasil uji statistik dengan *Chi-square* didapat P value= 0,935 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna** karena p value >alpha (0,05).

6.2.2.4. Pola Kerjasama

Tabel 6.29
Distribusi responden menurut pola kerjasama dan ketidakpuasan di ICU

POLA KERJASAMA	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
BAIK	119	55,6	95	44,4	214	100	0,085
TDK BAIK	12	37,5	20	62,5	32	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang menyatakan pola kerjasama yang diberikan tim dan rekan kerjanya baik ternyata proporsi untuk merasa puas dalam bekerja hanya sebesar 55,6% dibandingkan dengan yang merasa tidak puas, yaitu 44,4%. Sedangkan bagi yang pola kerjasama tim tidak baik, yang merasa puas hanya sebagian kecil, yaitu 37,5% dibandingkan dengan yang merasa tidak puas sebesar 62,5%. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square didapat nilai $p = 0,085$ yang berarti nilai $p > \alpha$ ($\alpha = 5\%$), jadi dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Pola Kerjasama dengan Ketidakpuasan kerja Perawat.

6.2.2.5. Ketersediaan sarana kerja

Tabel 6.30
Distribusi responden menurut ketersediaan sarana kerja dan ketidakpuasan di ICU

KETERSEDIAAN SARANA KERJA	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
BAIK	94	60,3	62	39,7	156	100	0,006
TIDAK BAIK	37	41,1	53	58,9	90	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Dari analisis bivariat mengenai hubungan antara ketersediaan sarana kerja yang disediakan dengan kepuasan kerja perawat adalah menunjukkan bahwa ketersediaan sarana kerja yang baik lebih banyak proporsinya untuk merasa puas dalam bekerja lebih besar (60,3%) dibandingkan dengan tidak puas (39,7%) sedangkan yang merasa puas pada ketersediaan sarana kerja yang tidak baik

(39,7%), dibandingkan yang merasa tidak puas (58,9%). Hasil uji statistik dengan *Chi-square* didapat nilai $p=0,006$ yang berarti nilai $p < \alpha$ dengan $\alpha = 5\%$ jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna (signifikan) antara ketersediaan sarana kerja dengan ketidakpuasan kerja perawat.

6.2.2.6. Penghargaan

Tabel 6.28
Distribusi responden menurut penghargaan dan ketidakpuasan di ICU

PENGHARGAAN	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS		N	%	
	N	%	N	%			
BAIK	82	58,2	59	41,8	141	100	0,097
TDK BAIK	49	46,7	56	53,3	105	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang menyatakan penghargaan yang diberikan atasan/rekan kerjanya baik ternyata proporsi untuk merasa puas dalam bekerja sebesar 58,2% dibandingkan dengan yang merasa tidak puas, yaitu 41,8%. Sedangkan bagi perawat yang merasa penghargaan yang diberikan tidak baik, merasa puas sebesar 46,7%, sedikit dibawah yang merasa tidak puas, yaitu 53,3%. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi square* didapat nilai $p = 0,097$ yang berarti nilai $p > \alpha$ ($\alpha = 5\%$), jadi dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Penghargaan dengan Ketidakpuasan dari responden yang menyatakan Penghargaan yang diterima Baik dengan Penghargaan yang diterima responden Tidak baik.

6.2.2.7. Pendidikan dan Pelatihan

Tabel 6.32

Distribusi responden menurut pendidikan dan latihan dan ketidakpuasan di ICU

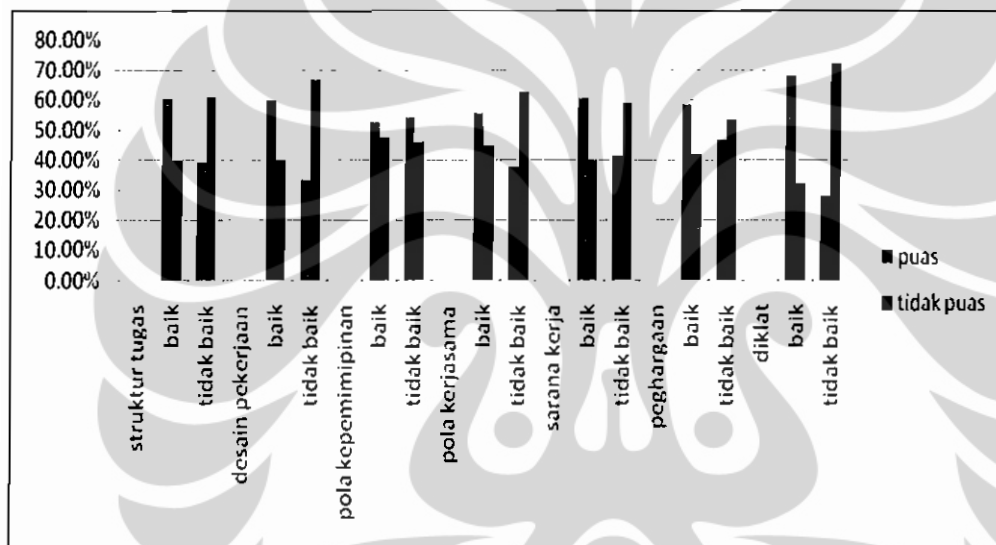
PENDIDIKAN DAN LATIHAN	KEPUASAN				Total		P Value
	PUAS		TIDAK PUAS				
	N	%	N	%	N	%	
BAIK	106	67,9	50	32,1	156	100	0,000
TDK BAIK	25	27,8	65	72,2	90	100	
Total	131	53,3	115	46,7	246	100	

Dari analisis bivariat mengenai hubungan antara pendidikan dan latihan dengan kepuasan kerja perawat menunjukkan bahwa responden yang mendapat pendidikan dan pelatihan dengan baik ternyata proporsi untuk merasa puas dalam bekerja lebih besar (67,9%), sedangkan yang merasa tidak puas sebesar 32,1%. Dibandingkan dengan responden yang tidak baik memperoleh pendidikan dan latihan, yang merasa puas sebesar 27,8% sebagian besar (72,7%) merasa puas. Hasil uji statistik dengan *Chi-square* didapat nilai $p=0,000$ yang berarti nilai $p < \alpha$ dengan $\alpha = 5\%$ jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna (signifikan) antara Pendidikan dan Latihan yang diterima dengan Ketidakpuasan kerja Perawat.

6.2.2.8 Gambaran ketidakpuasan perawat ICU terhadap dimensi lingkungan kerja

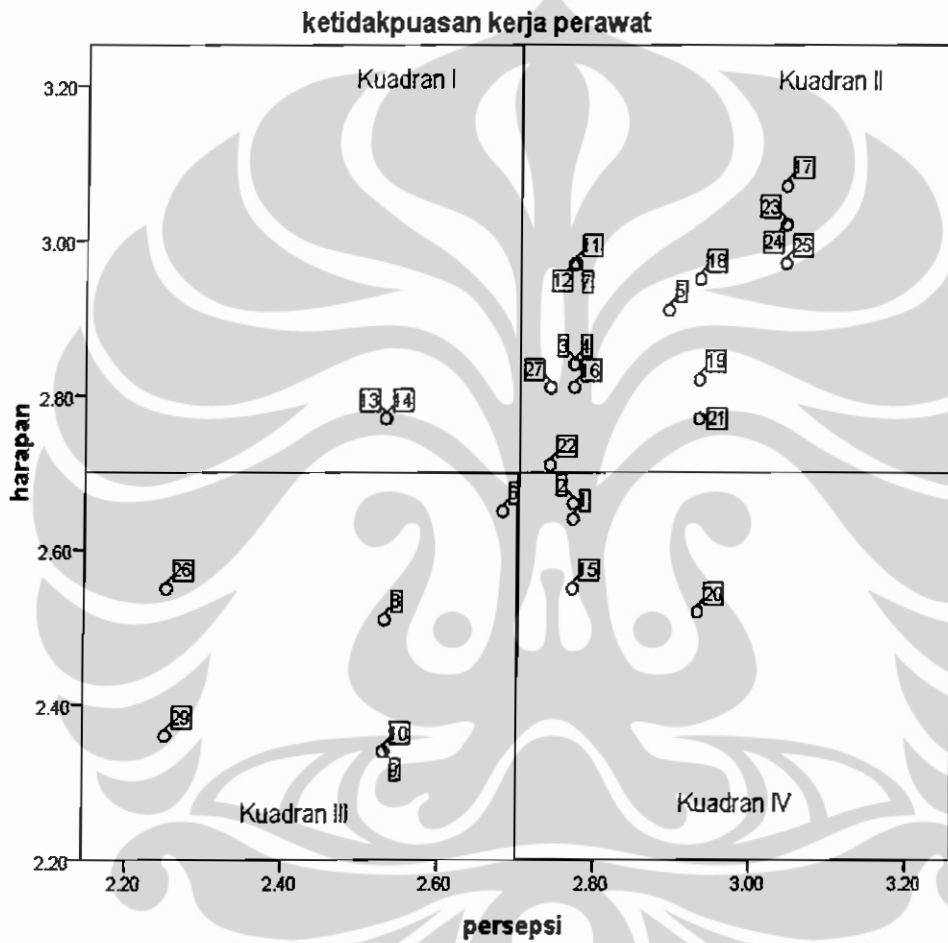
Dari uraian diatas, dapat terlihat gambaran ketidakpuasan perawat terhadap seluruh dimensi lingkungan kerja.

Gambar 6.8
Distribusi frekuensi ketidakpuasan perawat ICU terhadap dimensi lingkungan kerja



6.3 Analisis Ketidakpuasan dengan Diagram Kartesius

Gambar 6.9
Diagram Kartesius Ketidakpuasan Kerja Perawat Intensif di 18 RS



Dari diagram Kartesius ini terlihat, bahwa letak dari faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja perawat intensif di 18 RS terbagi menjadi 4 bagian. Adapun interpretasi dari diagram kartesius tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Kuadran I

Menunjukkan faktor-faktor yang sangat penting bagi para perawat, akan tetapi pihak manajemen Rumah Sakit belum melaksanakan sesuai dengan keinginan perawat, karena keberadaan faktor inilah yang dinilai sangat penting oleh perawat, sedangkan tingkat pelaksanaannya belum memuaskan.

Faktor-faktor yang termasuk dalam kuadran ini adalah :

- a. Pertanyaan nomor 13, tentang kelengkapan peralatan kesehatan
- b. Pertanyaan nomor 14, tentang ketersediaan bahan habis pakai

2. Kuadran II

Menunjukkan faktor-faktor yang dianggap penting oleh perawat, dalam pelaksanaannya telah sesuai dengan persepsi dan harapan perawat.

Faktor-faktor yang termasuk dalam kuadran II adalah :

- a. Pertanyaan nomor 3, tentang pengaturan jaga (shift)
- b. Pertanyaan nomor 4, tentang kesesuaian tugas dengan kemampuan
- c. Pertanyaan nomor 5, tentang kewenangan untuk menjelaskan kondisi ke pasien/keluarga
- d. Pertanyaan nomor 7, tentang jalur komunikasi dengan Ka.Ru
- e. Pertanyaan nomor 11, tentang penghargaan atas hasil kerja
- f. Pertanyaan nomor 12, tentang inventarisasi peralatan kerja
- g. Pertanyaan nomor 16, tentang kebersihan ICU
- h. Pertanyaan nomor 17, tentang fasilitas toilet
- i. Pertanyaan nomor 18, tentang kenyamanan ICU
- j. Pertanyaan nomor 19, tentang keamanan ICU

- k. Pertanyaan nomor 21, tentang evaluasi
- l. Pertanyaan nomor 22, tentang tantangan pekerjaan
- m. Pertanyaan nomor 23, tentang komitmen kerja
- n. Pertanyaan nomor 24, tentang Pendidikan dan pelatihan yang diberikan
- o. Pertanyaan nomor 25, tentang jumlah pelatihan yang diberikan
- p. Pertanyaan nomor 27, tentang kerjasama tim
- q. Pertanyaan nomor 28, tentang keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik

3. Kuadran III

Menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan perawat berada dalam kuadran ini masih dianggap kurang penting bagi perawat, sedangkan kualitas pelaksanaannya termasuk biasa atau cukup saja. Adapun faktor-faktor yang termasuk di dalam kuadran III adalah :

- a. Pertanyaan nomor 6, tentang jalur komunikasi dengan atasan (Ka.Inst)
- b. Pertanyaan nomor 8, tentang komunikasi dengan para dokter
- c. Pertanyaan nomor 9, tentang dukungan manajemen RS
- d. Pertanyaan nomor 10, tentang jadwal cuti tahunan
- e. Pertanyaan nomor 26, tentang komunikasi antar perawat
- f. Pertanyaan nomor 29, tentang saran-saran dari tim kerja

4. Kuadran IV

Menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan

- k. Atribut nomor 21, tentang evaluasi
- l. Atribut nomor 22, tentang tantangan pekerjaan
- m. Atribut nomor 23, tentang komitmen kerja
- n. Atribut nomor 24, tentang Pendidikan dan pelatihan yang diberikan
- o. Atribut nomor 25, tentang jumlah pelatihan yang diberikan
- p. Atribut nomor 27, tentang kerjasama tim
- q. Atribut nomor 28, tentang keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik

3. Kuadran III

Menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan perawat berada dalam kuadran ini masih dianggap kurang penting bagi perawat, sedangkan kualitas pelaksanaannya termasuk biasa atau cukup saja. Adapun faktor-faktor yang termasuk di dalam kuadran III adalah :

- a. Atribut nomor 6, tentang jalur komunikasi dengan atasan (Ka.Inst)
- b. Atribut nomor 8, tentang komunikasi dengan para dokter
- c. Atribut nomor 9, tentang dukungan manajemen RS
- d. Atribut nomor 10, tentang jadwal cuti tahunan
- e. Atribut nomor 26, tentang komunikasi antar perawat
- f. Atribut nomor 29, tentang saran-saran dari tim kerja

4. Kuadran IV

Menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan

perawat berada dalam kuadran ini dinilai.

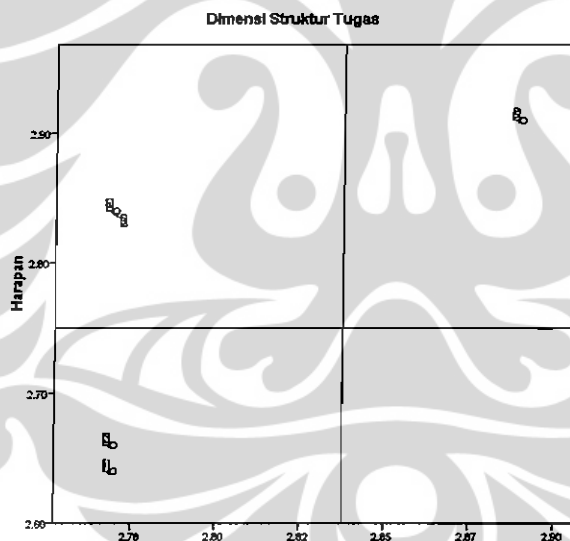
Faktor-faktor yang termasuk dalam kuadran IV adalah :

- a. Atribut nomor 1, tentang penerapan asuhan keperawatan
- b. Atribut nomor 2, tentang uraian tugas yang ditetapkan
- c. Atribut nomor 15, tentang penerangan di ICU
- d. Atribut nomor 20, nomor serah terima pasien saat pergantian shift

6.4 Analisis Ketidakpuasan dengan Diagram Kartesius untuk setiap dimensi

6.4.1. Struktur Tugas

Gambar 6.10
Diagram Kartesius Ketidakpuasan kerja perawat ICU berdasarkan dimensi Struktur Tugas



Kuadran I :

- a. Atribut nomor 3, tentang pengaturan jaga (shift)
- b. Atribut nomor 4, tentang kesesuaian tugas dengan kemampuan

Kuadran II :

Atribut nomor 5, tentang kewenangan untuk menjelaskan ke pasien/keluarga pasien

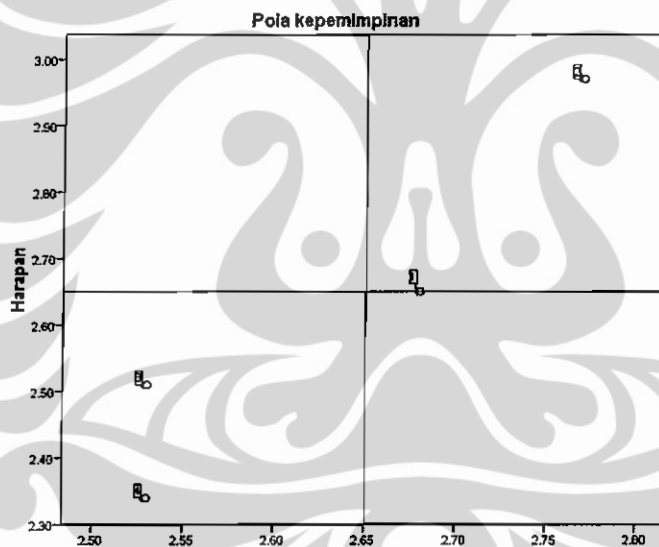
Kuadran III :

- a. Atribut nomor 1, tentang penerapan asuhan keperawatan
- b. Atribut nomor 2, tentang uraian tugas yang ditetapkan

6.4.2. Pola Kepemimpinan

Gambar 6.11

Diagram Kartesius ketidakpuasan kerja perawat ICU berdasarkan dimensi Pola Kepemimpinan

**Kuadran II :**

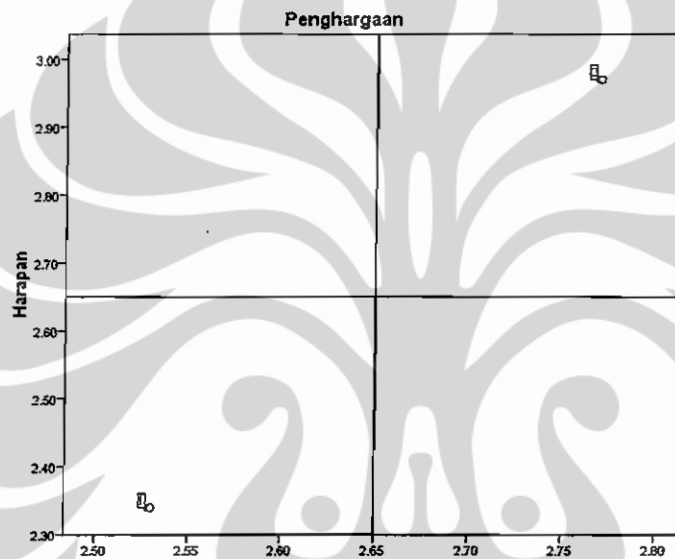
- a. Atribut nomor 1, tentang jalur komunikasi dengan Ka.Inst
- b. Atribut nomor 2, tentang jalur komunikasi dengan Ka. Ru

Kuadran III :

- a. Atribut nomor 3, tentang komunikasi dengan para dokter
- b. Atribut nomor 4, tentang dukungan manajemen RS

6.4.3. Penghargaan

Gambar 6.12
Diagram Kartesius Ketidakpuasan kerja perawat ICU
berdasarkan dimensi Penghargaan



Kuadran II :

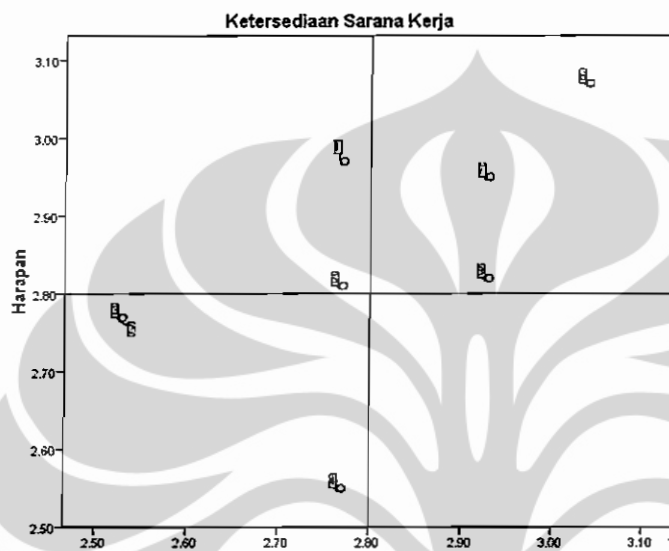
Atribut nomor 2, tentang penghargaan atas hasil kerja

Kuadran III:

Atribut nomor 1, tentang jadwal cuti tahunan

6.4.4. Ketersediaan sarana kerja

Gambar 6.13
Diagram Kartesis Ketidakpuasan kerja perawat ICU berdasarkan
dimensi Ketersediaan Sarana Kerja



Kuadran I :

- a. Atribut nomor 1, tentang inventarisasi peralatan kesehatan
- b. Atribut nomor 5, tentang kebersihan di ICU

Kuadran II :

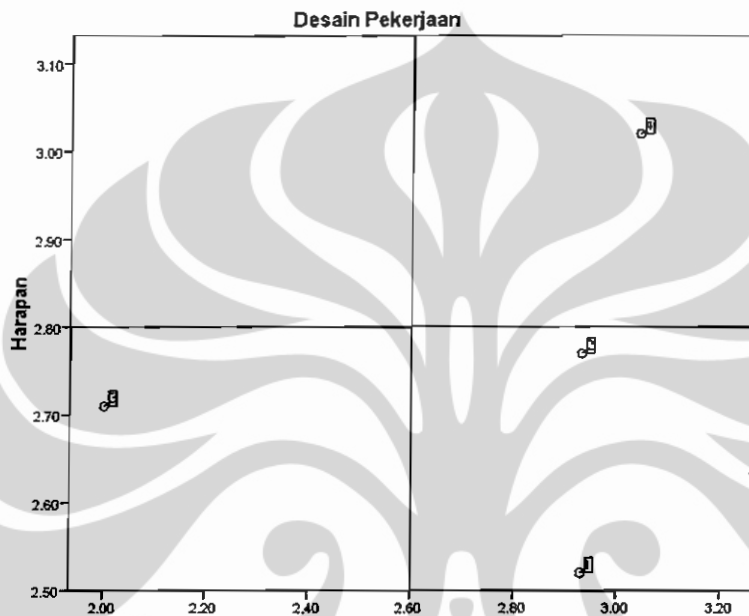
- a. Atribut nomor 6, tentang fasilitas toilet
- b. Atribut nomor 7, tentang kenyamanan di ICU
- c. Atribut nomor 8, tentang keamanan di ICU

Kuadran III :

- a. Atribut nomor 3, tentang ketersediaan alat habis pakai
- b. Atribut nomor 4, tentang penerangan di ICU
- c. Atribut nomor 2, tentang kelengkapan peralatan kesehatan

6.4.5 Desain pekerjaan

Gambar 6.14
Diagram Kartesius Ketidakpuasan kerja perawat ICU berdasarkan dimensi Desain Pekerjaan



Kuadran II :

Atribut nomor 4, tentang komitmen kerja

Kuadran III :

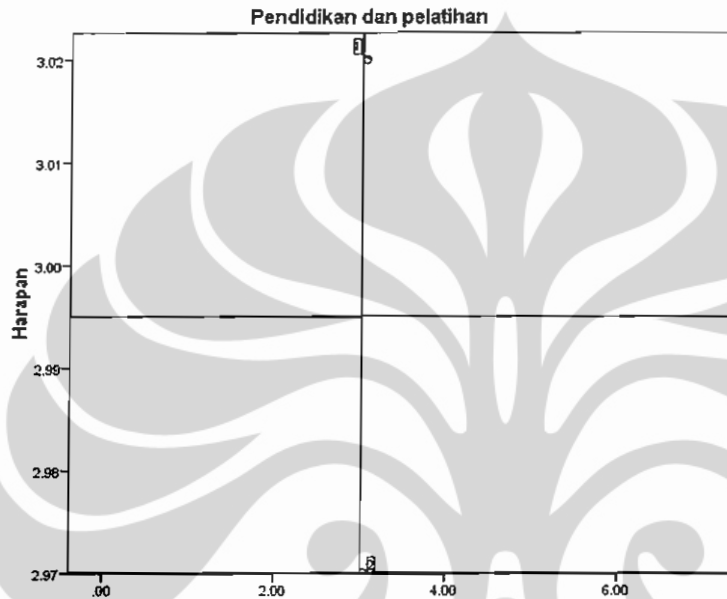
Atribut nomor 3, tentang tantangan pekerjaan

Kuadran IV:

- a. Atribut nomor 1, tentang serah terima pasien saat pergantian shift
- b. Atribut nomor 2, tentang evaluasi ronde

6.4.6 Pendidikan dan Pelatihan

Gambar 6.15
Diagram Kartesius Ketidakpuasan kerja perawat ICU berdasarkan
dimensi Pendidikan dan Pelatihan



Kuadran II:

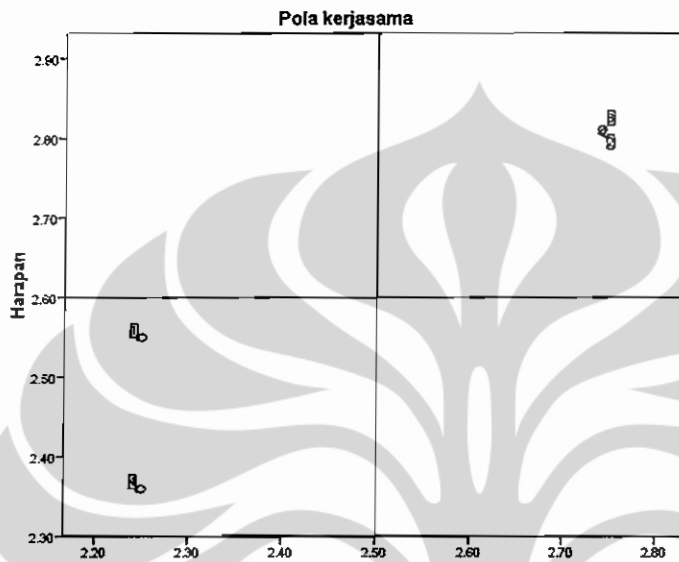
Atribut nomor 1, tentang pendidikan dan pelatihan yang diberikan

Kuadran IV :

Atribut nomor 4, tentang jumlah pelatihan yang diberikan

6.4.7. Pola kerjasama

Gambar 6.16
Diagram Kartesius Ketidakpuasan kerja perawat ICU berdasarkan dimensi Pola Kerjasama



Kuadran II :

- a. Atribut nomor 2, tentang kerjasama tim
- b. Atribut nomor 3, tentang keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik

Kuadran III :

- a. Atribut nomor 1, tentang komunikasi antar perawat
- b. Atribut nomor 4, tentang saran-saran dari tim kerja

6.5. Analisis Ketidakpuasan perawat dengan "Gap Score"

Tabel 6.33

Perhitungan Rata-rata dari penilaian Harapan dan penilaian Persepsi di ruang perawatan ICU 18 Rumah Sakit di Indonesia

NO	Variabel yang berhubungan dengan ketidakpuasan kerja perawat	Persepsi rata-rata	Harapan Rata-rata	Selisi h gap	Letak Kuadara n
	Struktur tugas				
1	Penerapan Asuhan Keperawatan	2,77	2,64	0,13	IV
2	Uraian tugas yang ditetapkan	2,77	2,66	0,11	IV
3	Pengaturan jaga (shift)	2,77	2,84	-0,07	II
4	Kesesuaian tugas dengan kemampuan	2,77	2,84	-0,07	II
5	Kewenangan untuk menjelaskan kondisi ke pasien/ keluarga	2,89	2,91	-0,02	II
	Pola Kepemimpinan				
6	Jalur komunikasi dengan atasan (Ka.Ins)	2,68	2,65	0,03	III
7	Jalur komunikasi dengan Ka.Ru	2,77	2,97	-0,2	II
8	Komunikasi dengan para dokter	2,53	2,51	0,02	III
9	Dukungan manajemen RS	2,53	2,34	0,19	III
	Penghargaan				
10	Jadwal cuti tahunan	2,53	2,34	0,19	III
11	Penghargaan atas hasil kerja	2,77	2,97	-0,2	II
	Ketersediaan sarana kerja				
12	Inventarisasi peralatan kesehatan	2,77	2,97	-0,2	II
13	Kelengkapan peralatan kesehatan	2,53	2,77	-0,24	I
14	Ketersediaan alat habis pakai	2,53	2,77	-0,24	I
15	Penerangan di ICU	2,77	2,55	0,22	IV
16	Kebersihan di ICU	2,77	2,81	-0,1	II
17	Fasilitas toilet	3,04	3,07	-0,03	II
18	Kenyamanan di ICU	2,93	2,95	-0,02	II
19	Keamanan di ICU	2,93	2,82	0,11	II

	Desain pekerjaan				
20	Serah terima pasien saat pergantian shift	2,93	2,52	0,41	IV
21	Evaluasi	2,93	2,77	0,16	II
22	Tantangan pekerjaan	2,74	2,71	0,03	II
23	Komitmen kerja	3,04	3,02	0,02	II
	Pendidikan dan Pelatihan				
24	Pendidikan dan pelatihan yang diberikan	3,04	3,02	0,02	II
25	Jumlah pelatihan yang diberikan	3,04	2,97	0,07	II
	Pola Kerjasama				
26	Komunikasi antar perawat	2,25	2,55	-0,3	III
27	Kerjasama tim	2,74	2,81	-0,07	II
28	Keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik	2,74	2,81	-0,07	II
29	Saran-saran dari tim kerja	2,25	2,36	-0,11	III
	X Rata-rata = 2,85				
	Y Rata-rata = 2,85				

Secara keseluruhan dapat kita lihat dimensi yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja perawat di ICU. Dari analisis gap didapatkan faktor-faktor yang signifikan (-) terhadap ketidakpuasan, yaitu pengaturan jaga shift (-0,07), kesesuaian tugas dengan kemampuan (-0,07), kewenangan untuk menjelaskan kondisi ke pasien/keluarga pasien (-0,02), jalur komunikasi ke Ka.Ru (-0,2), penghargaan (-0,2), inventarisasi peralatan (-0,2), kelengkapan peralatan kesehatan (-0,24), ketersediaan bahan habis pakai (-0,24), kebersihan di ICU (-0,1), fasilitas toilet (-0,03), kenyamanan di ICU (-0,02), komunikasi antar perawat (-0,3), kerjasama tim (-0,07), keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik (-0,07), saran-saran dari tim kerja (-0,11).

6.6. Analisis Multivariat

Untuk memperoleh jawaban tentang faktor-faktor lingkungan kerja terhadap ketidakpuasan kerja perawat maka perlu dilakukan analisis multivariat. Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat (ketidakpuasan kerja). Analisis dilakukan dengan regresi logistik.

Pemilihan variabel kandidat untuk multivariat dengan dasar pemilihan adalah nilai p pada uji bivariat $\leq 0,25$. Nilai tersebut digunakan karena nilai p yang lazim $0,05$ sukar untuk dapat mengikutsertakan variabel yang dianggap penting. Kriteria lain adalah variabel secara substansi yang dianggap penting. Tahapan analisis multivariat meliputi : Pemilihan variabel kandidat multivariat, pembuatan model dan analisis interaksi.

a. Variabel kandidat multivariat

Pada penelitian ini ketujuh variabel lingkungan kerja berhubungan dengan variabel ketidakpuasan kerja yaitu struktur tugas, desain pekerjaan, pola kepemimpinan, pola kerjasama, ketersediaan sarana kerja, penghargaan, pendidikan & pelatihan.

Untuk membuat model multivariat ketujuh variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan analisa bivariat dengan variabel ketidakpuasan kerja. Variabel yang pada saat dilakukan uji G (ratio log-likelihood) memiliki nilai $p \leq 0,25$.

Tabel 6.34
 Hasil analisis bivariat antara variabel independen dan
 ketidakpuasan kerja perawat ICU

No	Variabel	-2 log likelihood	G	P value
1	Struktur tugas	306,437	21,731	0,000
2	Desain pekerjaan	255,774	72,394	0,000
3	Pola kepemimpinan	309,584	18,584	0,000
4	Pola kerjasama	318,416	9,752	0,002
5	Ketersediaan sarana kerja	274,833	53,335	0,000
6	Penghargaan	245,068	83,100	0,000
7	Pendidikan & Pelatihan	274,833	53,335	0,000

Dari analisis bivariat antara variabel independent dengan ketidakpuasan kerja perawat ternyata ketujuh variabel bernilai $p < 0,25$

b. Pembuatan model

Dalam pemodelan ini semua variabel kandidat dimasukkan secara bersamaan dengan mempertimbangkan nilai signifikan *ratio log-likelihood* ($p \leq 0,05$) dan nilai signifikan *p-wald* ($p \leq 0,05$). Pemilihan model dilakukan secara hirarki dengan cara menguji semua variabel independen yang telah lolos seleksi dimasukkan kedalam model, kemudian variabel yang nilai p-wald nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari p-waldnya yang terbesar.

Hasil analisis model pertama hubungan kelima variabel independen dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 6.35
Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen

No	Variabel	B	P-wald	OR	95% CI
1	Struktur Tugas	2,207	0,064	9,092	0,878-94,194
2	Desain Pekerjaan	1,747	0,001	5,739	2,098-15,697
3	Pola Kepemimpinan	-4,779	0,001	0,008	0,001-0,134
4	Pola Kerjasama	1,667	0,069	5,298	0,878-31,984
5	Ketersediaan sarana Kerja	-0,311	0,698	0,732	0,152-3,521
6	Penghargaan	3,978	0,000	53,999	6,074-469,481

Dari hasil analisis diatas terlihat bahwa variabel Ketersediaan Sarana Kerja mempunyai p-wald yang terbesar sehingga proses model selanjutnya dengan tidak mengikutsertakan variabel tersebut.

Hasil model tanpa variabel Ketersediaan Sarana Kerja dapat dilihat di tabel berikut :

Tabel 6.36
Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen

No	Variabel	B	P-wald	OR	95% CI
1	Struktur Tugas	2,207	0,064	9,092	0,878-94,194
2	Desain Pekerjaan	1,747	0,001	5,739	2,098-15,697
3	Pola	-4,779	0,001	0,008	0,001-0,134

	Kepemimpinan				
4	Pola Kerjasama	1,667	0,069	5,298	0,878-31,984
5	Pendidikan dan Latihan	-0,311	0,698	0,732	0,152-3,521
6	Penghargaan	3,978	0,000	53,999	6,074-469,481

Dari hasil analisis diatas terlihat bahwa variabel **Pendidikan dan Latihan** mempunyai p-wald yang terbesar sehingga proses model selanjutnya dengan tidak mengikutsertakan variabel **Pendidikan dan Latihan**.

Hasil model tanpa variabel **Pendidikan dan Latihan** terlihat pada tabel dibawah ini

Tabel 6.37
Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen

No	Variabel	B	P-wald	OR	95% CI
1	Struktur Tugas	1.901	.033	6.690	1.161-38.569
2	Desain Pekerjaan	1.789	.000	5.981	2.226-16.072
3	Pola Kepemimpinan	-4.520	.000	.011	0.001-0.123
4	Pola Kerjasama	1.422	.027	4.146	1.177-14.596
5	Penghargaan	3.719	.000	41.224	7.401-229.621

Dari hasil analisis diatas terlihat bahwa variabel **Struktur Tugas** mempunyai p-wald yang terbesar sehingga proses model selanjutnya dengan tidak mengikutsertakan variabel **Struktur Tugas**.

Hasil model tanpa variabel **Struktur Tugas** terlihat pada tabel dibawah ini

Tabel 6.38
Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen

No	Variabel	B	P-wald	OR	95% CI
1	Desain Pekerjaan	1.808	.000	6.096	2.274-16.343
2	Pola Kepemimpinan	-2.724	.002	.066	0.012-0.373
3	Pola Kerjasama	1.478	.020	4.384	1.268-15.151
4	Penghargaan	3.557	.000	35.042	6.478-189.545

Dari hasil analisis diatas terlihat bahwa variabel **Pola kerjasama** mempunyai p-wald yang terbesar sehingga proses model selanjutnya dengan tidak mengikutsertakan variabel **Pola kerjasama**.

Model tanpa variabel **Pola kerjasama** dapat kita lihat hasilnya pada tabel dibawah ini

Tabel 6.39
Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen

No	Variabel	B	P-wald	OR	95% CI
1	Desain Pekerjaan	1.778	.000	5.920	2.244-15.621
2	Pola Kepemimpinan	-2.331	.003	.097	0.021-0.444
3	Penghargaan	3.151	.000	23.371	5.085-107.415

Dari hasil analisis diatas terlihat bahwa variabel **Pola Kepemimpinan** mempunyai p-wald yang terbesar sehingga proses model selanjutnya dengan tidak mengikutsertakan variabel **Pola Kepemimpinan**.

Model tanpa variabel Pola Kepemimpinan dapat kita lihat hasilnya pada tabel dibawah ini

Tabel 6.40
Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen

No	Variabel	B	P-wald	OR	95% CI
1	Desain Pekerjaan	1.176	.009	3.242	1.342-7.831
2	Penghargaan	1.828	.000	6.220	2.539-15.236

Dari hasil diatas terlihat bahwa baik variabel desain pekerjaan dan penghargaan mempunyai *pvalue* dibawah 0,05 (signifikan) berarti dapat disimpulkan pada penelitian ini kedua variabel tersebut berhubungan secara signifikan dengan **ketidakpuasan kerja perawat.**

c. Analisis interaksi

Berdasarkan variabel yang masuk model multivariat, maka interaksi yang memungkinkan yaitu variabel desain pekerjaan dan penghargaan. Hasil uji interaksi dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 6.41
Hasil uji interaksi antara Desain pekerjaan dengan Penghargaan

Interaksi	-2 log likelihood	G	P value
Tanpa interaksi	238,612	-	-
Desain pekerjaan * penghargaan	238,784	70,162	0,000

Dari uji interaksi diatas kita lihat adanya interaksi antara Desain pekerjaan dengan penghargaan karena p value < 0,05 setelah dimasukkan variabel interaksi yaitu 0,000.

Hal ini memberi petunjuk bahwa hubungan desain pekerjaan dengan penghargaan memberikan efek yang berbeda bagi ketidakpuasan kerja perawat. Setelah dilakukan uji interaksi terlihat adanya interaksi, selanjutnya kita lihat dari nilai Odds Rationya maka dari keseluruhan proses analisis yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa dari ketujuh variabel yang diduga berhubungan dengan ketidakpuasan kerja perawat ICU, dapat dikatakan variabel **Penghargaan** merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan **ketidakpuasan kerja perawat ICU**.

BAB VII

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang intepetasi dan diskusi dari hasil penelitian, keterbatasan penelitian, Pada bab ini menguraikan tentang makna hasil penelitian dan membandingkan hasil penelitian tersebut dengan penelitian sebelumnya atau literature yang ada. Selain itu dijelaskan juga tentang keterbatasan penelitian yang telah dilaksanakan, serta implikasi hasil penelitian dalam keperawatan.

7.1 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini survey secara nasional bersifat kuantitatif dengan menggunakan kuisiner sehingga memungkinkan terjadi kesalahan persepsi responden terhadap pernyataan atau pertanyaan yang ada dalam kuisiner pada saat pengisiannya. Persepsi seorang dipengaruhi oleh : kepribadian, kecerdasan, dan kemampuannya mereduksi informasi yang diterima menjadi bermakna Soelaiman 1993 yang dikutip oleh Lusiani, (2006). Pengumpulan data menggunakan kuisiner bersifat subjektif, sehingga kebenaran data sangat tergantung dari kejujuran responden saat pengisian.

Pengumpulan data wawancara mendalam dilakukan dalam kurun waktu yang relative singkat, di 2 RSUD di Jakarta. Dimana waktu ditentukan oleh informan, mengingat tingkat kesibukan di ICU sangat tinggi. Informan menyediakan waktu setelah pekerjaan utamanya selesai, atau bahkan disela-sela kesibukan, kadang disaat wawancara berlangsung, informan harus mengevaluasi

keadaan pasien, sehingga sering didapatkan informan dalam keadaan lelah dan sulit berkonsentrasi.

7.2. Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja perawat ICU di 18 RS se-Indonesia. Ketidakpuasan kerja perawat secara tidak langsung mempengaruhi kinerja dan produktifitas. Bila hal ini tidak diperhatikan, ditanggapi dengan benar dapat juga menghambat perkembangan RS, serta menghambat upaya pengembangan keperawatan sebagai suatu profesi dan mutu pelayanan terhadap pasien.

7.3 Pembahasan Hasil Penelitian

7.3.1. Karakteristik Responden

7.3.1.1. Hubungan Umur dengan ketidakpuasan kerja

Untuk memudahkan penelitian, peneliti megklasifikasikan umur menjadi dua, yaitu kelompok umur > 25 tahun dan < 25 tahun. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa perawat dalam kelompok umur >25 tahun jumlahnya lebih banyak daripada perawat dalam kelompok umur <25 tahun (tabel 6.21.). Sedangkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa perawat dalam kelompok umur >25 tahun lebih besar kemungkinannya memiliki ketidakpuasan, dibandingkan dengan perawat dalam kelompok umur <25 tahun (tabel 6.21). Secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan ketidakpuasan kerja. Hal ini tidak sejalan dengan teori Gibson (1996) yang menyatakan bahwa

variabel individu yaitu umur mempengaruhi ketidakpuasan kerja terbukti dalam penelitian ini.

Faktor umur dalam penelitian ini tidak menunjukkan keterkaitan hubungan dengan kejadian ketidakpuasan kerja. Berbeda dengan teori yang menyatakan kelompok umur muda memungkinkan seorang karyawan ingin merepresentasikan segala sesuatu yang ia ketahui didasarkan pada pengetahuan yang pernah didapatkan, kondisi lingkungan kerja yang menghambatnya akan menyebabkan ketidakpuasan yang tinggi pada kondisi itu. Sedangkan pada kelompok tua, ketidakpuasan kerja yang muncul mungkin karena keamanan dan kenyamanan kerja yang selama ini dirasakan mulai terganggu dengan kebijakan RS memasukkan angkatan muda karena belakangan ini RS lebih banyak menyerap tenaga baru berumur relatif muda.

7.3.1.2. Hubungan Jenis kelamin dengan ketidakpuasan kerja

Jenis kelamin responden lebih banyak perempuan (77,6 %) daripada laki-laki (22,4 %) yang dapat dilihat pada gambar 6.2. Pada analisis bivariat menunjukkan bahwa perawat laki-laki lebih besar tingkat ketidakpuasannya. Hal ini dikemukakan Douglas (1992) bahwa dunia keperawatan sangat didominasi oleh kaum perempuan karena profesi perawat identik dengan rasa keibuan wanita. Sehingga mungkin, pasien lebih merasa nyaman dengan perawat perempuan (Adiono, S, 2002). Karakteristik pekerja mempengaruhi kepuasan diantaranya usia, pendidikan, jenis kelamin, dimana jenis kelamin wanita memiliki kepuasan

lebih tinggi (Aday, 1980 dalam Adiono,2002). Oleh karena itu terlihat pada penelitian ini ketidakpuasan terjadi lebih tinggi pada perawat lelaki .

7.3.1.3. Hubungan Status perkawinan dengan ketidakpuasan kerja

Status pernikahan berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan berorganisasi, baik secara positif maupun negative (Siagian, 1995). Apabila dilihat dari status perkawinan responden, maka perawat yang sudah menikah lebih banyak daripada yang belum menikah (gambar 6.4). Pada analisa bivariat menunjukkan bahwa perawat yang sudah menikah memiliki ketidakpuasan lebih tinggi dibandingkan perawat yang belum menikah (tabel 6.24). Perawat yang sudah menikah memiliki tanggung jawab terhadap keluarga, sehingga mereka bekerja dengan lebih baik untuk mendapatkan kompensasi yang lebih baik pula (Robbins, 2001) .Secara statistik ada tidak hubungan bermakna antara status perkawinan dengan ketidakpuasan.

7.3.1.4. Hubungan masa kerja dengan ketidakpuasan kerja

Dilihat dari masa kerja, perawat dengan masa kerja > 2 tahun lebih banyak daripada yang < 2 tahun (gambar 6.5). Pada analisa bivariat menunjukkan bahwa perawat yang masa kerjanya < 2 tahun memiliki ketidakpuasan lebih tinggi dibandingkan yang sudah bekerja lama (tabel 6.25) . Variabel masa kerja yang secara teoritis dikatakan berhubungan dengan ketidakpuasan, pada hal ini tidak memiliki hubungan dengan ketidakpuasan kerja, Hal ini mungkin karena ketidakjelasan & ketidakpastian.jenjang karir dari pihak manajemen. Hal ini

sesuai dengan Robbins (2006) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang berada dalam suatu pekerjaan, semakin kecil kemungkinan ia mengundurkan diri. Robbins (2002) menjelaskan pengalaman kerja yang lama belum tentu menjamin profesionalisme.

7.3.1.5. Hubungan latar belakang pendidikan dengan ketidakpuasan kerja

Responden dengan latar belakang pendidikan Akper lebih banyak daripada responden dengan latar belakang pendidikan S1/S2/Spk/Akper (gambar 6.3). Untuk memudahkan penelitian, pendidikan dibagi menjadi dua yaitu pendidikan tinggi yang terdiri dari S1 dan S2, serta kurang tinggi yang terdiri dari Akper dan Spk. Pada analisis bivariat terlihat bahwa perawat dengan latar belakang pendidikan kurang tinggi lebih merasa tidak puas (47,2%) dibandingkan dengan perawat dengan latar belakang pendidikan tinggi (tabel 6.23). Secara statistik terlihat tidak terdapat hubungan yang bermakna antara latar belakang pendidikan dengan ketidakpuasan kerja perawat. Menurut peneliti hal ini bisa disebabkan, karena perawat dengan latar belakang pendidikan kurang tinggi, merasa kurang kemampuannya atau kurang percaya diri dibandingkan rekan-rekannya.

7.3.2. Faktor lingkungan kerja

7.3.2.1. Struktur tugas

Berdasarkan analisis univariat dari dimensi struktur tugas, terlihat bahwa perawat yang memiliki struktur tugas baik lebih banyak (66,7 %) dibandingkan yang tidak mempunyai struktur tugas tidak baik (tabel 6.6). Sedangkan dari analisis bivariat dapat dilihat bahwa responden yang merasa struktur tugas tidak baik, menyatakan ketidakpuasan kerjanya (61%) pada tabel 6.26. Dari hasil uji statistik didapatkan p value = 0,002 sehingga disimpulkan hubungan yang bermakna antara struktur tugas dengan ketidakpuasan kerja.

Dalam diagram Kartesius (gambar 6.9) terdapat sebaran variabel dari dimensi struktur tugas, yaitu pengaturan jaga shift (kuadran II), kesesuaian tugas dengan kemampuan (kuadran II), kewenangan untuk menjelaskan kondisi ke pasien/keluarga (kuadran II). Variabel yang ada pada kuadran II tersebut, berarti variabel-variabel tersebut dianggap penting oleh perawat, telah dilaksanakan dengan baik dan dapat memuaskan perawat, maka menjadi kewajiban manajemen RS untuk mempertahankannya. Lalu untuk variabel penerapan asuhan keperawatan dan uraian tugas yang ditetapkan, masuk dalam kuadran IV. Variabel yang ada pada kuadran IV tersebut dianggap kurang penting, tetapi telah dijalankan dengan sangat baik oleh manajemen RS.

Untuk melihat ketidakpuasan perawat ICU secara mendalam lagi, didapatkan hasil analisa diagram Kartesius berdasarkan dimensi struktur tugas (gambar 6.10), yaitu pada kuadran I terdapat sebaran atribut tentang pengaturan

jaga (shift) dan kesesuaian tugas dengan wewenang. Hal tersebut dianggap penting oleh para perawat, namun belum dijalankan dengan baik, sehingga menimbulkan kekecewaan perawat. Oleh karena itu penting bagi pihak manajemen RS untuk memperhatikan dan memperbaiki. Selain itu pada kuadran III terdapat sebaran atribut tentang penerapan Asuhan Keperawatan dan uraian tugas yang ditetapkan. Artinya, atribut tersebut kurang dianggap penting oleh perawat, sedangkan kualitas pelaksanaannya termasuk biasa saja. Hal ini bila tidak dijalankan dengan baik, lama kelamaan akan memicu terjadinya ketidakpuasan perawat.

Dari hasil *gap score* (tabel 6.33), juga menunjukkan beberapa variabel menghasilkan mean yang negatif, yaitu pengaturan jaga shift (-0,07), kesesuaian tugas dengan kemampuan (-0,07), kewenangan untuk menjelaskan kondisi ke pasien/keluarga (-0,02) artinya variabel tersebut perlu menjadi perhatian bagi pihak manajemen rumah sakit.

Dari hasil wawancara mendalam, didapatkan keterangan tentang struktur tugas, sebagian besar informan merasakan struktur tugas di ICU masih belum optimal. Berikut kutipan wawancara mendalam :

"... Belum merata, belum efisien karena situasi. Beban pekerjaan terlalu berat, capek, istirahat sedikit...."

"...Kadang ada pengalihan tugas, misal ada pasien dari IGD, diagnosis oedem paru, mau masuk ICU, tapi belum ada Rontgen. Seharusnya pasien yang masuk ICU, sudah lengkap dokumentasinya. Sering terjadi tawar menawar pihak mana yang harus melakukan Rontgen.."

Konsep yang dikemukakan oleh Davis dan Newton (1996) bahwa tingkat tanggung jawab yang lebih tinggi akan memberikan kepuasan kerja yang lebih

tinggi pula. Kemudian, Sullivan dan Decker (1985), mengemukakan model yang mengintegrasikan berbagai teori motivasi kerja, dimana perawat yang diberi tugas sebagai tanggung jawabnya harus spesifik, tujuan jelas serta realistis dan mengharapkan penampilan yang tinggi pada setiap situasi.

Menurut peneliti, berdasarkan analisa yang dilakukan , hasil wawancara mendalam dan dibandingkan dengan teori yang ada, bahwa pelaksanaan struktur tugas bagi perawat masih belum optimal. Dengan demikian pengelola keperawatan (dalam hal ini pihak manajemen RS) harus dapat menyesuaikan kemampuan pendidikan dan pengalaman yang dimiliki perawat dengan tugas yang diberikan.

7.3.1.2. Desain pekerjaan

Dilihat dari analisis univariat terlihat bahwa responden dengan desain pekerjaan baik lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki desain pekerjaan tidak baik (tabel 6.8). Pada analisis bivariat menunjukkan bahwa responden dengan desain pekerjaan tidak baik lebih besar kemungkinannya untuk mendapatkan ketidakpuasan. Terdapat 66,7% responden yang merasa tidak puas dengan desain pekerjaannya (tabel 6.27). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,000$, sehingga disimpulkan adanya hubungan yang bermakna antara desain pekerjaan dengan ketidakpuasan.

Dalam diagram Kartesius (gambar 6.9), didapatkan sebaran variabel dari dimensi desain pekerjaan yaitu, evaluasi (kuadran II), tantangan pekerjaan (kuadran II), komitmen kerja (kuadran II). Variabel yang ada pada kuadran II tersebut, berarti variabel-variabel tersebut dianggap penting oleh perawat, telah

dilaksanakan dengan baik dan dapat memuaskan perawat, maka menjadi kewajiban manajemen RS untuk mempertahankan. Sedangkan variabel serah terima pasien saat pergantian shift terdapat pada kuadran IV, yang berarti dianggap kurang penting, tetapi telah dijalankan dengan sangat baik oleh manajemen RS.

Pada diagram Kartesius berdasarkan dimensi desain pekerjaan (gambar 6.14), didapatkan sebaran atribut pada kuadran III yaitu tentang tantangan pekerjaan. Atribut tersebut dirasakan kurang penting bagi perawat, sedangkan kualitas pelaksanaannya termasuk biasa saja atau cukup. Untuk itu, pihak manajemen harus memperhatikan.

Dari hasil *gap score* (tabel 6.33), didapatkan variabel yang menghasilkan nilai positif, yaitu serah terima pasien saat pergantian shift (0,41), evaluasi (0,16), tantangan pekerjaan (0,03), komitmen kerja (0,02). Artinya pihak manajemen rumah sakit harus mempertahankan variabel-variabel tersebut.

Adapun mengenai desain pekerjaan, berdasarkan hasil wawancara mendalam, sebagian informan menyatakan sudah baik, namun sebagian lagi merasa masih kurang. Seperti kutipan berikut ini :

“ ...Memang kompleks, dokter maupun perawat harus yang berpengalaman..”

“.....Ya kalau awal-awal masuk ICU memang terkesan rumit , tapi karena lama-lama sudah biasa, dan kita disini saling sharing , jadi ya dibikin enak aja kerjanya...”

Sepantasnyalah pihak manajemen rumah sakit memikirkan terobosan-terobosan baru yang dapat membangkitkan motivasi kerja, misal dengan membuat peraturan yang jelas dan transparan, tatap muka dengan perawat dari ruang lain.

7.3.2.2. Pola Kepemimpinan

Dilihat dari hasil analisis univariat (tabel 6.10) lebih banyak responden yang memiliki atasan dengan kepemimpinan baik. Pada analisis bivariat menunjukkan bahwa kepemimpinan yang baik lebih besar kemungkinannya untuk mendapatkan ketidakpuasan (tabel 6.28). Menurut peneliti ketidakpuasan perawat sangat ditentukan oleh karakteristik individu dan gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh atasannya, karena apabila gaya kepemimpinan yang diterapkan tidak sesuai dengan situasi dan kondisi perawat di RS akan dapat menurunkan kepuasan mereka. Secara statistik tidak ada hubungan antara kepemimpinan dengan ketidakpuasan kerja.

Dalam diagram Kartesius (gambar 6.9), didapatkan sebaran variabel dari dimensi pola kepemimpinan, yaitu jalur komunikasi dengan Ka.Ru (kuadran II), yang artinya variabel tersebut dianggap penting oleh perawat, telah dilaksanakan dengan baik dan dapat memuaskan perawat, maka menjadi kewajiban manajemen RS untuk mempertahankannya. Kemudian variabel jalur komunikasi dengan Ka.Inst, komunikasi dengan para dokter, dukungan manajemen RS termasuk dalam kuadran III, maksudnya adalah variabel tersebut dianggap kurang penting oleh perawat, dimana sebaiknya manajemen RS menjalankannya secara sedang saja. Perawat terhadap pola kepemimpinan.

Untuk mengetahui lebih mendalam, dari diagram Kartesius berdasarkan dimensi pola kepemimpinan (gambar 6.11) didapatkan sebaran pada kuadran III, yaitu atribut tentang komunikasi dengan para dokter dan dukungan manajemen RS. Pada kuadran III, atribut tersebut masih dianggap kurang penting bagi

perawat , sedangkan kualitas pelaksanaannya termasuk biasa saja. Namun hal ini tetap menjadi penting untuk diperhatikan pihak RS.

Dari hasil *gap score* (tabel 6.33), didapatkan variabel yang menghasilkan mean negative yaitu jalur komunikasi dengan Ka.Ru (-0,2), artinya hal tersebut perlu diperhatikan oleh manajemen RS. Sedangkan variabel lainnya menghasilkan mean positif yaitu, jalur komunikasi dengan Ka. Instalasi (0,03), komunikasi dengan para dokter (0,02), dukungan manajemen RS (0,19), yang mana perlu dipertahankan oleh pihak manajemen RS.

Didapatkan dari hasil wawancara, terkait dengan pola kepemimpinan yang ada di ICU, sebagian menyatakan mendapatkan kepemimpinan yang baik, sudah tepat, sebagian merasa pimpinannya acuh tak acuh, tidak berlaku sebagaimana seorang pemimpin . Berikut petikan hasil wawancara :

"... Ka. Instalasi, tidak pernah datang. Kalau dulu yang dulu, care, 24 jam bisa dihubungi. Kalau Ka. Instalasi yang sekarang (6 bulan terakhir) tidak care. Jangankan care sama kita, care sama pasien saja tidak. Dari statusnya pun juga jarang cek. Kita disini hanya mengikuti perintah kapten (dokter yang konsul)..."

Teori Herzberg yang dikutip Handoko (1998) mengatakan bahwa ada faktor yang membuat orang merasa tidak puas. Faktor-faktor ini mencakup upah, keamanan kerja, kondisi kerja, status, prosedur perusahaan, mutu dari supervise teknis, mutu dari hubungan interpersonal diantara teman sejawat, dengan atasan, dan dengan bawahan. Sejalan dengan teori pengharapan Vroom yang dikutip oleh Thoah (2000) mengemukakan bahwa gaya kepemimpinan seharusnya disesuaikan dengan keadaan/situasi tertentu dan dalam kelompok tertentu.

7.3.2.3. Pola Kerjasama

Pola kerjasama yang terlihat pada analisa univariat (tabel 6.12) menunjukkan bahwa perawat yang memiliki pola kerjasama baik lebih banyak daripada yang tidak baik. Sedangkan berdasarkan pada analisis bivariat (tabel 6.29) terlihat bahwa perawat yang memiliki pola kerjasama tidak baik merasa tidak puas sebesar 62,5 %. Dari hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola kerjasama dengan ketidakpuasan kerja. Namun pada analisa score gap menunjukkan bahwa pola kerjasama mempengaruhi ketidakpuasan kerja

Dalam diagram Kartesius (gambar 6.9) didapatkan sebaran variabel dari dimensi pola kerjasama, yaitu kerjasama tim (kuadran II), keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik (kuadran II), yang menunjukkan bahwa variabel tersebut dianggap penting oleh perawat dan dapat memuaskan perawat, maka kewajiban dari manajemen RS untuk mempertahankannya. Sedangkan variabel komunikasi antar perawat (kuadran III), saran-saran dari tim kerja (kuadran III), hal ini menunjukkan bahwa variabel tersebut dianggap kurang penting oleh perawat dimana sebaiknya manajemen RS menjalankan secara sedang saja.

Dalam diagram Kartesius berdasarkan dimensi pola kerjasama (gambar 6.16) didapatkan sebaran atribut pada kuadran III yaitu tentang komunikasi antar perawat dan sara-saran dari tim kerja. Hal ini menunjukkan bahwa atribut tersebut dianggap kurang penting bagi perawat, sedangkan pelaksanaannya termasuk biasa aja.

Dari hasil analisis *gap score* (tabel 6.33) didapatkan seluruh variabel

menghasilkan nilai mean negative, yaitu komunikasi antar perawat (-0,3), kerjasama tim (-0,07), keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik (-0,07), saran-saran dari tim kerja (-0,11). Artinya, variabel-variabel harus dijadikan perhatian oleh pihak manajemen RS.

Mayoritas informan dari hasil wawancara mendalam, menyatakan pola kerjasama, komunikasi di ICU sudah berjalan baik. Hal ini dapat dilihat pada kutipan wawancara sebagai berikut :

“...Baik lah. Tidak ada hambatan antara senior-junior, pertama-pertama mereka mengira ada kesulitan di ICU, tapi kalau sudah terbiasa tidak. Kita semua disini haknya sama. Kalau memang seniornya salah, harus berani mengatakan salah. Kalau kasus ringan kita kasi ke junior, untuk kaderisasi. Tapi yang senior tetep mendampingi. Tapi ada beberapa dokter yang maunya dengan perawat senior saja.. ”

Menurut Spiegel & Torres,1995 yang dikutip oleh Soeling (1997), menyatakan bahwa kerjasama tim mempunyai beberapa manfaat, diantaranya stress dalam pekerjaan dapat dikurangi, tanggung jawab dipikul bersama, anggota tim akan memperoleh rasa berguna yang semakin besar, pengakuan dan balas jasa diperoleh secara bersama-sama, anggota tim memiliki kemampuan untuk saling mempengaruhi, semua anggota tim mengalami rasa pencapaian tujuan bersama.

Hubungan atau interaksi yang kurang baik dapat menimbulkan masalah serta ketidakpuasan. Jika dalam suatu organisasi, interaksi antara atasan dan bawahan atau sebaliknya terganggu, maka hal ini akan menghambat perkembangan serta produktivitas organisasi. Seperti yang diungkapkan oleh Ghizelly dan Brown (1995) dalam Hamzah (2001) bahwa hubungan yang baik antara atasan dan bawahan sangat penting dalam menumbuhkan kepercayaan dan

meningkatkan produktivitas kerja. Oleh karena itu sangat perlu diupayakan untuk senantiasa menumbuhkan perhatian, hubungan atau interaksi yang baik antara atasan dengan bawahan serta antar sesama perawat maupun dengan profesi lain sehingga akan meningkatkan kepuasan perawat karena menganggap dirinya merupakan bagian penting dari organisasi ditempat kerjanya.

7.3.2.4. Ketersediaan sarana kerja

Dilihat dari analisa univariat (tabel 6.14) , jumlah responden perawat dengan ketersediaan sarana kerja baik lebih banyak. Sedangkan dari analisa bivariat (tabel 6.30) terlihat perawat yang merasa ketersediaan sarana kerjanya tidak baik lebih memungkinkan mengalami ketidakpuasan sebanyak 58,9%. Dari hasil uji statistic terdapat hubungan yang bermakna antara ketersediaan sarana kerja dengan ketidakpuasan kerja.

Dalam diagram Kartesius (gambar 6.9) didapatkan sebaran variabel dari dimensi ketersediaan sarana kerja yaitu, kelengkapan peralatan kesehatan dan ketersediaan bahan habis pakai terdapat pada kuadran I, artinya hal tersebut sangat penting bagi perawat, akan tetapi pihak manajemen RS belum melaksanakan sesuai dengan keinginan perawat, sehingga menimbulkan kekecewaan/rasa tidak puas. Kemudian untuk variabel inventarisasi peralatan kesehatan, kebersihan di ICU, fasilitas toilet, kenyamanan di ICU, keamanan di ICU terdapat pada kuadran II, hal ini menunjukkan bahwa variabel tersebut dianggap penting oleh perawat, telah dilaksanakan dengan baik dan dapat memuaskan perawat, maka kini kewajiban dari pihak manajemen RS untuk mempertahankannya. Sedangkan pada

variabel penerangan di ICU, terdapat pada kuadran IV, artinya variabel ini dianggap kurang penting, tetapi telah dijalankan dengan sangat baik oleh pihak manajemen RS.

Pada diagram Kartesius berdasarkan dimensi ketersediaan sarana kerja (gambar 6.13) didapatkan sebaran atribut pada kuadran I, yaitu tentang inventarisasi peralatan kesehatan dan tentang kebersihan di ICU. Artinya, hal tersebut dianggap sangat penting bagi perawat, namun dalam pelaksanaannya belum sesuai dengan keinginan perawat, sehingga menimbulkan rasa tidak puas dari perawat. Kemudian pada kuadran III didapatkan sebaran atribut mengenai ketersediaan bahan/alat habis pakai. Hal ini menunjukkan bahwa atribut tersebut dianggap kurang penting bagi perawat sedangkan pelaksanaannya termasuk biasa saja. Menurut peneliti, bila hal ini tidak diperhatikan oleh pihak manajemen RS, maka lambat laun karena pelaksanaannya biasa saja, dapat diacuhkan, maka akan berdampak pada pelayanan kepada pasien, karena ketersediaan bahan habis pakai tidak diatur dengan baik.

Dari hasil *gap score* (tabel 6.33) sebagian besar variabel menghasilkan mean negative, yaitu inventarisasi peralatan kesehatan (-0,2), kelengkapan peralatan kesehatan (-0,24), ketersediaan bahan habis pakai (-0,24), kebersihan di ICU (-0,1), fasilitas toilet (-0,03), kenyamanan di ICU (-0,02). Artinya variabel tersebut perlu menjadi perhatian pihak manajemen RS. Sedangkan variabel yang menghasilkan mean positif yaitu, penerangan di ICU (0,22) dan keamanan di ICU (0,11). Hal tersebut perlu dipertahankan pelaksanaannya oleh pihak manajemen RS.

Menurut peneliti hal ini disebabkan karena masalah pengadaan sarana dan prasarana, terkait dengan pembiayaan. Serta perawatan sarana dan prasarana yang kurang diperhatikan, sehingga pada saat suatu alat mengalami kerusakan, tidak dapat digunakan lagi. Alasan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara mendalam, yang hasilnya sebagai berikut :

"....Rontgen mobile kita ga ada, infuse pump kalau lagi ngadat, saya tinggal ambil di CICU, tapi kalau penuh semua, ya kita pakai manual.."

".....Karena rontgen mobile, sudah rusak, karena dana ga ada, tidak dibetulin, milik icu&cvcu. Kita kembalikan ke bagian perlengkapan. Nanti mereka akan menghubungi perusahaan rekanan . missal : AC sentral dah tidak dingin, akhirnya di dalam dibantu dengan AC split, itu pun dapatnya 2 tahun, sebelumnya panas. Sehingga pasien tidak nyaman. Terus kalau pasien demam, saya inginkan suhu turunkan, kadang saya buatkan arahan pakai karton, supaya arahan ke pasiennya untuk memudahkan evaporasi, kalau dia anget, susah. Kalau pemanas, ada. Tapi pendingin ga ada. Kalau pasien suhu tinggi, selain di compress, suhu ruangan di rendahkan.."

"Harusnya ada kalibrasi, setelah berapa kali pakai, kita mau melangkah ke bagian maintenance aja udah susah, kita kasih waktu 2 hari, mestinya sudah ada perbaikan, tapi sampai berminggu-minggu pun tidak ada tanggapan..."

Hasil ini sependapat dengan Wijono; 1997 dalam (Putra , 2006) yang mengatakan jika sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di fasilitas kesehatan baik kemungkinan besar mutu asuhan yang diberikan akan baik pula.

7.3.2.5. Penghargaan

Penghargaan responden dari hasil analisis univariat (tabel 6.10) terlihat sebanyak 57,3 % menyatakan bahwa penghargaan yang diterima baik, sedangkan

42,7 % menyatakan tidak baik. Dari hasil analisis bivariat (tabel 6.24) menunjukkan sebanyak 53,3% responden yang menganggap penghargaan yang diperolehnya tidak baik, merasakan ketidakpuasan. Sehingga dari hasil analisis bivariat menggambarkan hasil uji statistik dinyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara penghargaan dengan ketidakpuasan kerja.

Dalam diagram Kartesius (gambar 6.9) didapatkan sebaran variabel dari dimensi penghargaan yaitu penghargaan atas hasil kerja (kuadran II) dimana variabel tersebut dianggap penting oleh perawat telah dilaksanakan dengan baik dan memuaskan perawat, maka kini kewajiban dari manajemen RS untuk mempertahankannya. Sedangkan variabel jadwal cuti tahunan (kuadran III), dianggap kurang penting oleh perawat dimana sebaiknya manajemen RS menjalankannya secara sedang saja.

Pada diagram Kartesius berdasarkan dimensi dimensi penghargaan (gambar 6.12), didapatkan sebaran atribut pada kuadran III yaitu mengenai jadwal cuti tahunan. Hal ini masih dianggap kurang penting bagi perawat, sedangkan kualitas pelaksanaannya termasuk biasa saja.

Dari analisis *gap score* (tabel 6.34) didapatkan variabel penghargaan atas hasil kerja menghasilkan mean negative (-0,2) , artinya pihak manajemen harus memperhatikan variabel tersebut. Sedangkan untuk variabel jadwal cuti tahunan menghasilkan mean positif sebesar 0,19. Hal ini menunjukkan hal yang harus dipertahankan oleh pihak manajemen RS.

Secara umum, penghargaan yang diberikan pihak RS belum memadai terutama pada perasaan ketidakadilan pada jenis penghargaan yang tidak sesuai

dengan beban kerja. Sebagian informan juga merasa penghargaan bukan harus berupa uang, tapi bisa berupa ucapan terima kasih, ucapan yang memotivasi, sehingga dapat bekerja lebih baik lagi. Berikut ini kutipan wawancara mendalam mengenai penghargaan :

“.....hanya ucapan. Kalau penghargaan tidak ada. Hanya Ka.Ru kasih support aja. Dulu ada waktu ultah keperawatan. Cuma sekali-sekalinya, tapi sudah lama sekali. Pemilihan perawat terbaik, tapi untuk seluruh keperawatan di RS, bukan masing-masing unit dilihat dari kehadiran, penampilan, nanti dinilai oleh teman-teman perawat, nanti baru ditentukan...”

”....Imbalan , gaji. Income ICU paling kecil. Dulu kita ada tambahan, mestinya, dilihat dengan bobot kerja, stressor. Sudah pendapatan sedikit, gol III, dipotong pajak. Kalau mengingat penghasilan akan sedih, tapi kita selalu dibawa enjoy aja, kalau dipikir-pikir disini kita kerja rodi. Kita menjalankan pekerjaan disini dengan jujur & ikhlas....”

”... Belum ada kebijakan RS yang jelas tentang penghargaan..”

Imbalan yang tidak sebanding dan belum layak dengan apa yang telah mereka kerjakan, akan berakibat terjadinya keresahan, penurunan gairah kerja, motivasi kerja dan ketidakpuasan dalam bekerja (Subarnegara, 2000; Ruky,2002). Menurut Subarnegara (2000), pihak manajemen rumah sakit seyogyanya harus memahami dengan baik mengenai imbalan dan dapat merancang kembali sistem imbalan sedemikian rupa sehingga mampu untuk memotivasi serta meningkatkan gairah kerja pegawai.

Gilles (1994) menyatakan bahwa imbalan psikologi seperti kesempatan untuk mengikuti/menyelesaikan program pendidikan, kesempatan untuk mengembangkan karir, penghargaan dari rekan sekerja dan supervise, kesempatan untuk berpartisipasi dalam riset, pemberian tanggung jawab yang lebih besar,

kenaikan gaji, pemberian waktu libur dan jam kerja yang lebih baik memberikan kontribusi lebih besar terhadap kepuasan kerja.

7.3.2.7. Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan dan pelatihan merupakan kegiatan organisasi yang penting karena merupakan salah satu mata rantai dalam proses pencapaian tujuan organisasi. Pelatihan adalah proses pembelajaran dengan memberikan ketrampilan tertentu yang berlangsung dalam waktu relative singkat dengan tujuan menggerakkan dan memacu potensi kemampuan sumber daya manusia dan peningkatan pelaksanaan pekerjaan (Asnawi,1999). Dari penelitian ini dapat dari analisa univariat (tabel 6.12) pendidikan dan pelatihan yang baik yang diterima responden lebih banyak dibandingkan yang tidak baik. Sedangkan berdasarkan analisis bivariat (tabel 6.25) terlihat perawat yang mendapatkan pendidikan dan pelatihan tidak baik, lebih berpeluang untuk merasa ketidakpuasan sebanyak 72,2%. Dari hasil uji statistik, dapat disimpulkan ada hubungan bermakna antara pendidikan dan pelatihan dengan ketidakpuasan kerja perawat.

Dalam diagram Kartesius (gambar 6.9) didapatkan sebaran variabel dari dimensi pendidikan dan pelatihan, yaitu pendidikan dan pelatihan yang diberikan serta jumlah pelatihan yang diberikan berada pada kuadran II. Hal ini menunjukkan bahwa variabel tersebut dianggap penting oleh perawat, telah dilaksanakan dengan baik dan dapat memuaskan perawat, maka kini kewajiban dari manajemen RS untuk mempertahankan.

Pada diagram Kartesius berdasarkan dimensi pendidikan dan pelatihan

(gambar 6.15) terlihat sebaran atribut, yang sudah memuaskan perawat, sehingga perlu dipertahankan keadaannya.

Dari analisa *gap score* (tabel 6.33) didapatkan kedua variabel pendidikan dan pelatihan menghasilkan mean positif, yaitu pendidikan dan pelatihan yang diberikan (0,02) serta jumlah pelatihan yang diberikan (0,07). Artinya, pihak manajemen RS harus mempertahankan hal tersebut.

Adapun tentang pendidikan dan pelatihan, menurut sebagian informan pendidikan dan pelatihan yang diberikan sudah cukup, namun sebagian lagi merasa kurang cukup jumlah pendidikan dan pelatihan yang diberikan. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan masalah dana sebagaimana terlihat pada kutipan wawancara berikut ini :

“....pelatihan untuk perawat ICU yg internal & eksternal, jarang, susah, karena dana susah. Kadang-kadang kita support, tapi kan tidak bisa tiap tahun kita support perawat. Idealnya, setiap ada moment yg bagus, harus ikut. Kendala di dana, kebijakan RS yang tidak mendukung, pasien disini gakin, jadi kita tidak pake obat yang paten, jadi tidak ada sponsor. Kalau di RS swasta, kapan mau berangkat, bisa berangkat..”

”....Dari pihak RS belum ada program. Kita menambah ilmu, dengan inisiatif sendiri, kadang pakai uang sendiri (kalau kita punya uang), kadang kita cari sponsor. Kadang yang ikut seminar, orangnya itu-itu lagi. Yang sudah ikut pelatihan, biasanya sharing dengan rekan kerja”

Menurut teori, dengan bertambahnya pengetahuan akan menumbuhkan kemampuan dan ketrampilan, sedangkan suatu ketrampilan lebih langsung menyangkut psikomotorik, gerak mahir dalam memecahkan persoalan atau melaksanakan pekerjaan tertentu. Pengembangan ketrampilan berarti pengembangan tingkat kemahiran sumber daya manusia dalam melaksanakan

157

tugas yang diberikan kepadanya, sehingga yang bersangkutan lebih profesional dalam bidang pekerjaan dibandingkan waktu-waktu sebelumnya (Saydam G, 2000)

Pendidikan bisa berupa formal dan informal. Formal merupakan pengembangan tenaga keperawatan program jangka panjang, dengan melanjutkan ke jenjang pendidikan lebih tinggi seperti dari D3 ke S1 keperawatan dan S2 keperawatan baik melalui jalur umum maupun jalur khusus. Pelatihan merupakan pengembangan tenaga keperawatan program jangka pendek, dapat berupa pendidikan berkelanjutan, seminar, kursus, lokakarya baik dalam/luar RS di Indonesia maupun luar negeri.

Dari data kualitatif dikemukakan beberapa hal penyebab ketidakpuasan, baik dalam faktor pekerjaan maupun sistem imbalan, antara lain ialah gaji yang dirasakan terlalu kecil untuk saat ini, imbalan di tempat yang beban kerjanya tinggi sama dengan di tempat yang beban kerjanya ringan, peraturan-peraturan yang tidak transparan, perlakuan yang tidak sama.

7.4. Variabel yang paling dominan

Dari hasil analisis regresi logistic menunjukkan bahwa variabel yang paling dominan berhubungan dengan ketidakpuasan kerja yaitu, penghargaan, disusul kemudian desain pekerjaan. Namun tidak hanya penghargaan saja yang perlu mendapat prioritas perhatian, dimensi-dimensi lain juga harus tetap diperhatikan.

Ketidakpuasan dapat dipakai sebagai pertimbangan suatu penilaian ketidakberhasilan pelayanan. Bila perawat merasa kecewa karena harapan dan

keinginannya tidak terpenuhi, maka hal ini patut dipertanyakan agar pihak manajemen rumah sakit dapat introspeksi diri/melakukan perbaikan.



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 . KESIMPULAN

Dari hasil penelitian terhadap perawat ICU di 18 RS, diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik responden di ruang perawatan intensif, 18 RS mayoritas berjenis kelamin perempuan, berusia 18-45 tahun sebagian besar berpendidikan Akademi Keperawatan, bersatus menikah, dengan lama kerja rata-rata diatas 2 tahun.
2. Bila ditinjau dari karakteristik responden dengan tingkat ketidakpuasan, terlihat tidak ada hubungan yang bermakna.
3. Responden yang merasakan ketidakpuasan sebesar 46,7%
4. Perawat yang memiliki struktur tugas baik merasa puas (60,4%), tidak puas (39,6%). Sedangkan yang memiliki struktur tugas tidak baik merasa puas (39%), tidak puas (61%). Ada hubungan bermakna antara struktur tugas dengan ketidakpuasan kerja perawat.
5. Perawat yang memiliki desain pekerjaan yang baik merasa puas (60,1%), tidak puas (39,9%). Sedangkan yang memiliki desain pekerjaan tidak baik merasa puas (33,3%). Ada hubungan bermakna antara desain pekerjaan dengan ketidakpuasan kerja perawat.

5. Perawat yang memiliki pola kepemimpinan yang baik merasa puas (52,7%), tidak puas (47,3%). Sedangkan yang memiliki pola kepemimpinan yang tidak baik merasa puas (54,1%), tidak puas (45,9%). Tidak ada hubungan yang bermakna antara pola kepemimpinan dengan ketidakpuasan kerja perawat
6. Perawat yang memiliki pola kerjasama yang baik merasa puas (55,6%) , tidak puas (44,4%). Sedangkan yang memiliki pola kerjasama yang tidak baik merasa puas (37,5%), tidak puas (62,5%). Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pola kerjasama dengan ketidakpuasan kerja perawat.
7. Perawat yang memiliki ketersediaan sarana kerja yang baik merasa puas (60,3%), tidak puas (39,7%). Sedangkan yang memiliki ketersediaan sarana kerja tidak baik merasa puas (41,1%), tidak puas (58,9%). Terdapat hubungan yang signifikan antara ketersediaan sarana kerja dengan ketidakpuasan kerja perawat.
8. Perawat yang diberikan penghargaan dengan baik merasa puas (58,2%), tidak puas (41,8%). Sedangkan bagi perawat yang mendapatkan penghargaan tidak baik merasa puas (46,7%), tidak puas (53,3%). Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara penghargaan dengan ketidakpuasan kerja perawat.
9. Perawat yang diberikan pendidikan dan pelatihan dengan baik merasa puas (67,9%), tidak puas (32,1%). Sedangkan perawat yang menyatakan pendidikan dan pelatihan yang diberikan tidak baik, merasa puas (27,8%) ,

tidak puas (72,2%). Terdapat hubungan yang bermakna (signifikan) antara Pendidikan dan Latihan yang diterima dengan Ketidakpuasan kerja Perawat.

10. Dari hasil analisis diagram Kartesius, hal yang harus diperhatikan adalah yang terdapat pada kuadran I dan III mengenai ketersediaan sarana kerja, pola kepemimpinan, penghargaan, pola kerjasama.
11. Dari hasil analisis diagram Kartesius berdasarkan dimensi-dimensi, didapatkan hal-hal yang perlu menjadi prioritas penanganan, yaitu:
 - a. Pada dimensi struktur tugas : atribut pengaturan jaga (shift), kesesuaian tugas dengan kemampuan, penerapan Asuhan Keperawatan, uraian tugas yang ditetapkan.
 - b. Pada dimensi ketersediaan sarana kerja : atribut inventarisasi peralatan kesehatan, ketersediaan alat/bahan habis pakai
 - c. Pada dimensi pola kepemimpinan : atribut komunikasi dengan para dokter, dukungan manajemen RS
 - d. Pada dimensi penghargaan : atribut jadwal cuti tahunan
 - e. Pada dimensi desain pekerjaan : atribut tantangan pekerjaan
 - f. Pada dimensi pola kerjasama : atribut komunikasi antar perawat, saran-saran dari tim kerja
 - g. Pada dimensi pendidikan dan pelatihan sudah memuaskan harus dipertahankan dan ditingkatkan.

12. Dari analisis ketidakpuasan dengan *gap score*, yang harus diperhatikan adalah dimensi struktur tugas, penghargaan ketersediaan sarana kerja, pola kerjasama.
12. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan ketidakpuasan kerja perawat adalah penghargaan disusul kemudian desain pekerjaan. Hal ini menunjukkan bahwa penghargaan termasuk dalam kebutuhan mendasar yang dapat mengurangi ketidakpuasan.

8.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran :

8.2.1 . Bagi pimpinan RS :

- a. Sebaiknya ada reward bagi perawat yang berpenampilan kerja tinggi. Reward yang berharga bukan saja dalam bentuk finansial atau material. Reward yang berguna adalah yang mampu memotivasi perawat untuk bekerja sebaik mungkin, dapat berupa pemberian bingkisan, family gathering, perjalanan wisata bagi perawat dan keluarganya. Reward non financial bisa berupa ucapan terima kasih dan pujian secara langsung atau melalui kartu ucapan selamat, pemberian gelar perawat teladan (menurut versi klien dan teman sejawat perawat serta tenaga medis lain, penyediaan fasilitas kerja sehingga dalam melayani pasien dapat lebih maksimal

- b. Pemberian penghargaan kepada perawat yang berprestasi sebaiknya dilakukan pada waktu-waktu khusus dan disampaikan langsung oleh pimpinan RS.
- c. Meningkatkan pemberdayaan perawat dengan cara meningkatkan komunikasi, mengikutsertakan perawat dalam pengambilan keputusan tentang kebijakan dalam bidang keperawatan maupun kebijakan rumah sakit. Menampung (membuka saluran komunikasi), memperhatikan, dan memfasilitasi usulan yang berhubungan dengan peningkatan pelayanan keperawatan, pelayanan rumah sakit, serta peningkatan sumber daya manusia keperawatan
- d. Melakukan pembinaan secara terus menerus kepada setiap kepala ruangan melalui rapat-rapat evaluasi (morning briefing), pertemuan ilmiah yang membahas perkembangan pasien, kasus yang ada.
- e. Melakukan komunikasi yang jelas dan efektif dalam menetapkan tujuan dan program-program bidang keperawatan, komite keperawatan dan ruangan dengan jelas diketahui oleh perawat anggotanya
- f. Fasilitas dan peralatan harus memadai untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan yaitu dengan tersedianya tempat dan peralatan yang sesuai untuk melaksanakan tugas keperawatan .
- g. Untuk meningkatkan kinerja perawat perlu merencanakan program pengembangan staf dan memberi kesempatan bagi staf dalam berbagai kegiatan ilmiah seperti seminar, symposium, lokakarya,

- pelatihan, dan perencanaan untuk pendidikan berkelanjutan (S-1 Keperawatan), serta memikirkan jenjang karir para staf keperawatan.
- h. Menyusun sistem pengembangan karir fungsional perawat secara keseluruhan mencakup : bentuk jenjang karir dan promosi, sistem penghargaan, dan program-program pendidikan berkelanjutan yang konsisten dalam menunjang pelayanan keperawatan serta dilakukan tindak lanjut terhadap semua program.
 - i. Mengadakan evaluasi yang berkesinambungan mengenai kepuasan/ketidakpuasan perawat untuk perbaikan peningkatan mutu dalam keperawatan ICU

8.2.2 Bagi Kepala Ruangan

- a. Mengadakan pengaturan mengenai cuti tahunan diantara perawat, sehingga tidak terjadi persilangan kepentingan
- b. Penerapan sistem jam kerja yang lebih akurat dan sesuai dengan beban kerja
- c. Diadakan evaluasi per tri semester/ per catur wulan mengenai inventarisasi sarana dan prasarana kerja untuk mengantisipasi permohonan tahunan.
- d. Lebih mengaplikasikan sistem komunikasi dua arah yang terbuka
- e. Penerapan sistem penghargaan
- f. Pengaturan jadwal pendidikan dan pelatihan secara proposional dan meratam agar tiap perawat mendapatkan haknya.,.

8.2.3 Bagi Perawat Pelaksana

- a. Mendiskusikan bersama dengan Ka.Ru mengenai pengaturan tugas jaga penera
- b. Mengkomunikasikan apabila terjadi ketidaksesuaian uraian tugas dengan kemampuan yang dimiliki
- c. Menanamkan komitmen lebih mendalam dalam hal pemeliharaan dan penyusunan sarana dan prasarana kerja
- d. Meningkatkan komunikasi, kerjasama dan interaksi baik terhadap atasan, rekan seprofesi lain maupun pasien dan keluarganya
- e. Bersikap proaktif dalam mengusulkan program, baik itu program diklat, program penghargaan.

8.2.3 Bagi Departemen Kesehatan :

Mempertajam standarisasi criteria perawat pelaksana ICU untuk mengimbangi kemajuan ilmu kedokteran.

8.2.4. Bagi peneliti lain:

Hasil penelitian ini masih sangat sederhana, oleh karena itu masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut agar diperoleh informasi yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan dan hasilnya lebih komprehensif sehingga dapat digunakan oleh pihak manajemen dalam mengambil keputusan, terutama dalam rangka pengembangan sumber daya keperawatan di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiono, S. 2002. *Analisis Kepemimpinan yang Mendorong Iklim Kerja dan Motivasi Kerja serta Dampaknya terhadap Kinerja Perawat di RS se-kota Palu*. Tesis . Universitas Indonesia.
- Aditama ,Tjandra Yoga, 2000. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Asnawi, S. 1999. *Aplikasi Psikologi dalam Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Jakarta: Pusgrafin
- Churiyah, M. 2007. *Pengaruh konflik peran terhadap kepuasan kerja serta komitmen pada organisasi*
<http://203.201.172.174/ejournal/media/paper/Madziatul.pdf>
- Craven, R.F. and Hirnle, C.J. (2000) *Fundamental of nursing : Human health and function (3rd edition)*, Philadelphia : Lippincott William and Wilkins
- Davis Keith & John W, 1996. *Perilaku Dalam Organisasi* .Edisi ke-7. Penerbit Erlangga. Jakarta
- Depkes, 2006. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor : 783/Menkes/SK/X/2006.http://www.ppk-depkes.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=11
- DepKes RI. 2006. *Standar Keperawatan di ICU*. Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik.
- Douglas ,L.M. 1992. *The effective nurse leader and manager (4th Ed)*. St. Louis: Mosby Year Book
- Fitzsimmons, J. A. & Fitzsimmons, M. J. (1994) *Service Management : Operations, Strategy, and Information Technology*, Singapore, McGraw-Hill International Editions
- Gibson, J. L. Invancevich, J. M, and Donelly, J. H, Jr. 1994 . *Organizations : Behaviour, Structure, and Process*, Boston : Richard D. Irwin.
- Gillies , D.A.. 1994. *Nursing Management : a system approach*. Third edition . Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Greenberg, Jerald dan Robert A. Baron. 2003 . *Behaviour in organizations* . New Jersey : Prentice Hall
- Grohar – Murray,M. And Di Croce , H. 1997. *Leadership and management in nursing*. Second edition. Upper Saddle River , NJ. Prentice Hall .
- Hamzah , H. 2001. *Hubungan Supervisi, Tanggung Jawab dan Pengembangan Diri dengan Kepuasan Kerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Labuang Baji Makasar*. Tesis. Universitas Indonesia.
- Hanafie,Achsanudin.2007. *Peranan Ruangan Perawatan Intensif Care (ICU) Dalam Memberikan Pelayanan di Rumah Sakit*,
http://www.usu.ac.id/id/files/pidato/ppgb/2007/ppgb_2007_achsanuddin_hanafie.pdf
- Handoko, T Hani, 1998. *Manajemen*. Edisi kedua, BPEF, Yogyakarta.
- Herzberg, F. Mausner, B. & Snyderman, B.B. 1959. *The Motivation to Work*. Wiley International
- Husein, Umar. 2000. *Riset Pemasaran dan Perilaku Konsumen* Gramedia Pustaka Utama
- Ilyas, Yaslis. 1999. *Kinerja : Teori , Penilaian, dan Penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan .Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Kreiner,R. Dan Kinicki,A. 2001. *Organizational Behaviour* . Edisi ke-5. Burr Ridge.
- Kozier B.B, Erb G.H. and Olivieri R.,1998. *Fundamentals of Nursing* , updated 5ed Addison-Wesley Nursing, Menlo Park, CA
- Kusnanto, S.Kp,M.Kes.2003. *Pengantar Profesi & Praktik Keperawatan Profesional*.EGC .Jakarta
- Lusiani, M. 2006. *Hubungan Karakteristik Individu dan Sistem Penghargaan dengan Kinerja Perawat berdasarkan Persepsi Perawat Pelaksana di RS Sumber Waras Jakarta*. Tesis. Universitas Indonesia.
- M, Asep. 2005. *Peran Iklim Kerja terhadap Ketidakpuasan Kerja Karyawan di RSUD Lubuk Linggau tahun 2005*. Tesis. Universitas Indonesia, Depok.
- Marriner, T . 1996 . *Guide to nursing management and leadership* . Edisi ke-5 . St. Louis : CV Mosby.

- Marquis, B. L., & Huston, C.J. 2000 . *Leadership roles and management functions in nursing . Theory and application*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Marquis, B.L & Huston, C.J. 1998. *Management Decision Making for Nurses*. Third Edition, Philadelphia .Lippincott
- Nurachmah, E. 2000. *Pentingnya Komite Keperawatan dalam Pengembangan Profesi*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Vol II ; No. 2 ;. 2000; 73-78.
- Nurachmah, E. 2001. *Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit*. Disajikan pada Seminar Keperawatan Rumah Sakit Islam Cempaka Putih. Jakarta. 2 Juni 2001.
- Palestin, B. (2007) *Asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit*, Yogyakarta Perdici <http://perdici.org/standard/page5>
- Putra, K. R. 2006. *Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Pelaksanaan Praktik Keperawatan di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang*. Tesis. Universitas Indonesia.
- Rahayu dan Harmani. 2005. *Analisis Kinerja Petugas dalam Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap RS Tugu Ibu Cimanggis, Depok*. Jurnal MARS Vol. 5 No.4, Januari 2005.
- Robbins, Stephen, P. 2001. *Organizational Behaviour*. New Jersey : Prentice Hall.
- Robbins, Stephen, P. 2003. *Organizational Behaviour*. Edisi 9. New Jersey : Prentice Hall
- Robbins, Stephen. 2006. *Perilaku Organisasi* .Edisi Lengkap. Prentice Hall.
- Ruky, Achmad, 2002. *Manajemen Penggajian dan Pengupahan untuk Karyawan Perusahaan*, Jakarta: Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.
- Sabri L., Hastono SP.2006. *Statistik Kesehatan* PT RajaGrafindo Persada
- Saydam , G . 2000, *Human Resources Management*, Jilid 2: PT Toko Buku Gunung Agung , Jakarta.

- Siagian, P.S.1995. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Jakarta: PT. Tineka Cipta
- Smith,D.K.M. 1997 . The influence of manager on nurses job satisfaction, productivity and commitment. *The Journal of Administration Volume 27, No.9, page; 47-54.*
- Soeling, P.D. 1997. *Pola Kepemimpinan dan Kerjasama Tim di Lingkungan Rayon Usaha PAM Jaya*. Tesis. Universitas Indonesia
- Subarnegara, 2000. *Penerapan Remunerasi dan Merit Sistem di RS*. Makalah Seminar Remunerasi dan Merit Sistem RS, Jakarta.
- Sukarya, W.S. 1995. *Studi Pengaruh Iklim Kerja terhadap Kepuasan Kerja pada perawat di UGD RS Hasan Sadikin Bandung* . Tesis. Universitas Indonesia, Depok.
- Supranto, J. 2001. *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk meningkatkan pangsa pasar*, Jakarta : Rineka Cipta
- Susanti, Sri. 2004. *Analisis Ketidakpuasan Tenaga Keperawatan di RS. X Palembang* . Tesis. Universitas Indonesia, Depok.
- Supriyantoro, 2000. *Apa dan Bagaimana Penerapan "Change Movement" di Rumah Sakit*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Vol.2 No.I, Januari 2000.
- Swansburg, R.C. 1994. *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. Jakarta : EGC.
- Thoha, Mifah,2000. *Perilaku Organisasi* , Fisipol-UGM, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Wibowo, 2007. *Manajemen Kinerja*. Raja Grafindo Persada. Jakarta.



Berikut ini adalah nama-nama yang termasuk dalam tim peneliti :

1. Dr. dr. H. Adang Bachtiar, MPH ScD.

2. Dian Andina Munawar

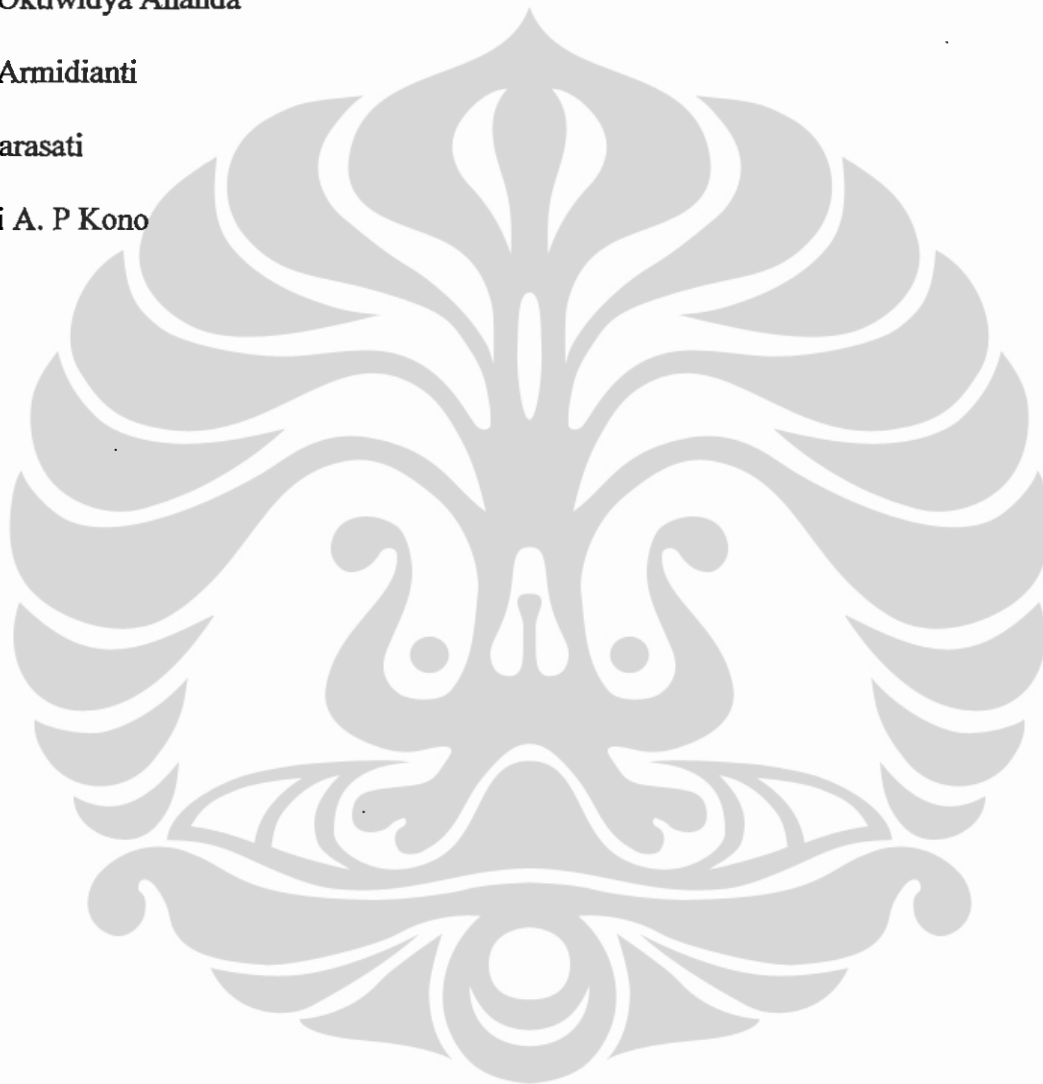
3. Ferry Irwansyah

4. Susan Oktiwidya Ananda

5. Mirna Armidianti

6. Dian Larasati

7. Miranti A. P Kono



KUESIONER PERAWAT ICU

Yth. Bapak/Ibu/Sdr/Sdri Perawat Unit Perawatan Intensif

Salam Sejahtera !

Untuk mengetahui Keberhasilan Pelayanan Keperawatan Intensif di tempat Anda bekerja, kami sebagai tim riset membutuhkan partisipasi Anda selaku staf untuk mengisi kuisisioner berikut. Dalam riset ini, Anda memiliki peluang memberikan masukan yang berharga bagi manajemen dengan menjawab kuisisioner ini secara jujur sesuai yang anda rasakan.

Kuisisioner berikut memuat sejumlah pernyataan. Silahkan Anda tunjukkan seberapa besar tingkat persetujuan/ketidaksetujuan Anda terhadap setiap pertanyaan. Tidak ada jawaban benar atau salah. Beberapa pernyataan tampak memiliki arti yang hampir sama satu dengan yang lain. Hal itu tidak perlu Anda hiraukan. Anda cukup menjawab secara langsung sesuai apa yang muncul pertama kali dalam pikiran Anda. Silahkan mengisi formulir berikut ini dengan nyaman, jujur, dan terbuka. Mohon diperhatikan bahwa setiap isian harus diisi.

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Pilihlah salah satu jawaban dengan memberi tanda (X) pada jawaban yang tersedia dan setiap pertanyaan hanya satu jawaban. Perhatikan cara penilaian pada setiap bagiannya.
2. Isilah kuisisioner dengan cepat dan jawablah sesuai dengan jawaban yang terlintas pertama di benak Bapak/ Ibu
3. Kami mengharapkan Bapak/Ibu menjawab seluruh pertanyaan (tidak ada yang kosong).

SELAMAT MENGISI KUESIONER INI !!

No. Kuesioner : _____

Tanggal Pengisian :

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama Lengkap : _____
2. Usia Anda Saat ini : 18-25 tahun 26-35 tahun
 36-45 tahun 46-55 tahun
 > 55 tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Unit/RS tempat bekerja : _____
5. Tipe Rumah Sakit : Primer Sekunder
6. NIP/NIK : _____
7. Status Kepegawaian : PNS Non PNS
8. Pendidikan Terakhir :
 S2 Keperawatan Akper
 S1 Keperawatan SPK
9. Pelatihan terakhir yang diikuti : _____
10. Status Perkawinan :
 Belum Menikah Menikah
 Janda Duda
11. Lama Bekerja di RS : _____
12. Lama bekerja di Ruang ICU :
 Kurang dari 1 tahun
 1-2 tahun
 Lebih dari 2 tahun
13. Jabatan : _____
14. Besar gaji dan seluruh tunjangan per bulan yang Anda terima di RS ini :
 < Rp. 700.000,00
 Rp. 700.000,00 – Rp. 1.000.000,00
 Rp. 1.000.000,00 – Rp. 2.000.000,00
 Rp. 2.000.000,00 – Rp. 3.000.000,00
 Rp. 3.000.000,00 – Rp. 5.000.000,00
 >Rp. 5.000.000,00

Untuk menjawab pertanyaan berikut ini, jawaban yang tersedia dalam kuesioner adalah :

STS = Sangat Tidak Setuju , bila kenyataan di lapangan sangat tidak sesuai dengan komponen yang dinilai

TS = Tidak Setuju , bila kenyataan di lapangan kurang sesuai dengan komponen yang dinilai.

S = Setuju , bila kenyataan di lapangan cukup sesuai dengan komponen yang dinilai.

SS = Sangat Setuju , bila kenyataan di lapangan sangat sesuai dengan komponen yang dinilai.

HARAPAN PERAWAT		STS	TS	S	SS
	Struktur Tugas				
1	Tentang penerapan asuhan keperawatan di unit ini apakah sesuai dengan harapan anda?				
2	Tentang uraian tugas yang telah ditetapkan untuk anda sampai saat ini apakah sesuai dengan harapan anda?				
3	Tentang pengaturan tugas jaga (shift) sampai saat ini sesuai dengan harapan anda?				
4	Tentang kesesuaian uraian tugas dengan kemampuan yang anda miliki sesuai dengan harapan anda?				
5	Tentang kewenangan yang diberikan untuk menjelaskan tindakan keperawatan pada pasien sesuai dengan harapan anda?				
	Pola Kepemimpinan				
6	Tentang jalur komunikasi dengan atasan sampai saat ini sesuai dengan harapan anda?				
7	Tentang komunikasi dengan Ka. Ruangan apakah dengan harapan anda?				

8	Tentang komunikasi dengan dokter sampai saat ini sesuai dengan harapan anda?				
9	Tentang dukungan manajemen Rumah sakit sesuai dengan harapan anda?				
	Penghargaan				
10	Tentang jadwal cuti tahunan yang diberikan sesuai dengan harapan anda?				
11	Tentang penghargaan atas hasil kerja anda sesuai dengan harapan anda?				
	Ketersediaan sarana kerja				
12	Tentang inventarisasi peralatan kesehatan yang ada di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
13	Tentang kelengkapan peralatan kesehatan di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
14	Tentang ketersediaan alat habis pakai di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
15	Tentang penerangan di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
16	Tentang kebersihan di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
17	Tentang fasilitas kamar mandi, WC di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
18	Tentang kenyamanan (a.l penataan ruangan, suhu ruangan) di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
19	Tentang keamanan (instalasi listrik, kabel listrik) di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
	Desain pekerjaan				
20	Tentang serah terima pasien setiap shift sampai saat ini apakah sesuai dengan harapan anda?				

21	Tentang keterlibatan dalam evaluasi/ronde ruangan apakah sesuai dengan harapan anda?				
22	Tentang tantangan pekerjaan yang ada sesuai dengan harapan anda?				
23	Tentang komitmen yang ada pada unit ICCU / ICU ini sesuai dengan harapan anda?				
	Pendidikan & Pelatihan				
24	Tentang pendidikan dan pelatihan yang diberikan pada perawat untuk meningkatkan mutu pelayanan intensif sesuai dengan harapan anda?				
25	Tentang jumlah pelatihan yang diberikan pada perawat untuk dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan apakah sesuai dengan harapan anda?				
	Pola Kerjasama				
26	Tentang komunikasi antar perawat di ICCU /ICU sampai saat ini sesuai dengan harapan anda?				
27	Tentang kerjasama tim di unit ini sesuai dengan harapan anda?				
28	Tentang keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik dari orang lain sesuai dengan harapan anda?				
29	Tentang saran-saran dari tim kerja terhadap pekerjaan yang anda lakukan sesuai dengan harapan anda?				
	Struktur tugas				
1	Puaskah anda dengan penerapan asuhan keperawatan di unit ini ?				
2	Puaskah anda dengan uraian tugas yang telah ditetapkan untuk anda sampai saat ini ?				
3	Puaskah anda dengan pengaturan tugas jaga (shift) sampai saat ini ?				

4	Puaskah anda antara kesuaian uraian tugas dengan kemampuan yang anda miliki ?				
5	Puaskah anda dengan kewenangan yang diberikan untuk menjelaskan tindakan keperawatan pada pasien ?				
	Pola Kepemimpinan				
6	Puaskah anda dengan jalur komunikasi dengan atasan sampai saat ini ?				
7	Puaskah anda mempunyai komunikasi dengan Ka. Ruangan?				
8	Puaskah anda mempunyai komunikasi dengan dokter sampai saat ini ?				
9	Puaskah anda dengan dukungan manajemen Rumah sakit?				
	Penghargaan				
10	Puaskah anda dengan jadwal cuti tahunan yang diberikan?				
11	Puaskah anda dengan penghargaan atas hasil kerja anda?				
	Ketersediaan sarana kerja				
12	Puaskah anda dengan inventarisasi peralatan kesehatan yang ada di unit ini ?				
13	Puaskah anda dengan kelengkapan peralatan kesehatan di unit ini ?				
14	Puaskah anda akan ketersediaan alat habis pakai di unit ini ?				
15	Puaskah anda dengan penerangan di unit ini?				
16	Puaskah anda dengan kebersihan di unit ini?				
17	Puaskah anda dengan fasilitas kamar mandi, WC di unit ini ?				
18	Puaskah anda dengan kenyamanan (a.l penataan ruangan, suhu ruangan) di unit ini?				
19	Puaskah anda dengan keamanan (instalasi listrik, kabel listrik) di unit ini ?				

	Desain pekerjaan				
20	Puaskah anda dengan serah terima pasien setiap shift sampai saat ini ?				
21	Puaskah anda terlibat dalam evaluasi/ronde ruangan ?				
22	Puaskah anda dengan tantangan pekerjaan yang ada ?				
23	Puaskah anda dengan komitmen yang ada pada unit ICCU / ICU ini ?				
	Pendidikan & Pelatihan				
24	Puaskah anda dengan pendidikan dan pelatihan yang diberikan pada perawat untuk meningkatkan mutu pelayanan intensif ?				
25	Puaskah anda dengan jumlah pelatihan yang diberikan pada perawat untuk dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan?				
	Pola kerjasama				
26	Puaskah anda mempunyai komunikasi antar perawat di ICCU /ICU sampai saat ini ?				
27	Puaskah anda dengan kerjasama tim di unit ini ?				
28	Puaskah anda dengan keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik dari orang lain?				
29	Puaskah anda mengenai saran-saran dari tim kerja terhadap pekerjaan anda?				

**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM DENGAN
TENAGA KEPERAWATAN DI
RSUD TARAKAN & RSUD PASAR REBO**

Identitas Informan

1. Nama :
2. Usia :
3. Pendidikan akhir :
4. Status menikah :
5. Lama bekerja di ICU RS :

Struktur tugas

1. Bagaimana pandangan Saudara tentang struktur tugas di RS ini, apakah efisien ?
2. Bagaimana uraian tugas yang telah ditetapkan? Adakah SOP? Lengkapkah SOP?
3. Bagaimana pengaturan tugas jaga (shift) di RS ini?
4. Apakah kemampuan perawat sesuai dengan uraian tugas?
5. Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan di RS ini? Apakah terlaksana/tidak ?
Bagaimana tingkat kepatuhan para perawat?
6. Bagaimana kewenangan yang diberikan untuk menjelaskan tindakan keperawatan pada pasien ?
7. Adakah masalah yang timbul ?
8. Mengapa terjadi masalah tersebut?
9. Bagaimana mengatasi masalah tersebut?
10. Bagaimana harapan anda terhadap uraian tugas?

Pola kepemimpinan

1. Bagaimana pandangan saudara tentang pola kepemimpinan di RS ini ?

2. Bagaimana jalur komunikasi dengan atasan Anda?
3. Bagaimana komunikasi Anda dengan Ka. Ruangan?
4. Bagaimana komunikasi Anda dengan dokter ?
5. Apa saja permasalahannya?
6. Mengapa terjadi hal tersebut?
7. Bagaimana cara mengatasinya?
8. Bagaimana harapan Anda terhadap pola kepemimpinan di RS ini ?

Penghargaan

1. Bagaimana pandangan Anda terhadap penghargaan kerja di RS ini? Apakah sudah sesuai?
2. Bagaimana jadwal cuti tahunan yang diberikan di RS ini ? Apakah terlaksana/tidak?
3. Bagaimana menurut saudara imbalan/gaji yang saudara terima selama bekerja di RS ini ? Apakah cukup adil ? Sesuai dengan pekerjaan dan tanggung jawab saudara ?
5. Bagaimana penerapan penghargaan dan sanksi yang diberikan pada perawat ICU ?
6. Masalah apa saja yang timbul mengenai penghargaan?
7. Mengapa timbul masalah tersebut?
8. Bagaimana mengatasi masalah tersebut?
9. Bagaimana harapan anda mengenai penghargaan di RS ini?

Ketersediaan sarana kerja

1. Bagaimana inventarisasi peralatan kesehatan yang ada di unit ICU?
2. Bagaimana kelengkapan peralatan kesehatan di unit ini?
3. Bagaimana ketersediaan alat habis pakai di ICU?
4. Bagaimana penerangan di ICU?
5. Bagaimana kebersihan di ICU?
6. Bagaimana pendapat anda mengenai fasilitas kamar mandi, WC di ICU?
7. Bagaimana kenyamanan (penata ruangan, suhu ruangan) di ICU?

8. Bagaimana keamanan (instalasi listrik, kabel listrik) di ICU?
9. Apakah ada masalah mengenai ketersediaan sarana kerja?
10. Mengapa timbul masalah tersebut?
11. Bagaimana mengatasi masalah tersebut?
12. Bagaimana perawatan sarana kerja di ICU?
13. Bagaimana harapan anda terhadap ketersediaan sarana kerja di ICU?

Desain pekerjaan

1. Bagaimana pandangan Anda mengenai desain pekerjaan di RS ini ?
2. Bagaimana serah terima pasien setiap shift?
3. Bagaimana keterlibatan anda dalam evaluasi/ ronde ruangan?
4. Bagaimana tantangan pekerjaan di RS ini?
5. Bagaimana komitmen kerja yang ada di RS ini ?
6. Adakah permasalahan mengenai desain pekerjaan?
7. Mengapa timbul masalah tersebut?
8. Bagaimana harapan anda mengenai desain pekerjaan di RS ini ?

Pendidikan dan Pelatihan

1. Bagaimana pandangan anda terhadap kesempatan pendidikan dan pelatihan di RS ini?
2. Bagaimana jumlah diklat yang diberikan di RS ini?
3. Apakah menurut saudara pendidikan saudara sesuai dengan job yang diberikan di RS ini ?
4. Apakah anda pernah mendapat kesempatan memperoleh ketrampilan tambahan?
(kalau ya) bisa dijelaskan dalam bentuk apa?
(sekolah, pelatihan, bimbingan di lapangan, dan lain-lain)
(kalau tidak) menurut saudara, apa sebabnya?
5. Bagaimana menurut saudara mengenai pengembangan diri atau karir di RS ini ?

(kemungkinan bisa berkembang atau tidak ?)

6. (untuk Kepala Keperawatan ICU) : Bagaimana anda merencanakan pengembangan staf yang meliputi pendidikan formal dan non formal ?
7. (untuk Kepala Keperawatan ICU) : Bagaimana anda merencanakan in service training (pelatihan internal) dalam pengembangan perawat ICU ?
8. Bagaimana harapan anda mengenai diklat di RS ini?

Pola kerjasama

1. Bagaimana komunikasi antar perawat di ICU?
2. Bagaimana kerjasama tim di ICU?
3. Apakah anda mempunyai keinginan untuk melaksanakan tugas lebih baik dari orang lain?
4. Bagaimana saran-saran dari tim kerja terhadap pekerjaan anda?
5. Bagaimanakah hubungan saudara dengan sesama perawat, atasan, bawahan di lingkungan kerja anda?
6. Menurut saudara, dengan keadaan tersebut, apakah membuat suasana bekerja menjadi harmonis atau bahkan mempersulit dalam hubungan kerja ?
7. Apakah selama anda bekerja pernah mendapat evaluasi atau bimbingan dari pimpinan saudara? Bagaiman sistejm evaluasinya?
8. Bagaimana menurut saudara, supervisi tersebut kaitannya dengan motivasi & kepuasan kerja ?
9. Bagaimana harapan anda mengenai pola kerjasama di ICU?



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PASAR REBO

SURAT KETERANGAN

Nomor :1105...../ 083.73

Ka.Sub.Bag Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta menerangkan bahwa :

Nama : Mirna Armidianti
Institusi : Kajian Administrasi Rumah Sakit – Universitas Indonesia

Adalah benar yang bersangkutan telah melaksanakan pengambilan data di Bagian ICU RSUD Pasar Rebo dalam rangka penyusunan Tesis pada bulan juni 2008.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jakarta, 23 Juni 2008

RSUD Pasar Rebo DKI Jakarta
Ka. Sub. Bag Diklat,



Epi Rochani, SKM, MARS
NIP. 170 152 359

SURAT KETERANGAN

NO. 21/ KID / RST / 2008

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. M. Fadil Rasad, Sp. THT, MKes
Jabatan : Ka. Instalasi Diklatbang RSUD Tarakan

Menerangkan bahwa :

Nama : Mirna Armidianti
NPM : 0606022416
Judul : "Evaluasi Ketidakpuasan Kerja di Keperawatan ICU".

Telah melaksanakan penelitian / pengambilan data pada ruang HCU di Rumah Sakit
Tarakan pada tanggal 16 Juni 2008

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana
mestinya.

Dibuat di : Jakarta
Tanggal : 17 Juni 2008



Karakteristik Nara Sumber

No	Karakteristik	Nara sumber 1	Nara sumber 2	Nara Sumber 3	Nara Sumber 4	Nara Sumber 5	Nara Sumber 6
1	Umur	47 th	37 th	38 th	44 th	42 th	40 th
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki	Perempuan	Perempuan	Perempuan	Perempuan
3	Pendidikan Terakhir	Spesialis Anestesi FK.UJ	DIII Keperawatan	DIII Keperawatan	Spesialis Anestesi	DIII Keperawatan	DIII Keperawatan
4	Lama Bekerja di RS	5 th	13 th	20 th	17 th	21 th	21 th
5	Lama Bekerja di ICU	5 th	7 th	5 th	17 th	14 th	7 th
6	Jabatan	Kepala Instalasi	Kepala Ruangan ICU	Perawat ICU	Kepala Instalasi	Kepala Ruangan ICU	Perawat ICU
7	Pelatihan yang pernah diikuti	-	Pelatihan ICU RSCM	Pelatihan ICU RSCM	-	Pelatihan ICU RSCM	Pelatihan HD RS. Cikini

Mengenai Struktur Tugas

Nara Sumber	Struktur tugas
NS 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. " Belum merata, belum efisien karena situasi. Beban pekerjaan terlalu berat, capek, istirahat sedikit" 2. "Ada SOP Lengkap, tertulis semua, karena kan kita sudah ada protapnya. Semua yang kami anggap penting lah. Kalau dianggap lengkap sekali juga tidak, kalau dibandingkan dengan RS pendidikan, tapi belum sempurna, tapi cukuplah. Sebetulnya perlu disempurnakan, tapi saya kesulitan tenaga dan waktu " 3. "Tiap shift 3 perawat" 4. "Lumayan. Walaupun belum sesuai dengan keinginan saya, masih banyak yang perlu dilatih, tapi realistis lah, karena dia perawat dari ruangan yang juga sambil magang ke ICU, jadi sambil saya latih. Di sini sambil memberi ilmu, pelatihan yang belum benar dibetulkan. Jadi belum sesuai dengan yang saya inginkan, tapi keadaannya kaya gitu, gimana, banyak yang perlu dibenahi, contohnya kompres, saya maunya selesai tapi perawat begitu, ya udah ,pelan-pelan dibenahi. Kemudian reagentasi nutrisi, seharusnya selesai operasi harus cepat, kadang-kadang kalau saya lupa ternyata masih dipusakan sampai siang 5. "Saya pikir bagus. Sudah berjalan organisasinya, dari atas sampai ke bawah. Dari mulai bagian keperawatan , bagian kodik" 6. "Mereka bebas memberitahu, tapi meraka tau diri, tau batasan-batasan, biasanya suruh tunggu dokternya untuk mengetahui keterangan lebih lanjut" 7. "Ada kendala komunikasi. Saya tekankan komunikasi ke keluarga pasien, termasuk jangan cemberut aja " 8. "Mungkin lelah " 9. "Diberikan pengertian mengenai komunikasi. Dalam pertemuan, perawat dinasehati, untuk lebih ramah pada pasien, terutama pada saat menutup gordyn saat mau melakukan tindakan pada pasien, minta izin pd keluarga pasien " 10. "Harapan saya, agar mereka selalu mengikuti uraian tugas, tapi tidak 100 %, tapi sampai saat ini masi cukup memuaskan "
NS 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Masih belum optimal, masi ada kurang, untuk pagi, masi tumpang tindih" 2. "SOP : sudah lengkap, bisa dipahami oleh staf. Staf (perwakilan) dilibatkan untuk pembuatan"

3. " 1 shift 2-3 orang "
4. " Iya, karena kam sebelum masuk ICU, mereka sudah rooling sebelumnya "
5. " Secara keseluruhan, cukup baik "
6. " Sesuai dengan tugas wewenang perawat, kalau tindakan medik, medik yang menjelaskan, kalau tindakan keperawatan , ya perawat yang menjelaskan. Ada batasnya "
7. " Saya sebagai Ka.Ru tapi memegang hal-hal yang bersifat teknis, oleh sebab itu, kerja saya jadi 50:50, harusnya saya 75% manajerial, teknisnya 25 % aja. Masih ada masalah sih. Terutama untuk teman-teman yang harusnya bertanggung jawab shift, tapi dia tidak pegang fokus 1 pasien, pasien dia monitoring tigatiganya, tp ini masih berjalan, masih saya libatkan , kamu merangkap ini ya. Masih kaya gitu sih, kadang-kadang "
8. " Mengenai tugas yang merangkap, misal seperti saya, sebagai Ka.ru, masih memegang hal-hal yang bersifat teknis. Misal teman-teman yang tidak megang shift, merangkap kerja juga "
9. " Sedang diusahakan penambahan perawat, 3 bulan ke depan kita akan tambah "
10. " Dengan cara membenahi rasio yang tadi "

NS 3

1. " Ka Ru, pelaksana sudah jelas "
2. " Ada, lengkap "
3. " Pagi sore malam, pasien 1:1 Waktu saya yang pegang masih 2 bed. Sore 2, pagi 2, malam 2, sisanya pelaksana & Ka.Ru "
4. " Semua harus belajar, yang baru & belum bersertifikat, harus belajar. Yang sudah pelatihan, harus mengajarkan "
5. " Semua sudah terlaksana dengan baik, masing-masing sudah tau tugasnya "
6. " Sebatas tentang asuhan keperawatan. Kalau mengenai medis, saya suruh tunggu dokter. Takut salah mengkomunikasikan "
7. " Sejauh ini tidak ada, ya karena kita sudah tau, sebatas mana yang harus dilakukan "
8. " Ya karena sejauh ini tidak ada masalah, karena walaupun sampai ada masalah kecilpun langsung kita follow up "
9. " Ya itu.. sebisa mungkin langsung kita follow up "
10. " Semua sudah terlaksana dengan baik, masing-masing sudah ada tugas. Untuk 1 RS, dan ICU sendiri "

Mengenai Pola Kepemimpinan

Nara Sumber	Pola Kepemimpinan
NS 1	<p>1. "Kekeluargaan, saya anggap ini tidak seperti memimpin direktur ke bawahan. Kalau saya sih, seperti rekan kerja aja. Jadi pola kepemimpinannya kekeluargaan, demokratis. Awalnya mereka takut, ga suka sama saya. Dengan mereka takut, mereka tidak mengharapkan kehadiran saya, mereka merasa, kalau saya datang, ada saja hal yang salah. Dulu saya disangka galak, tapi akibatnya saya ditegur oleh Ka. Ru , karena saya dipiktr gatak"</p> <p>2. "Atasan? Pihak RS? Ya, baik-baik saja"</p> <p>3. "Baik, saya bisa dihubungi 24 jam, kapanpun, dimana pun "</p> <p>4. "Morning briefing : untuk kepala ruangan . Kadang komunikasi lewat telpon, paling sering lisan, melalui diskusi. Misal ada kasus yang semalam terjadi. Kalau laporan, hp saya 24 jam, kapan pun bisa hubungi saya.</p> <p>Kalau laporan tertulis, ada di status, 3 kali sehari. Walaupun saya tidak pernah cek di status, tapi kam saya sudah melakukan secara lisan"</p> <p>5. "Hambatan komunikasi, kalau ada perawat baru, "</p> <p>6. "Kadang masih ada barrier karena sungkan, seperti ada junioritas"</p> <p>7. "Cukup diberitahu, bahwa di ICU tidak ada senioritas, junioritas, harus saling bantu lah, saling komunikasi"</p> <p>8. "Yang penting, semua tau bisa menepatkan diri, bahwa, kalau kita mimpin supaya ICU berjalan baik, profesional sesuai dengan tugas masing-masing"</p>
NS 2	<p>1. "Kekeluargaan. Lebih ke demokratis juga"</p> <p>2. " Lancar, karena dr. Teguh, walaupun sudah pulang, tapi selalu bisa dihubungi 24 jam"</p> <p>3. NS adalah Ka.Ru</p> <p>4. "Baik dengan dr. Teguh atau dr. Lusy, komunikasi berjalan baik, meskipun per telpon "</p>

	<p>5. "Misal, saat aplusan, secara lisan kita menyampaikan dosis obat jumlahnya sekian, tapi kadang ada salah pengertian"</p> <p>6. "Mungkin human error, bisa kelelahan kerja"</p> <p>7. "Kita lebih memilih untuk komunikasi secara tulisan (laporan) untuk obat-obatan yang dipakai"</p> <p>8. " Menurut saya sudah baik ya, Ka. Instalasi sudah sangat demokratis, semoga bisa selalu dijadikan contoh oleh perawat-perawat"</p>
NS 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Demokrasi" 2." Baik" 3. "Baik" 4. "Baik, lancar " 5. "Tidak ada, dokter disini bisa di hubungi 24 jam" 6. "Tidak ada masalah " 7. "Tidak ada masalah " 8. "Sudah lancar , baik, sebaiknya dipertahankan lah, kepemimpinan seperti beliau"

Mengenai Penghargaan

Nara Sumber	Penghargaan
NS 1	<p>1. Kadang-kadang saya lupa, harusnya ini selalu diingat ya, mengenai penghargaan, rasa kepuasan mereka. Mungkin saya tidak banyak menyanjung, harusnya kalau pekerjaannya bagus saya puji, tapi hanya kejelekan</p>

saja yang saya ingat. Harusnya kalau pasien sembuh, penghargaan secara umum saya memberikan. Contoh, pasien dsf, banyak sekali yang masuk, tapi angka kematiannya kecil sekali, terus terang, saya sendiri kagum dengan mereka. Pasien yang saya prediksi akan out, ternyata bagus pindah ruangan. Walaupun dengan sekele, tapi paru-parunya bersih tidak jadi sepsis, saya salut dalam hati, kadang-kadang ya memang penghargaan itu harus diberikan walaupun dalam lisan. Misalnya dalam pertemuan/diskusi, jadi mereka semangat.

2. Rata-rata sudah menggunakan hak cuti tahunan. Cukup bagus. Kalau untuk dokter agak longgar, artinya masi bisa curi-curi, misal ada simposium, anggap sambil cuti. Tapi untuk perawat sesuai dengan aturan cuti tahunannya

3. Yang ini saya tidak tahu. Tidak tahu gajinya berapa, tapi yang jelas perawat disini sebagian besar non pns. Jadi terus terang saya tidak tahu.

4. Belum ada. Paling hanya duitel (duit telat)

5. Maksudnya dia protes, karena gajinya kurang. Kalau dah akhir bulan, mengeluh, duit dah abis. Nunggu atm bank dki, blm turun. Itu biasa.

6. Ya, masalah itu kan biasa.

7. Diberi pengertian, itu wajar, kalau duit habis, tidak cuma perawat aja.

8. Sebetulnya kalau menurut saya, harus ada gradasi antara beban kerja dengan reward. Harus ada rewardnya, seperti bonus, tapi saya kan tidak mengelola reward, harusnya itu urusan RS. Bukan dibebankan kepala instalasi / Ka.Ru, karena kita sudah pusing dengan mengurus klinis.

NS 2

1. Saya rasa penghargaan hanya sebatas gaji, insentif. Belum ada penghargaan bersifat lain.

2. Dulu kita memang ya.. ngajuin cuti ya udah. Tapi bulan kemarin ke depan, kita udah bikin planning cuti, sudah ada pengaturan. Misal, kita udah tawarin cuti untuk tahun depan, mau bulan apa. Udah kita atur. Jangan sampai yang udah cuti bulan ini, cuti lagi bulan depan. Kecuali kalo tidak ada yang ambil. Kemaren-kemaren memang kita ga bikin planning jadi ada yang angus . Misal, jatah cuti 2007 diambil 2008. Kalo sekarang kita mau 2007 ya 2007. Jadi Mei-April ya. Kemaren-kemaren emang kadang-kadang Juni pun diambil dari yang tahun kemaren, daripada angus. Kalo sekarang nggak, Mei-Juni-April, cut. Jadi kalo angus, ya salah sendiri, sudah ditawarin

	<p>3. Hanya pujian. KI dutel (duit telat) , hanya merupakan cambuk saja. Karena kemaren-kemaren angka telatnya lumayan, alasannya amak, dengan dutel hanya menurunkan angka telat aja. Sedikit berhasil. Itu uang dari kita untuk kita, ngga kemana-mana.</p> <p>4. Belum. Hanya wacana. Belum ada program ke arah sana. Kalau dulu ada perawat favorit, tapi sekarang berhenti.</p> <p>5. Itu tadi, belum sesuai ya, karena masih wacana</p> <p>6. Itu berkaitan dengan RS ya, kebijakan-kebijakan, bagaimana lebih menghargai perawat.</p> <p>7. Belum ada tindakan, karena penghargaan dan sanksi juga masih wacana</p> <p>8. Memang harus dijalankan. Sebenarnya penghargaan itu dalam bentuk pelatihan, tapi itu tidak full penghargaan. Itu adalah program. Karena itu kewajiban kita sebagai pengelola ICU untuk memberikan pelatihan, bukan merupakan penghargaan.</p>
NS 3	<p>1. Paling hanya ucapan. Kalau penghargaan tidak ada. Hanya Ka.Ru kasih support aja. Dulu ada waktu ultah keperawatan. Cuma sekali-sekalinya, tapi sudah lama sekali. Pemilihan perawat terbaik, tapi untuk seluruh keperawatan di RS, bukan masing-masing unit dilihat dari kehadiran, penampilan, nanti dinilai oleh teman-teman perawat, nanti baru ditentukan.</p> <p>2. Kita pertahun, 12 hari kerja. Tidak boleh meleset Desember ke depan. Sudah sesuai dengan aturan. Kalau misalnya ada yang cuti melahirkan/ pendidikan ke luar (RSCM), tidak bisa 2 orang yang cuti. Biasanya ada yang mundur cutinya.</p> <p>3. Belum. Masih jauh. Poin kita sangat kecil, insentif kita sangat kecil, tidak sebanding dengan faktor stressor kita yang sangat tinggi, dibandingkan unit lain.</p> <p>4. SP I,II,III. Tapi SP kalau kesalahan fatal banget. Kalau masalah kecil hanya teguran Ka.Ru, tapi kalau itu berulang biasanya Ka.Ru akan melimpahkan ke koodinator, nanti akan dipanggil, baru dikasih SP I</p> <p>5. Ada keluhan-keluhan merasa tidak puas, dengan kebijakan-kebijakan, segala reward mestinya sesuai dengan tindakan yang kita lakukan. Entah berupa uang atau apa, itu tidak terjadi, mestinya per ruangan</p> <p>6. Mungkin dari pihak RS sendiri, yang belum memperhatikan tentang penghargaan dan sanksi.</p>

	<p>7. Sudah dibicarakan, tapi ya belum ada perhatian dari RS</p> <p>8. Harusnya dipikirkan, per ruangan ada reward sesuai. Sebenarnya harus dilihat dari tingkat stressor. Beda critical care & non critical care. Tapi kita terima apa adanya. Kita hanya dapat point intensiv berapa % dari ruangan, sekitar 30-40rb per bulan. Karena sistem RS memang sudah begini.</p>
--	---

Mengenai Ketersediaan Sarana Kerja

<p>Nara Sumber</p> <p>NS 1</p>	<p>Ketersediaan Sarana Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurut saya sudah bagus, tercatat semua. Yang mengelola staff, melalui kepala ruangan, yang mendata itu semua. Menurut saya sudah berjalan dengan baik. Karena sebelumnya kan saya di Kalimantan, yang belum terakreditasi, kalau disini sudah terakreditasi dan ISO. 2. Cukup sesuai. Karena rontgen mobile, sudah rusak, karena dana ga ada, tidak dibetulin, milik icu&cvcu. Kita kembalikan ke bagian perlengkapan. Nanti mereka akan menghubungi perusahaan rekanan, missal : AC sentral dah tidak dingin, akhirnya di dalam dibantu dengan AC split, itu pun dapatnya 2 tahun, sebelumnya panas. Sehingga pasien tidak nyaman. Terus kalau pasien demam, saya inginkan suhu turunkan, kadang saya buatkan arahan pakai karton, supaya arahan ke pasiennya untuk memudahkan evaporasi, kl dia anget, susah. Kalau pamanas, ada. Tapi pendingin ga ada. Kalau pasien suhu tinggi, selain di compress, suhu ruangan di rendahkan 3. Tidak ada masalah. Di ICU ini, setiap hari dikunjungi oleh petugas farmasi, lemari obat & peralatan akan selalu di cek ada petugas dari farmasi yang akan datang. Misalinya, dapat laporan dari perawat yang malem akan diganti. 4. Cukup 5. Ada petugas cleaning service, untuk di selasar, lumayan lah. 6. Yah.. bisa dilihat sendiri
--------------------------------	---

	<p>7. <i>Cukup nyaman</i></p> <p>8. <i>Sering di cek oleh IPRS</i></p> <p>9. <i>Sudah dijawab sebelumnya (no.2)</i></p> <p>10. <i>Sudah dijawab sebelumnya (no.2)</i></p> <p>11. <i>Kita sudah usaha mengajukan ke RS, tapi memang agak lama ya</i></p> <p>12. <i>Bagian per-lengkapan, IPRS</i></p> <p>13. <i>Semoga, suatu saat nanti, peralatan menjadi lengkap, perawatan lebih baik.</i></p>
<p>NS 2</p>	<p>1. <i>Inventarisasi berjalan baik, perawat sudah ada tanggung jawab masing-masing</i></p> <p>2. <i>Rontgen mobile kita ga ada, infuse pump kalau lagi ngadat, saya tinggal ambil di CICU, tp kl penuh semua, ya kita pakai manual. Kynya infuse pump, kl bener2 ga ada lagi , ya kita manual.Kl ada yg rusak ya ga kita paksain utk dipake.</i> <i>Kalau alat yang rusak, berpengaruh terhadap akurasi. Jadi pasti tidak kita pakai ya.</i></p> <p>3. <i>Ada, kita selalu cek.</i></p> <p>4. <i>Baik</i></p> <p>5. <i>Baik</i></p> <p>6. <i>Khusus untuk perawat memang belum ada, adanya di luar ICU</i></p> <p>7. <i>Saya sebenarnya dah punya back up AC, tapi sekarang saya ga ngerti juga. Saya pake selang seing. Pasien banyak, kadang-kadang kalau kedinginan banget, perawatnya ngga mau.</i></p> <p>8. <i>Cukup baik. Belum pernah ada kejadian yang disebabkan karena masalah listrik kok.</i></p> <p>9. <i>Rontgen mobil, itu punya radiologi, sangat vital. Kalau untuk Rontgen, kalau memungkinkan ya turun ke bawah untuk foto, tapi kalau tidak memungkinkan ya apa daya.</i></p>

	<p>10. <i>Saya juga ngga ngerti, apakah karena mahal, ato gimana.</i></p> <p>11. <i>Ya, seperti yang tadi, kalau memungkinkan ya turun ke bawah, kalau tidak memungkinkan ya apa daya.</i></p> <p>12. <i>Sama-sama lah, perawat dan IPRS</i></p> <p>13. <i>Mudah-mudahan, peralatan disini makin lengkap, fasilitas kerja perawat juga makin diperhatikan, kita kerja enak, jadi kita kasi pelayanan ke pasien lebih total</i></p>
<p>NS 3</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Kita punya buku inventaris, ada P.J. inventaris alat ada P.J, inventaris alkes, inventaris non alkes. Ada barang pinjam/hilang, lapor ke bagian inventaris.</i> 2. <i>Lengkap. Kita sudah sesuai standar yang berlaku.</i> 3. <i>Seminggu sekali. Setiap Selasa/Kamis</i> 4. <i>Baik, cukup</i> 5. <i>Baik, cukup</i> 6. <i>Harusnya di dalam, kita masih diluar, dimana-mana, kamar mandi di dalam. Tidak ada fasilitas yang menunjang untuk perawat</i> 7. <i>Sekarang udah cukup, karena pakai ac split</i> 8. <i>Sudah cukup</i> 9. <i>Tidak ada yang besar sekali, cukup lah</i> 10. - 11. <i>Kalau pagi-pagi Ka Ru mengecek semua, cek alat, cek ketenagaan, ada yang rusak/tidak. Kebetulan kita punya barang kan melebihi kapasitas bed, jadi kalau ada yang rusak, langsung ada pengganti. Kalau ada yang kurang, kita langsung ke IPRS</i> 12. <i>Sudah berjalan</i>

Mengenai Desain Pekerjaan

Nara Sumber	Desain Pekerjaan
NS 1	<p>1. Sudah bagus.</p> <p>2. Bagus. Karena tiap pergantian, selalu ada diskusi. Kalau ada masalah, diskusi dengan saya, mau gimana dengan pasien ini. Tiap pergantian shift ada laporan timbang terima distuliah terjadi komunikasi, kita disini kekeluargaan termasuk bagus. Ada kasus kecil/masalah kecil diantara perawat, kita semua tau.</p> <p>3. s.d.a</p> <p>4. Makin hari makin berat, karena kebutuhan orang kan kasus makin banyak disini, multidisiplin, bedah saraf 2 tahun terakhir ada disini, pasien mulai banyak, operasi macam-macam dari berat sampai ringan, buat dokter & perawat harus selalu mengasah otak, makin terampil, makin pintar, karena kasus makin banyak. Sebenarnya, idealnya, ICU ditangani oleh intensivist, sekarang ini saya menjadi intensivistan. Kalau pengalaman, saya megang ICU sudah lama, 6 tahun.</p> <p>5. Kalau saya nilai, mereka baik, disiplin, loyalitas untuk pekerjaan bagus, contohnya, masalah jam datang, kalau terlambat 1 menit pun, mereka bikin peraturan sendiri, masukin uang Rp. 3000, ada di kotak dekat komputer. Nanti uang masuk ke kas. Itu para perawat sendiri yang bikin, tidak ada campur tangan saya.</p> <p>6. Ratio bed & perawat 1:1, sekarang 3 bed full, pasien op disini seperti di RSCM, eclamsi tinggi, health syndrome tinggi, tiba-tiba datang ada eclamsi, saya tidak bisa tolak, karena kejang, itu protap masuk ICU. Kalau dah penuh, kita rujuk ke RSCM, tapi pasien ga mau, mau nya di Pasar Rebo.</p> <p>Misal, bed masi sisa, tapi perawat sudah pas. Akhirnya saya bilang, tolong ya, ini beban kerja lebih berat, kadang kalau ada duty manager, saya minta tolong tambahan perawat selama ada pasien tambahan, tapi kalau tidak ada tambahan perawat ya terpaksa, 4 bed 2 perawat. Kecuali untuk kasus insidental baru 1:1</p> <p>7. Kurang tenaga perawat</p> <p>8. Harapan saya, harus ada pembagian kerja yang seimbang, yang sesuai dengan jumlah tenaga. Kalau untuk perawat, desain sudah bagus, tapi untuk dokter anastesi, belum ideal, biasanya masalah orangnya, sulit diterima, biasanya dokter spesialis tau lah, tidak mau jaga cyto, tidak mau diganggu, kalau saya lagi di</p>

<p><i>kamar kecil pun, kadang sambil terima telpon, lagi ngapain juga, harus siap dipanggil, karena akan terus dicari, dimana pun.</i></p>	<p>NS 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah tidak ada masalah. 2. Cukup. 3. Berjalan baik, kita ada buku apusan 4. Saling cek kondisi pasien, ada masalah apa, penyelesaiannya gimana, komunikasi lah yang penting 5. Masing-masing sangat berkomitmen untuk melakukan tugas dengan sebaik-baiknya, supaya kondisi pasien juga membaik 6. Masalah komunikasi. Kalau ada laporan kasus, saya maunya ada bukti langsung, seperti bukti perintah. Sebenarnya standart kita di RSUD, sudah cukup. Hambatan, tidak ada, karena 24 jam disini. Kalau tidak ada saya, kan ada dokter jaga. Biasanya yang pagi ngapulin yang malam, kalau ada masalah, langsung di follow up saat itu juga, jadi bisa langsung diperbaiki. Kalau di ICU, tidur gantian, kadang ada yang keablasan tidur, maka kita tegur langsung. Kalau untuk kasus besar, kita presentasi, ada bimbingan. 7. Kurang komunikasi 8. Sudah cukup, tapi komunikasi antar perawat harus ditingkatkan
<p>NS 3</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cukup sesuai 2. Kita punya buku apusan, operan, serah terima timbang pasien ada bukunya 3. Saling mengkomunikasikan kondisi pasien, saling evaluasi 4. Tinggi banget. Masuk pasien kadang-kadang keadaan pasien tidak sadar/koma, apalagi kalau perdarahan hebat, suatu tantangan, bagaimana pendarahan berhenti, pindah ke ruangan kalau dengan pindah ke ruangan, suatu kebahagiaan. Membuat kita terpacu. 5. Tinggi banget, saya malah tidak suka megang ruangan. Saya mendingan pegang ICU. Rasa memiliki di ICU sangat tinggi, jadi kalau kita ada masalah, tidak langsung down, kita akan selalu menyemangati. Kita lebih bangga jadi orang ICU. Dokter-dokter juga lebih menghargai perawat ICU. Awal-awal masuk ICU pasti stressor tinggi, lama-lama nggak.

	<p>6. Kalau kondisi pasien lagi jelek, stressor tinggi</p> <p>7. Beban kerjanya tinggi</p> <p>8. Harusnya ada tentang evaluasi kerja, lebih bagus dalam bentuk kuisioner, harusnya tiap 6 bulan sekali</p>
--	--

Mengenai Pendidikan dan Pelatihan

Nara Sumber	Pendidikan dan Pelatihan
NS 1	<p>1. Dalam bentuk diskusi, pemberian materi (seperti kuliah). Tanya jawab, setiap ada masalah didiskusikan. Waktunya setiap saat (tiap pertemuan). Misal kita tunjuk salah satu dari perawat untuk memberi materi tentang kasus, selain itu saya dan dr. Iusi memberi pelatihan.</p> <p>Dari RS ada program pelatihan. Dari kita yang minta, yang rutin adalah, kami mengirim secara periodic kalau ada pelatihan di RSCM, sekarang ada 1 perawat selama 1 bulan ikut pelatihan. Kalau ada anggaran, saya minta 1 tahun 2 kali perawat dikirim pelatihan, supaya 2 orang dikirim. Target saya semua perawat ikut pelatihan. Bulan depan ada seminar dari perdisi, biayanya kita cari dari sponsor obat.</p> <p>2. Training internal : tiap rapat bulanan (minimal 2 bln sekali) Nanti Ka Ru memberi tugas pada salah satu perawat untuk membawakan tentang Askep. Di rotasi, tiap perawat dapat giliran.</p> <p>Dalam rapat bulanan, setiap perawat hadir, bahkan yang sedang tidak jaga.</p> <p>Ada absensi kedatangan. Kalau perawat belum puas, masih bisa tanya saya, kapanpun</p> <p>Training eksternal bisa berupa symposium, pelatihan.</p> <p>Karena masalah dana & kesempatan tidak banyak, jadi hanya 1 tahun sekali. Menurut saya, belum ideal. Mestinya, tiap orang 1 tahun sekali berangkat.</p> <p>3. Ya, tapi seharusnya ICU punya intensivist</p> <p>4. Symposium, pelatihan, tapi sudah jarang</p>

<p>5. Dalam ruang lingkup ICU, baik ya</p> <p>6. Saya kurang atu, silahkan ke Ka.Ru</p> <p>7. s.d.a</p> <p>8. Diklat harus lebih terprogram rutin ya,</p>	<p>NS 2</p> <p>1. Untuk sementara, jumlah training sudah cukup.</p> <p>Training ada in house, program dari pengembangan setiap hari kamis, kemudian dari nosokomial infeksi sebulan sekali. Tapi kita tidak punya program itu, tidak punya pencatatannya. Maksudnya minggu ini giliran siapa, jadi saya mengikuti dari situasional saja.</p> <p>Tapi mereka (perawat yang ikut in-house training) tidak bertanggung jawab untuk menjelaskan kepada teman2 yang tidak ikut training. Kalau di ICU, diklat sudah terprogram, selektif, hanya orang-orang yang memenuhi syarat yang akan ikut. Hambatannya, karena ini bukan kita yang menyelenggarakan, yang menyelenggarakan adalah bagian pengembangan, misalnya tentang customer service, kadang-kadang belum berjalan. Misalnya saya udah rencanain, ternyata di bagian pengembangan, belum mulai. Alasannya cari dana, cari orang lah (pembicara) . I tahun bisa 6 org yg ikut.</p> <p>Kalau disini saya bikin analisa kebutuhan training , masuk di 10 besar kasus, jadi sebulan sekali ada di rapat bulanan.</p> <p>Yang menentukan training : Ka.Ru, kalau yang pelatihan ini di programin lagi. Tiap bulan ada, Yang memberikan training : Ka.Inst. Belum ada dokter luar atau spesialis dari luar.</p> <p>Training ke luar : ICU & Hiperci, Setiap tahun ada 1 orang yang ikut. Kesininya ada 2 orang, Kalau sekarang karena ada perawat yang baru, jadi diatur, yang satu ikut bulan Mei, satu lagi Agustus. Sudah 80% ikut training, karena ada perawat baru, ga mungkin juga ikut kesana. Saya ingin dia 3 bulan dulu disini, baru ikut training.</p> <p>Sebenarnya sudah dibicarakan untuk ikut training di luar ICU, tapi dari dulu, dimana-mana, saya liat ICU itu mengabaikan ACS.</p> <p>2. Sampai saat ini program diklat sudah lumayan, untuk ICU satu tahun 2 kali, karena mahal, kadang hanya 1</p>
---	--

orang yang ikut, karena bisa sampai 8-11 juta.

3. Ya

4. Pelatihan ICU di RSCM

5. Baik

6. Sudah dijawab di No.1

7. Sudah dijawab di No.1

8. Harus sesuai, penawaran program dengan pelaksanaannya, seperti yang tadi saya bilang, pendanaan juga penting ya.

NS 3

1. Untuk ICU, cukup. Tapi untuk keseluruhan keperawatan di RS belum cukup. Di ICU, pelatihan-pelatihan untuk tenaga baru, diajari, duduk bareng, pasien masuk seperti ini. Misal ada kasus, kita berbagi. Sistem di ICU, tidak ada yang goblok, tidak ada yang pintar.

2. 1 tahun 2 kali, tapi karena ada masalah budget, 1 thn 1 x. Pembagian diklat berdasarkan kriteria, sudah berpengalaman, berapa lama di ICU, kalau sudah mampu, jadi baru kita ajukan untuk layak diklat. Yang sudah diklat presentasi kepada teman-teman yang tidak ikut pelatihan.

3. Ya, tentunya

4. - Pelatihan ICU, seminar critical care, bagaimana cara CCRS

- Ada, tapi walaupun tidak, teman-teman malah gampang untuk saling sharing. Karena di sini critical care. Karena di sini, kita harus tau, apa yang harus kita lakukan.

5. promosi jabatan, tidak hanya scoop ICU, tapi promosi secara keseluruhan di RS.

6. Ada gilirannya untuk ikut training, berdasarkan kriteria, tergantung program diklat juga

7. Bisa melalui studi kasus, kita sharing sama dokter juga

8. Kesempatan yang diberikan lebih merata, meluas, baik internal dan eksternal, diklat juga ikut andil.

Mengenai Pola Kerjasama

Nara Sumber	Pola Kerjasama
NS (dr. Teguh)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik, kecuali kalau ada perawat baru, suka sungkan. Seperti yang saya bilang tadi. 2. Bagus 3. Ya kalau saya berusaha sebaik mungkin, kalau perawat juga begitu, kita saling support 4. Saling support 5. Baik, saya kan bisa dihubungi 24 jam 6. Harmonis, karena, dokter disini bisa kooperatif 7. Kadang saya sendiri yang melakukan supervisi. Dilihat perkembangan kemampuan. 8. Ya, untuk memacu kerja lebih baik . Kita ada agenda tetap pertemuan tentang evaluasi klinis & kinerja, kalau ada keluhan saling sharing. Biasanya tiap 2 bulan sekali. Kenapa 2 bulan sekali? Karena budget, ada makan-makan, kalau tiap bulan, bisa tekor. Selain itu mengatur jadwal untuk mempertemukan para perawat susah. <p>Tapi bukan berarti karena 2 bulan sekali, terus masalah tidak selesai ya. Karena saya ada disini terus, setiap hari, jadi pasti saya ketemu dengan perawat, masalah bias diselesaikan. Tapi idealnya pertemuan 1 bulan sekali</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Akan semakin solid, baik antara dokter, Ka.Ru, antar perawat, semakin kompak
NS 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik, disini sangat kompak. Morning briefing : sebenarnya, program nya ada dari kita, tp biasanya dilakukan 1 bln sekali . Situasional. K1 morning briefing yang hadir : yang kerja aja, tidak semuanya hadir 2. Perawat yang senior & junior, kadang-kadang ada rasa sungkan. Harapan kita semua orang harus ngomong. Walaupun ada rasa sungkan, pasti ada, tapi tidak terlalu. Saya motivasi untuk berbicara. Khususnya

	<p><i>untuk yang baru-baru</i></p> <p>3. <i>Pastilah</i></p> <p>4. <i>Sama-sama kita kasih masukan, biasanya tentang komunikasi</i></p> <p>5. <i>Baik</i></p> <p>6. <i>Harmonis</i></p> <p>7. <i>Ya, saya yang mengevaluasi, kadang dr. Teguh juga, kita disini kerja saling-saling.</i></p> <p>8. <i>Untuk ruangan ada supervise, tapi untuk ICU belum ada. Kurang SDM-nya.</i></p> <p>9. <i>Dipertahankan seperti sekarang</i></p>
<p>NS 3</p>	<p>1. <i>Baik</i></p> <p>2. <i>Sangat kompak</i></p> <p>3. <i>Iya, kalau tidak tahu menangani pasien, pasti akan bertanya</i></p> <p>4. <i>Biasa kita saling sharing, saling kasi input,</i></p> <p>5. <i>Kalau kita bahas bersama, kalau misalnya berat, baru kita lapor ke atasan, tapi kalau memang tidak membahayakan pasien, kita selesaikan. Misal, ETT yang terlepas, bisa membahayakan pasien, baru kita lapor ke Ka.Inst. Atau misal pasang bult-buli panas, kompres air panas, tidak dilapisi oleh tissue/kain, akan menyebabkan luka bakar.</i></p> <p>6. <i>Harmonis</i></p> <p>7. <i>Evaluasi dari Ka Ru</i></p> <p>8. <i>Siapapun di ICU, udah ada record, dia baru masuk bisa apa aja, sampai sekarang sudah bisa apa aja. Nanti dilihat oleh kepala ruangan</i></p> <p>9. <i>Semakin kompak ya, saling sharing tentang masalah kerja yang ada,</i></p>

BASIL WM RS. TARAKAN

Nara Sumber	Struktur Tugas
<p>NS 4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya, menurut saya sudah efisien, cukup 2. SOP ada 3. Disini ada 3 bed, jadi tidak mungkin jaga 1 orang, pasti 2 orang, masih kepegang lah pasien. Disini tidak ada perawat yang merangkap tugas. Disini ada 3 shift, kalau ada 4 pasien, nurse nya 2 pasien, tapi kalau pasien yang seperti sekarang tidak masalah, kalau pasien kaya HarKit, 1:1, tp kalau disini 1 nurse: 2 pasien, tidak masalah 4. Ya, cukup 5. Sudah terlaksana dengan baik 6. hanya kewenangan dia sebagai perawat 7. Tidak ada, perawat disini tidak pernah overload 8. Ya karena tidak masalah, saya rasa karena jumlah perawat sudah pas. 9. s.d.a 10. Akan lebih baik lagi, menjalankan tugasnya
<p>NS 5 & NS 6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah cukup. Kita ada tim ,senior-junior, sudah berjalan baik. Lab, kadang-kadang harus perawat ICU juga yang ambil, seperti periksa darah, kadang darahnya hilang. 2. SOP, lengkap, ada

3. *Tiap shift ada 3 orang, senior & junior. Dalam penyusunan shift, kita juga mengatur, dari 3 orang tidak semuanya judes-judes, supaya nanti menghadapi pasien, enak bisa balance.*
4. *Ya,*
5. *Cukup*
6. *Kita hanya menjelaskan ke pasien hanya kondisi saja, kadang-kadang pasien tidak puas, pasien kadang pengen dijelaskan ke dokter, tapi setelah dengan dokter, pengen dijelaskan lagi oleh kita. Kita hanya menjelaskan yang berkaitan dengan keperawatan. Kalau masalah diagnosa, medis, kita kembalikan ke dokter.*
7. *Kadang ada pengalihan tugas, misal ada pasien dari IGD ,diagnosis oedem paru, mau masuk ICU, tapi belum ada Rontgen. Seharusnya pasien yang masuk ICU, sudah lengkap dokumentasinya. Sering terjadi tawar menawar pihak mana yang harus melakukan Rontgen.*
8. *Ada miskomunikasi, antara perawat di luar ICU, belum jelas,*
9. *Follow up, kita sudah sering bersitegang, tapi tidak pernah ada solusinya.*
10. *Untuk di ICU sudah cukup, tapi mudah-mudahan untuk perawat di luar ICU, harus lebih diperjelas.*

Mengenai Pola Kepemimpinan

Nara Sumber	Pola Kepemimpinan
NS 4	<p>1. Sudah baik</p> <p>2. Dengan manajemen, baik-baik saja</p> <p>3. Komunikasi anta shift (operan) , rutin dilakukan</p> <p>Lisan & tulisan, ada bukunya, ada catatan keperawatan</p> <p>Tidak ada hambatan komunikasi amatar senior & junior</p> <p>4. (NS adalah Kepala Instalasi)</p> <p>5. Saya rasa tidak ada</p> <p>6. Tidak ada masalah</p> <p>7. Tidak ada masalah</p> <p>8. Harapan saya, dalam memimpin ICU, semoga dapat memberikan pelayanan terbaik untuk pasien, walaupun pasien disini kebanyakan gakin</p>
NS 5 & NS 6	<p>1. Kalau dari atas, kita merasa seperti anak tiri. Kalau di ICU, demokratis, kekeluargaan.</p> <p>2. NSS: Saya dengan Ka. Inst? Ya , biasa-biasa aja, dengan Ka. Bid juga baik-baik aja.</p> <p>3. NS6 : dengan bu Dehlia, baik-baik aja.</p> <p>4. Ka. Instalasi, tidak pernah datang. Kalau Ka. Ins yang dulu, care, 24 jam bisa dihubungi. Kalau Ka. Instalasi yang sekarang (6 bulan terakhir) tidak care. Jangankan care sama kita, care sama pasien saja tidak. Dari statusnya pun juga jarang cek. Kita disini hanya mengikuti perintah kapten (dokter yang konsul)</p>

	<p>5. s.d.a</p> <p>6. Karena jadwal dokter, mungkin.</p> <p>7. Kita mengikuti perintah kapten aja.</p> <p>8. Satu aja, supaya Ka.Instalasi lebih care, terutama sama pasien dan kita para perawat.</p>
--	--

Mengenai Penghargaan

<p>Nara Sumber</p> <p>NS 4</p>	<p>Penghargaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penghargaan ya dari RS, sebatas gaji, saya kurang tau kalau ada yang lain 2. Cuti: disini masih bisa nego, bisa diatur. 3. Ya, kan RS negri, dicukup-cukupi. 4. Saya rasa belum diterapkan, saya kurang tau 5. Reward & punishment : tidak berjalannya harusnya ada. Tapi kalau di RS negeri sulit, kita mau memberikan punishment, punishmentnya apa, kita bisa apa, tidak bisa. Karena untuk mengeluarkan punishment kan jenjangnya banyak. Kan harus ada teguran lisan, kebutuhan SDM bagaimana, kalau di swasta keluar-keluar, yang masuk banyak, di RS negri tidak bisa. SP 1,2,3 tidak ada disini. 6. Belum ada kebijakan RS yang jelas tentang penghargaan
--	---

<p>7. Selama kalau ada masalah ya kita beri teguran saja</p> <p>8. Harusnya ya diterapkan sistem penghargaan dan sanksi.</p>	<p>NS 5 & NS 6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penghargaan atas hasil kerja belum ada, tapi kalau penghargaan berbentuk gaji, kita kecil. 2. Kebetulan kita semua disini muslim. Sistem cuti tahunan, kita pakai kocokan. Karena semuanya muslim, dikocok dudu yang dapat lebaran, dituar itu, misal bulan Januari minggu I,II,III,dst. Kalau memang tidak sesuai, kita change aja, jadi urusannya adalah kita dengan yang bersangkutan. Bisa dikompromi. 3. Imbalan , gaji. Income ICU paling kecil. Dulu kita ada tambahan, mestinya, dilihat dengan bobot kerja, stressor. Sudah pendapatan sedikit, gol III, dipotong pajak. Kalau mengingat penghasilan akan sedih, tapi kita selalu dibawa enjoy aja, kalau dipikir-pikir disini kita kerja rodi. Kita menjalankan pekerjaan disini dengan jujur & ikhlas. Bisa dilihat dikepegawaian, absen perawat ICU, selalu full, kecuali bulan Mei kemarin, ada 4 perawat kena varicella. 4. Punishment : yang bermasalah akan jadi jagut (utk di ruang lain) karena di ICU dikenal disiplin, jadi tidak ada yang pernah Jagut. Disini, punishment, aneh-aneh, ada perawat IGD, yg tidak pernah masuk, tapi didiemin aja. <p>Di RS, kita absen ada hand key di lantai 1, tapi di ruangan kita juga ada. Kita slalu ngingetin temen untuk handkey, karena akan potong gaji, bermasalah sama HRD.</p> <p>Yang idealnya, kalau ada kesalahan dibikin SP 1,2 yang benar-bener, walaupun mutasi, jangan mutasi yang enak, harus dibikin shock terapi, yang bikin supaya termotivasi lebih baik. Ada perawat yang jelek, dimutasi ke ICU, keluar dari ICU, kerjaan sudah bagus, tapi masuk ke lingkungan semula, jadi kembali jelek lagi. Karena kalau di ICU, solid, perawat senior</p> <p>Jadi, penghargaan dan sanksi belum diterapkan dengan baik.</p> <p>5. Sebenarnya, bukan masalah besar ya, tapi kalau ada penghargaan atas hasil kerja kita, di luar gaji ya, itu akan bikin kita lebih semangat kerjanya.</p>
--	---

	<p>6. Ya itu tadi, belum ada ketentuan yang berlaku, tentang penghargaan</p> <p>7. Kita sih, tetep dibawa enjoy kerjanya</p> <p>8. Harapannya pihak RS/ ICU lebih memerhatikan & menjalankan sistem penghargaan & sanksi dengan baik.</p>
--	---

Mengenai Ketersediaan Sarana Kerja

<p>Nara Sumber</p> <p>NS 4</p>	<p>Ketersediaan Sarana Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk inventarisasi, saya tidak begitu tau. Ada lah yang bertanggung jawab 2. Kelengkapan & pemeliharaan alat, tidak lengkap : <ul style="list-style-type: none"> - Infuse pump, syringe seharusnya jatah 1 pasien bisa sampe 6, misal nya 3 bed, berarti kita harus punya 18 syringe donk, minimal 12 syringe lah ya. - Infuse pump ada tapi 1 atau 2. Sangat kurang - Ventilator harus di kalibrasi - Rontgen mobile tidak ada, biasanya pasien dibawa ke radiologi 3. Kalau alat habis pakai, cepet stocknya 4. Baik 5. Untuk kebersihan, seinget saya, kita selalu menang. 6. Kurang ya, letaknya juga agak jauh. 7. Suhu ruangan, pas lah. Penataan ruang di ICU sendiri sudah cukup, tapi memang jauh menuju ruang lain, agak lain sendiri
--	--

	<p>8. Cukup baik</p> <p>9. Ya, namanya juga RS negeri, beda dengan swasta.</p> <p>10. Saya rasa karena masalah dana</p> <p>11. Kita ga bisa apa-apa, ya pakai saja yang ada. Semisal, probe yang rusak, selama masih bisa dipakai ya kita plester saja</p> <p>12. - Perawatan peralatan oleh perawat, setelah semua sudah dirapihkan disini baru dibawa ke iprs, jadi orang IPRS terima beres. - IPRS cuma spesialis bongkar, tidak bisa pasang, harusnya ICU punya gudang/ bagian sendiri jadi kalau ada yang rusak, sudah ada yang ready.</p> <p>13. Harapan pasti alat-alat lebih lengkap & maintanance nya, tapi mau bagaimana RS mau menyediakan, karena pasien disini susah, untuk makan saja susah, gakin.</p>
<p>NS 5 & NS 6</p>	<p>1. Inventarisasi, dibagi-bagi. Per 3 bulan, tanggung jawab si A, lalu si B. Kita sudah ada SOP penggunaan alat, yang membuat manager, kebanyakan ide kita. Karena kita yang mengerti sehari-hari, kita yang tahu step by stepnya. Kalau pihak manajemen yang bikin, kadang tidak berurutan, kesian yang junior nantinya untuk mengikuti SOP yang tidak berurutan.</p> <p>2. ICU mulai 1991, sampai sekarang alat masi sama aja, sekalnya ada yang baru, kemarin Depkes kasi monitor, buatan america katanya, tapi cuma 2x pakai, abis itu good bye. Tidak bisa dipakai, terus-terusan</p> <p>3. Agak lama ya, untuk dipenuhi</p> <p>4. Cukup baik</p> <p>5. - Untuk kebersihan, kita juara terus. Terakhir 3 tahun lalu, sekarang mau ada lagi. - Tidak ada fasilitas cuci tangan untuk perawat. Karena perawat tidak mau campur dengan keluarga pasien, akhirnya, saluran air untuk ke wastafel, kita matikan.</p>

6. WC nya jauh, kondisinya nanti bisa dilihat sendiri.
7. Cukup
8. Cukup baik
9. Alat yang blm ada syringe pump, dulu ada . Kalau lagi jalan ya jalan, kalau eror ya eror. Servo 900, dapat dari gudang.
 - Harusnya ada kalibrasi, setelah berapa kali pakai, kita mau langkah ke bagian maintenance aja udah susah, kita kasih waktu 2 hari, mestinya sudah ada perbaikan, tapi sampai berminggu-minggu pun tidak ada tanggapan, kita tidak tahu masalahnya dimana, sekarang harus melalui prosedur. Kalau dulu, kalau ada kesulitan, langsung telp ke perusahaannya.
 - Rontgen mobile tidak ada : boro-boro, kalau kita mau Rontgen, transportasi disini aneh, melalui gang, prihatin, akses menuju ke radiologi. Biasanya saya kalau harus mengantar pasien ke Radiologi, minta keterangan hitam diatas putih, karena saya tidak mau ambil resiko, kalau terjadi apa-apa dengan pasien.
 - Karena kalau terjadi apa-apa, kita juga yang kena sama keluarga pasien.
 - Sterilisasi ventilator, kita aja bersihkan pakai bayclean. Jadi kita pinter2 aja.
 - Yang kita butuhkan adalah fasilitas, seperti dulu, handscoon, kita sampai demo, masa untuk dapatkan handscoon susah sekali
10. Kita tidak tahu. Mungkin tidak ada dana
11. Sejauh ini, kita sudah mengajukan ya, untuk pengadaan, tapi belum ada tanggapan. Kita pakai yang ada aja , semaksimal mungkin untuk pasien
12. Kita bersih-bersihkan, nanti dikirim keIPRS.
13. Lebih dilengkapi, RS harus lebih memperhatikan.Baik itu peralatan maupun fasilitas kerja untuk perawat

Mengenai Desain Pekerjaan

Nara Sumber	Desain Pekerjaan
<p>NS 4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Memang kompleks, dokter maupun perawat harus yang berpengalaman</i> 2. <i>Sudah berjalan dengan baik.</i> 3. <i>Kadang saya cek juga, kalau sedang tidak banyak operasi</i> 4. <i>Tantangan sangat tinggi, kebanyakan kondisi ketika masuk kesini sudah drop/jelek, karena pasien gakin, kurang perhatian kesehatan, karena untuk makan saja susah, apalagi kesehatan. Bagaimana caranya kita melayani mereka, supaya kondisi membaik.</i> 5. <i>Untuk perawat, komitmennya tinggi, kompak</i> 6. <i>Sampai saat ini tidak ada masalah</i> 7. <i>Itu tadi, sampai saat ini belum ada masalah</i> 8. <i>Sejauh ini, perawat di ICU sudah berpengalaman, semoga ya dipertahankan/ lebih baik lagi kerjanya</i>
<p>NS 5 & NS 6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ya kalau awal-awal masuk ICU memang terkesan rumit, tapi karena lama-lama sudah biasa, dan kita disini saling sharing, jadi ya dibikin enak aja kerjanya.</i> 2. <i>Sudah berjalan lancar, kita selalu komunikasi, melalui lisan dan tertulis</i> 3. <i>Membahas ada masalah atau tidak, mencari solusi, atau kalau kita sudah mentok, tanya ke dokter</i> 4. <i>Di ICU, tantangan kerjanya besar sekali, dan kalau kita bisa menghadapi, melakukan tugas dengan baik, kita bersyukur sekali (misal kondisi pasien yang makin membaik)</i> 5. <i>Kita sih, sama-sama tau tanggung jawab masing-masing, dan perawat ICU itu, memang paling kompak</i> 6. <i>Selama ini permasalahan apapun, kita yang lakukan. Namun sejak ada Depkes, kita</i>

	<p>tidak boleh melakukan intubasi. Padahal, tidak semua dokter jaga bisa intubasi. Nanti kalau kita yang kerjain, kita juga yang salah. Karena kita kesian aja. Supervisi & Jaga (jaga utama) tidak berfungsi.</p> <p>7. Itu karena memang kebikajakan RS aja</p> <p>8. Harapan kita, semoga kita makin terlatih ya, menghadapi kasus-kasus,semakin baik kerjanya, semakin berpengalaman.</p>
--	---

Mengenai Pendidikan dan Pelatihan

<p>Nara Sumber</p> <p>NS 4</p>	<p>Pendidikan dan Pelatihan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentasi perawat yang sudah sertifikasi saya tidak afal, mungkin >50 %. Kalau RS negeri kan, teratur pengirimannya untuk diklat, rata2 sudah pernah ikut diklat. 2. Program diklat : pelatihan untuk perawat ICU yg internal & eksternal, jarang, susah, karena dana susah. Kadang-kadang kita support, tapi kan tidak bisa tiap tahun kita support perawat. Idealnya, setiap ada moment yg bagus, harus ikut. Kendala di dana, kebijakan RS yang tidak mendukung, pasien disini gakin, jadi kita tidak pake obat yang paten, jadi tidak ada sponsor. Kalau di RS swasta, kapan mau berangkat, bisa berangkat. Mereka kendalanya justru karena sdn sedikit, jadi susah atur jadwal jaga. 3. Ya 4. Dulu iya, sekarang sudah jarang sekali, biasa karena kurang dana 5. Pengembangan diri,RS memberi kebebasan. Agak susah, ya arena masalah dana. Mengenai karir perawat, saya kurang tau 6. Dari diklat sendiri jg tidak ada program
---------------------------------------	--

<p>NS 5 & NS 6</p>	<p>7. NS adalah Ka. Instalasi</p> <p>8. Terkait dana lah, supaya ada program diklat yang jelas & merata. Sehingga perawat, dapat kesempatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 70-80% dari perawat baru, ada 4 orang belum. Terakhir kita pelatihan tahun 2006. Sampai sekarang belum ada. Dari pihak RS belum ada program. Kita menambah ilmu, dengan inisiatif sendiri, kadang pakai uang sendiri (kalau kita punya uang), kadang kita cari sponsor. Kadang yang ikut seminar, orangnya itu-itu lagi. Yang sudah ikut pelatihan, biasanya sharing dengan rekan kerja. 2. Diklat Internal : kalau ada seminar/undangan, sudah ada jadinya. Sekarang terbentuk dengan dana. Kalau dapat dana ya alhamdulillah, Kalau tidak dapat dana ya pake duit sendiri. Terakhir 2006. ICCU di HarKit, belum ada program tetap untuk pelatihan. Idealnya untuk diklat eksternal setahun 2 orang. 3. Iya, tentu 4. Terakhir ICCU di HarKit tahun 2006 5. Promosi jabatan : jabatan seumur hidup, tidak ada kejelasan karir, kalau dulu, kalau jadi Ka. Ru harus masuk ke ICU, kalau sekarang tidak 6. Rencana-rencana ada, tapi semua tergantung dana 7. Internal, kita saling sharing aja. 8. Kita berharap sekali, ada program diklat, yang berkala, dan semua dapat kesempatan, jadi kita bisa sharing misal ada ilmu baru. Bisa juga ada studi kasus, sharing sama dokter juga. Selain itu juga terkait masalah dana, mudah-mudahan pemerintah lebih memperhatikan diklat. Kan itu untuk kebaikan ICU dan RS juga
------------------------	--

Mengenai Pola Kerjasama

Nara Sumber	Pola Kerjasama
<p>NS 4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saya rasa cukup baik 2. Tim juga baik 3. Kalau saya, ingin melakukan sebaik mungkin, yang terbaik. 4. Dulu kita ada pertemuan 1 bulan sekali, untuk saling kasi saran, tapi susah mengumpulkan semua perawat 5. Saya rasa baik 6. Ya, harmonis 7. Program evaluasi kerja perawat : tidak ada, tapi rasanya pernah, tapi saya lupa, perlu evaluasi kepuasan kerja, karena mempengaruhi kinerja perawat. Kalau dia puas, kinerjanya bagus. 8. Menurut saya dengan kepuasan kerja. Jangka waktu evaluasi kepuasan tergantung, sebelum evaluasi, kita harus lihat apakah sdm cukup/tidak, jumlah pasien, alat lengkap/tidak, sehingga dia mau bekerja apa ada alatnya. Nah kalau itu semua cukup, bisa dievaluasi 1 tm sekali atau tiap 6 bulan. Tapi kalau jumlah SDM sedikit, pasti dia overload, walaupun di cek 1 minggu sekali, pasti dia akan merasa tidak puas terus. 9. Semoga kerjasama tim perawat ICU, semakin kompak, solid, saling mendukung.
<p>NS 5 & NS 6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik lah. Tidak ada hambatan antara senior-junior, pertama-pertama mereka mengira ada kesulitan di ICU, tapi kalau sudah terbiasa tidak. Kita semua disini haknya sama. Kalau memang seniornya salah, harus berani mengatakan salah.

Kalau kasus ringan kita kasi ke junior, untuk kaderisasi. Tapi yang senior tetap mendampingi. Tapi ada beberapa dokter yang maunya dengan perawat senior saja.

2. Misalnya waktu operan ke operan, komunikasi kita lancar, bisa lisan & tertulis. Di informasikan bisa melalui buku masalah/info/kejadian apa aja, jadi semua bisa tau (dari shift ke shift). Komunikasi antar perawat di ICU tidak ada hambatan, tapi dengan medis, kadang ada. Misalnya internis, konsul ke dokter bedah/ anastesi kasih obat. Yang satu tidak mau pakai obat X, sementara perawat bingung memutuskan yang mana, akhirnya kita harus konfirmasi dulu, bukannya kita ingin mengkambinghitamkan, dokter A (mengkonsul) mengingatkan antibiotik X, tp dokter B (ICU) mengingatkan antibiotik Y, akhirnya kita mengikuti kaptenya (dokter yang mengkonsul). Karena dokter di ICU sudah menyerahkan ke perawat, terserah perawat. Karena kalau ada kesalahan, kita juga yang dapat imbas.

Kita sebagai perawat harus pinter-pinter mengambil keputusan, disini dokter yang paling oke, Dr. Endang. (mudah dihubungi). Tapi saking oke nya, kadang beliau mengkonsul pasien yang tidak indikasi ICU, padahal, pasien yang benar-benar indikasi masuk, kemudian tidak ada bed. Jadilah, pasien yang tidak indikasi itu dipindahkan ke ruangan. Karena dokter tersebut merasa percaya akan perawatan di ICU.

3. Kita sama-sama belajar, yang senior harus selalu mengajari, mendampingi junior untuk kaderisasi.

4. Kita disini selalu saling mendukung.

5. Kita di ICU, sifat kekeluargaan tinggi sekali. Kita susah untuk pisah,

Misal ada anak baru, pertamanya takut, tapi lama-lama betah. Memang perawatan perawat ICU terkenal galak, karena kita punya alasan sendiri, misal ada operan pasien yang ga bener, bawa pasien tapi tidak tau kondisi pasiennya, kan nanti yang kena marah dokternya, perawat ICU juga, masa kalau ditanya sama dokter ada operan pasien dari melati, kenapa, trus kalau kita ga tau kan ga lucu. Makanya kita marahin perawat yang membawa pasien operan tapi tidak tau kondisinya. Kegagalan kita untuk kebaikan. Kalau operannya baik, kita akan senang. Hal ini bisa memotivasi perawat dari ruangan lain, untuk terus belajar.

Kadang karena perawat sudah di cap galak, jadi kalau ada operan pasien,

sengaja, kita tidak tanya-tanya ke perawat yang mengoper pasien. Pernah kejadian, perawat ICU dinilai galak, kita juga yang disalahkan.

6. Kalau di ICU sendiri memang sudah harmonis, perawat luar yang menyesuaikan ke kita.

7. Evaluasi pegawai BP3, kalau disini KaRu yang menilai, dinilai logi oleh Ka Bid, baru kemudian dinilai oleh direktur.

8. Saya sebagai Ka.Ru, selama ini kalau masalah yang terjadi di ICU, sebisa mungkin saya handle sendiri. Sehingga terkesan ICU tenang-tenang aja, padahal memang, semua masalah sudah teratasi. Maunya mereka adalah, setiap ada masalah, sedikit-sedikit cerita, seperti ruangan lain.

Di RS ini, ICU paling tidak disukai, karena mereka berpikir, perawat-perawat ICU paling cekatan, mandiri, tapi kami tidak disukai. Yang penting disini kita kerja, kondusif, teman-teman enak aja.

9. Semakin solid dan kompak, baik antar perawat ataupun dengan dokter.

JULI 2011
JAKARTA
PENGKAJIAN STRATEGIS PENGEMBANGAN KEPEMIMPINAN
PROGRAM STUDI KAJIAN KETAHANAN NASIONAL
PROGRAM PASCASARJANA

0906596342

LALU ARIE

TESIS

EFEKTIVITAS PROGRAM PERTUKARAN PEMUDA ANTAR NEGARA (PPAN)
DALAM UPAYA PEMBERDAYAAN PEMUDA

UNIVERSITAS INDONESIA





J
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI KAJIAN KETAHANAN NASIONAL
PENGKAJIAN STRATEGI PENGEMBANGAN
KEPEMIMPINAN
JAKARTA
JULI 2011

0906596342

LATU AFTI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Sains

TESIS


EFEKTIVITAS PROGRAM PERTUKARAN PEMUDA ANTAR NEGARA
(PPAN) DALAM UPAYA PEMBERDAYAAN PEMUDA

UNIVERSITAS INDONESIA







Tanggal : 13 Juli 2011
Tanda Tangan : 
NPM : 0906596342
Nama : Lulu Afti

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

PERNYATAAN ORISINALITAS



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh
Nama
NPM
Program Studi
Judul Tesis

:
: Lalu Afif
: 0906596342
: Magister Sains
: Efektivitas Program Pertukaran Pemuda Antar
Negara (PPAN) Dalam Upaya Pemberdayaan Pemuda

Telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Ketahanan Nasional, Program Pasca sarjana Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dr. Chandra Wijaya, MM., M.Si
(Signature)

Penguji : Dra. Hermin Narwati, MM
(Signature)

Penguji : Drs. Johannes Sutoyo, MA
(Signature)

Ketua Sidang : Dr. Dewi Anggraeni, SE, MBA
(Signature)

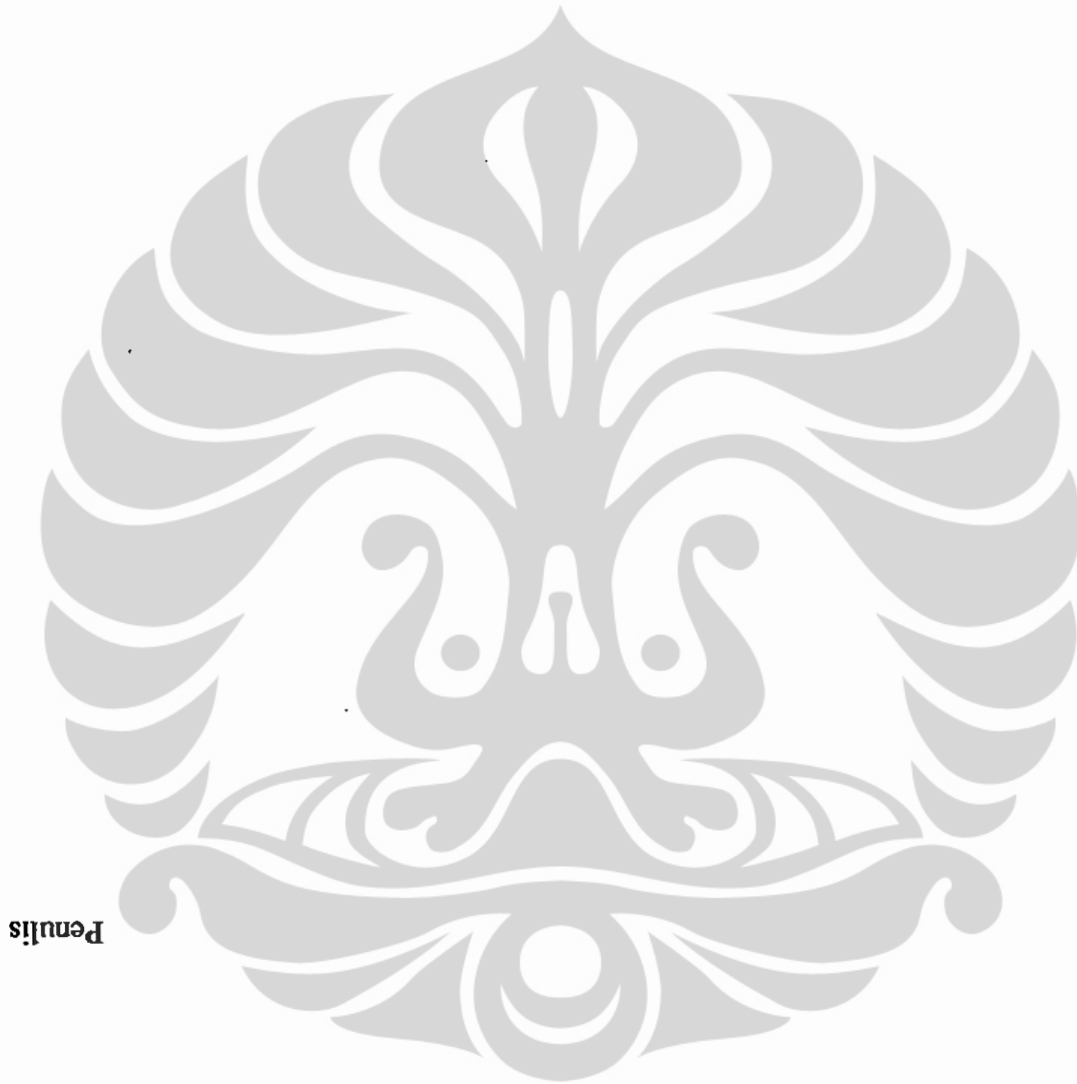
Ditapkan di : Palembang
Tanggal : 13 Juli 2011



Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini saya sampaikan dalam rangka memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Magister Sains pada Program Pasca Sarjana UI. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada :

- 1) Prof. Dr. Chandra Wijaya, MM., M.Si, Selaku dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyediaan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya kepada kami untuk melaksanakan perkuliahan ini dengan baik dan tepat waktu.
- 4) Kepada seluruh staf dan dosen pengajar program Ketahanan Nasional Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- 5) Ayah dan Ibu yang tak pernah berhenti mendoakan dan mendukung anda.
- 6) Rekan-rekan angkatan 4 PKN, terimakasih atas dukungan dan kebersamaan yang diberikan.
- 7) Rekan – rekan PPS BRI angkatan 38-40 yang telah memberikan dukungannya selama ini.
- 8) Semua pihak yang ikut berperan dalam pembuatan tesis ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

KATA PENGANTAR



Penulis

Salemba, Juli 2011

Akhir kata, saya berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebalikan semua pihak yang telah membantu rencana penelitian ini. Masukan dan saran untuk perbaikan tesis ini sangat peneliti harapkan.

Lalu Aff

Yang menyatakan,

Pada tanggal: 13 Juli 2011

Dibuat di: Jakarta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi. Cipta Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama mendistribusikannya, dan menampilkan / mempublikasikannya di Internet atau kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih-media/format- beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-

(PPAN) DALAM UPAYA PEMBERDAYAAN PEMUDA

EFEKTIVITAS PROGRAM PERTUKARAN PEMUDA ANTAR NEGARA

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

Jenis karya : Tesis

Konsentrasi : Kajian Strategik Pengembangan Kepemimpinan

Program Studi : Kajian Ketahanan Nasional

NPM/NIP : 0906596342

Nama : Lalu Aff

bawah ini:

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di

(Hasil Karya Perorangan)

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS



Komposisi pemuda merupakan bagian terbesar dalam komponen masyarakat Indonesia. Merupakan kelas masyarakat dengan potensi yang sangat besar. Dengan kata lain pemuda merupakan harapan dan penentu masa depan bangsa ke depannya. Oleh sebab itu upaya – upaya dalam pemberdayaan pemuda sangatlah penting, salah satunya yaitu yang dilakukan oleh Kementerian Negara pemuda dan Olahraga sebagai penanggung jawab dan pemegang mandat untuk pembangunan dan pengembangan pemuda dan olahraga di Indonesia, melaksanakan suatu program pertukaran pemuda antar negara (PPAN).dibentuknya program ini diharapkan dapat meningkatkan daya saing pemuda Indonesia dengan meningkatkan kapasitas mereka melalui program PPAN ini. Akan tetapi keberhasilan suatu program harus diukur efektivitasnya dengan melakukan evaluasi secara berkala, untuk mengetahui kendala-kendala yang harus diatasi pada periode berikutnya.

Kata Kunci : Efektivitas, Evaluasi, Program PPAN, Pemuda

ABSTRAK

Efektivitas Program Pertukaran Pemuda Antar Negara (PPAN) Dalam Upaya
Pemberdayaan Pemuda

Lalu Arif

Tesis , Juli 2010

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM KAJIAN KETAHANAN NASIONAL
KAJIAN STRATEGIK PENGEMBANGAN KEPEMIMPINAN



The composition of the youth constitute the largest part of the community component of Indonesia. Is a class society with enormous potential. In other words, youth is the hope and future of the nation's critical going forward. Therefore efforts - efforts in youth empowerment sangatlah important, one of which will be undertaken by the Ministry of Youth and Sports in charge and mandate holders to pembanguanan and youth and sports development in Indonesia, carried out a youth exchange programs between countries (PPAN) . the establishment of this program can diharapkan increasing the competitiveness of Indonesian youth to enhance their capacity through this PPAN program. But the success of a program should be measured effectiveness by doing evaluasi periodically, to determine the constraints that must be overcome in the next period.

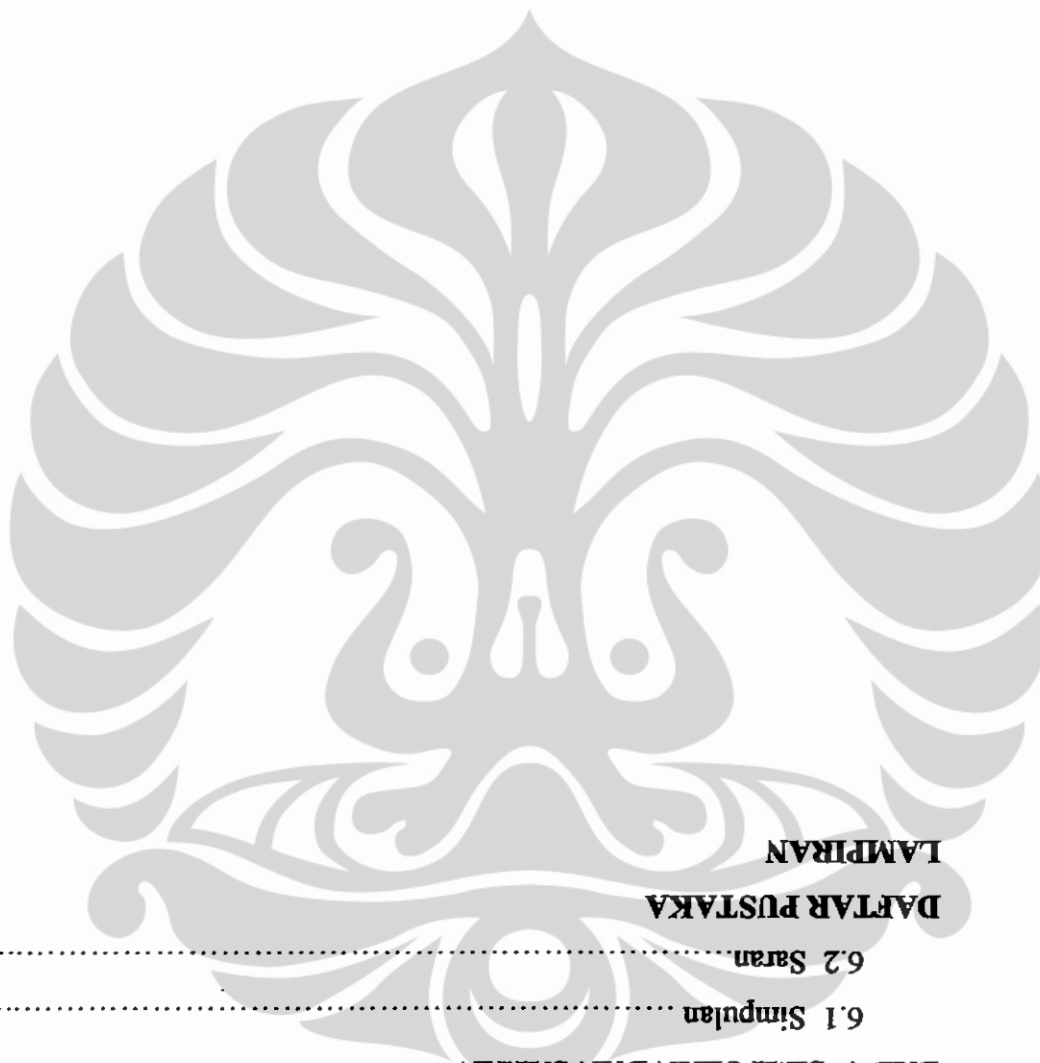
Keywords: Effectivity, Evaluation, PPAN Program, Youth

ABSTRACT



38	4.2 China.....
35	4.1 Kanada.....
BAB IV DESKRIPSI SINGKAT PROGRAM PERTUKARAN PEMUDA	
33	3.6 Operasionalisasi Konsep.....
32	3.5 Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....
31	3.4 Informan Penelitian.....
28	3.3 Teknik Pengumpulan Data.....
28	3.2 Tipe Penelitian.....
27	3.1 Pendekatan Penelitian.....
BAB III METODE PENELITIAN	
25	2.2 Teori Efektivitas.....
12	2.1 Teori Evaluasi Program.....
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
11	1.6 Sistematisa Penulisan.....
10	1.5 Batasan Penelitian.....
10	1.4 Manfaat Penelitian.....
10	1.3 Tujuan Penelitian.....
10	1.2 Rumusan Masalah.....
1	1.1 Latar belakang.....
BAB I PENDAHULUAN	
xiii	DAFTAR LAMPIRAN.....
xii	DAFTAR GAMBAR.....
xi	DAFTAR TABEL.....
ix	DAFTAR ISI.....
vii	ABSTRAK.....
vi	LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....
iv	KATA PENGANTAR.....
iii	HALAMAN PENGESAHAN.....
ii	LEMBAR ORISINALITAS.....
i	HALAMAN JUDUL.....

DAFTAR ISI



	LAMPIRAN	
	DAFTAR PUSTAKA	
75	6.2 Saran
74	6.1 Simpulan
	BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
69	5.3 Pembahasan Hasil Penelitian
68	5.2 Kendala Dalam Pelaksanaan program
63	5.1 Hasil Penelitian
	BAB V PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	
62	4.5 Malaysia
61	4.4 Australia
61	4.3 Korea Selatan



Tabel 2.1 Aspek dan Prosedur Pelaksanaan Evaluasi Model CIPP 23

Tabel 3.1 Operasionalisasi Konsep..... 33

Tabel 5.1 Hasil Operasionalisasi Efektivitas ProgramPPAN..... 72

DAFTAR TABEL





• Gambar 1.1 Arsitektur Pembangunan Jangka Panjang Kepemudaan..... 5

• Gambar 3.1 Teknik Analisis Data..... 32

DAFTAR GAMBAR





Lampiran 3. Transkrip wawancara

Lampiran 2. Pedoman wawancara

Lampiran 1. Surat permohonan menjadi informan

DAFTAR LAMPIRAN



Kemendrian Negara Pemuda dan Olahraga (Kemendpora) sebagai kepanjangan tangan dari pemerintah dalam melaksanakan kewajibannya dibidang kepeמודadan dan olahraga mempunyai tugas untuk memfasilitasi hal-hal yang berhubungan dengan upaya pembangunan olahraga dan kepeמודadan. Seperti yang tercantum dalam Undang – Undang no.40 tahun 2009 pasal 10, yaitu: "Pemerintah mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kepeמודadan

- a) Melaksanakan pengarus utamaan pemuda, sehingga pemuda menjadi bagian yang senantiasa melekat dan tak terpisahkan dalam setiap program pembangunan
- b) Menjangkau keseluruhan pemuda baik individu, kelompok maupun lembaga kepeמודadan, baik yang berpotensi maupun yang bermasalah
- c) Menempatkan organisasi kepeמודadan pada posisi penting dan strategis dalam melaksanakan berbagai upaya pembangunan kepeמודadan dalam lingkup penyiadatan, pemberdayaan, dan pengembangan
- d) Menempatkan pembangunan kepeמודadan sebagai tanggung jawab bersama antara pemerintah, pemerintah daerah, organisasi kepeמודadan dan masyarakat

diantarannya adalah:

Undang-undang no.40 tahun 2009 muncul sebagai manifestasi sikap dan respon Negara terhadap posisi dan peran pemuda yang strategis dalam proses panjang perjalanan sejarah bangsa Indonesia. Dengan lahirnya UU no.40/2009 telah menunjukkan jaminan dan kapasitas hukum atas eksistensi serta aktivitas kepeמודadan yang berkaitan dengan berbagai aspek, diantaranya seperti: pelayanan terhadap kepeמודadan; pemberdayaan organisasi kepeמודadan dan pembangunan sumberdaya manusia kepeמודadan yang tangguh. Hal tersebut bertumpu pada tiga pilar pembangunan pemuda, yaitu penyiadatan, pemberayaan dan pengembangan. Selain dengan itu pemerintah menetapkan pola dasar (*grand design*) pembangunan nasional kepeמודadan yang di dalamnya menegaskan pentingnya posisi dan peran program pengembangan kepeמודadan dalam kerangka pembangunan nasional, *grand design* tersebut

1.1. Latar Belakang Masalah

PENDAHULUAN

BAB I

dalam rangka penajaman, koordinasi dan sinkronisasi program pemerintah; dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud diatas, pemerintah menyelenggarakan fungsi di bidang kepemudaan yang meliputi:

- a. perumusan dan penetapan kebijakan;
- b. koordinasi dan sinkronisasi pelaksanaan kebijakan;
- c. pengelolaan barang milik/kekayaan negara yang menjadi tanggung jawabnya; dan
- d. pengawasan atas pelaksanaan tugas

Penjabaran amanat undang – undang tersebut dapat dilihat dari visi, misi dan tujuan Kempenpora 2009-2014 yang telah dirumuskan. Visi Kementerian Pemuda dan Olahraga tahun 2009/2014, ialah terwujudnya kualitas sumber daya pemuda dan olahraga dalam upaya meningkatkan manusia Indonesia yang memiliki wawasan kebangsaan, kepemimpinan yang berakhlak mulia, mandiri, sehat, cerdas, terampil, berprestasi dan berdaya saing yang dilandasi iman dan taqwa. Sejalan dengan visi tersebut, Kempenpora menetapkan misi tahun 2010-2014, yaitu Meningkatkan daya saing kepemudaan dan keolahragaan

Tujuan Kementerian Pemuda dan Olahraga tahun 2010-2014 adalah “terselenggaranya pelayanan kepemudaan yang mendukung upaya peningkatan partisipasi dan peran aktif pemuda di berbagai bidang pembangunan serta pengelolan keolahragaan nasional yang mendukung upaya peningkatan pembudayaan olahraga dan pembinaan prestasi olahraga dalam rangka menuju bangsa yang berkarakter dan berdaya saing”. Berdasarkan pada tujuan tersebut di atas, maka Kementerian Pemuda dan Olahraga menetapkan sasaran strategis yang hendak dicapai dalam periode 2010-2014 salah satunya adalah dengan cara melakukan upaya peningkatan *character building* melalui gerakan, revitalisasi dan konsolidasi gerakan/program kepemudaan, yang ditandai dengan:

1. Meningkatkan fasilitasi peningkatan wawasan kebangsaan, perdamaian, dan lingkungan hidup bagi pemuda;
2. Meningkatkan fasilitasi pengembangan kepemimpinan pemuda;
3. Meningkatkan fasilitasi pengembangan kewirausahaan pemuda;
4. Meningkatkan fasilitasi pengembangan kepeloporan pemuda; serta

5. Terlaksananya fasilitasi pelatihan kepemimpinan, manajemen, dan perencanaan program bagi pengelola organisasi kepemudaan.

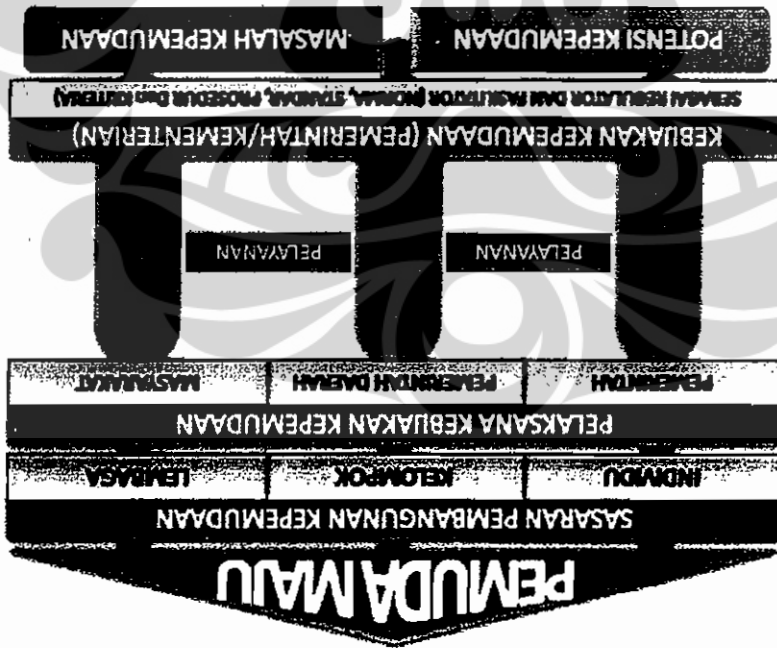
Dibelaan negara maupun pemuda menduduki posisi sentral yang strategis. Ditangan merekalah kelak masa depan bangsa ditentukan. Melalui data statistik Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2005, jumlah penduduk Indonesia saat ini lebih dari 215.933.745 orang. Dari jumlah tersebut, kelompok yang dikategorikan pemuda atau yang berusia 15-35 tahun (BPS:2006), diperkirakan berjumlah sekitar 79.363.477 jiwa atau 36,75% dari jumlah penduduk seluruhnya. Hal ini menunjukkan bahwa hampir 40% dari seluruh penduduk Indonesia didominasi oleh golongan penduduk muda usia. Di sisi lain, persentase jumlah penduduk yang berumur kurang dari 15 tahun dan lebih dari 35 tahun masing-masing hanya sebesar 29,08% dan 34,17%. Artinya pemuda merupakan potensi sebagai sumber daya manusia yang dapat diandalkan dalam pembangunan. Pemuda akan menempati posisi penting dan strategis, baik sebagai pelaku pembangunan maupun sebagai generasi penerus untuk berkiprah di masa depan. Jumlah pemuda yang besar ini merupakan aset nasional yang potensial sebagai kader pemimpin, pelopor, dan penggerak pembangunan yang produktif.

Pembangunan kepemudaan bertujuan untuk mewujudkan pemuda yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, cerdas, kreatif, inovatif, mandiri, demokratis, bertanggung jawab, berdaya saing, serta memiliki jiwa kepemimpinan, kewirausahaan, kepeloporan, dan kebangsaan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Tujuan pembangunan kepemudaan tersebut dapat diwujudkan melalui peningkatan prestasi dan partisipasi aktif pemuda dalam berbagai bidang pembangunan, baik di bidang ekonomi, ilmu pengetahuan, teknologi, social kemasyarakatan, politik dan budaya. Hal ini dapat dilihat lebih jelas dalam gambar rencana pembangunan kepemudaan jangka panjang oleh Kemempora.

- i. Meningkatkan Angka Partisipasi Sekolah (APS) Pemuda, yaitu APS penduduk usia 16-18 tahun meningkat dari 53,86% pada 2005 menjadi 54,1% pada 2007; APS penduduk usia 19-24 tahun, meningkat dari 12,23% pada 2005 menjadi 12,61% pada 2007; (Susenas, 2007);
- ii. Menurunkan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Pemuda, yaitu dari 17,65% pada 2006 menjadi 14,35% pada 2008 (Sakernas, 2008);

Pembangunan kepemudaan dilakukan melalui proses fasilitasi segala hal yang berkaitan dengan pelayanan kepemudaan, menitikberatkan kepada proses penyadaran, pemberdayaan, dan pengembangan kepemudaan. Pengembangan kepemudaan dilaksanakan dalam rangka meningkatkan jiwa kepemimpinan, kewirausahaan, dan kepeloporan pemuda, sehingga pada gilirannya dapat melahirkan pemuda yang maju yakni pemuda yang berkarakter, berkapasitas, dan berdaya saing. Berbagai kemajuan yang dicapai di bidang kepemudaan, diantaranya adalah meningkatkan peran dan partisipasi pemuda di berbagai bidang pembangunan. Hal ini antara lain ditunjukkan oleh:

sumber: Rencana Strategis Kemempora 2009-2014



Gambar 1.1 Arsitektur Pembangunan Jangka Panjang Kepemudaan

lain yang ikut terkena.

juta dolar untuk mendukung usaha pertolongan dan rekonstruksi di Indonesia dan negara-negara parah terkena dampaknya, warga Kanada yang prihatin berhasil mengumpulkan lebih dari 213 Menyusul terjadinya bencana tsunami bulan Desember 2004, di mana propinsi Aceh paling asasi manusia, serta memastikan bahwa perdamaian akan terus berlangsung di propinsi Aceh. terorisme internasional, memajukan tata pemerintahan yang baik (*good governance*) dan hak pengentasan kemiskinan, penekanan resiko bencana alam dan wabah penyakit, memengaruhi melalui kerjasama yang didasarkan pada tujuan bersama, misalnya perdagangan dan investasi, bahwa pembangunan demokrasi di Indonesia tetap berjalan. Hubungan bilateral terus meningkat Kepentingan Kanada terhadap Indonesia berangkat dari tujuan utama yaitu memastikan

tahun 1947-1949.

semasa beliau menjabat sebagai Duta Besar Kanada untuk Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) Jenderal Andrew George McNaughton atas jasa-jasanya terhadap kemerdekaan Indonesia Indonesia menganugerahkan penghargaan tertinggi untuk warga sipil secara anumerta kepada 1953, Kanada dan Indonesia telah menjalin kemitraan yang erat dan bersahabat. Bulan Juli 2004, (PPK) yang telah berlangsung sejak tahun 1974. Sejak hubungan diplomatik direstmikan tahun Sebagai salah satu contoh saya ialah program Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada (PPIK) yang telah berlangsung sejak tahun 1974. Sejak hubungan diplomatik direstmikan tahun

Kanada, Malaysia dan Australia. dilaksanakan oleh Kempenora ialah pertukaran pemuda Inonesia dengan Australia, Malaysia, (PPAN) yang berada dibawah Deputi I Perbdayaan Pemuda. Seperti diantaranya yang telah pemuda – pemuda dari Negara – Negara lain yaitu program Pertukaran Pemuda Anatar Negara pemuda, yaitu dengan melaksanakan program – program pertukaran pemuda Indonesia dengan meningkatkan kapasitas pemuda adalah dengan penyadaran, pemberdayaan dan pengembangan Salah satu kebijakan strategis yang dilakukan Kempenora dalam upaya untuk landasan utama dalam pembangunan kepemudaan.

- v. Disahkannya Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2009 tentang Kepemudaan sebagai
- iv. Mengkatnya kepemimpinan dan kepeloporan pemuda; dan
- menjadi 69,09 % pada 2006 (Susenas, 2006);
- iii. Meningkatkan pemuda yang mengikuti kegiatan organisasi, yaitu dari 51,1 % pada 2003

Dalam upaya meningkatkan dan memperkuat hubungan bilateral kedua Negara dan juga untuk meningkatkan kapasitas pemuda dari kedua Negara, Kementerian Pemuda dan Olahraga Republik Indonesia (Kemempora) bekerjasama dengan pemerintah Kanada menyelenggarakan program kependudukan yang bertajuk Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada (PPIK) atau juga dikenal sebagai *Indonesia-Kanada Youth Exchange*. Program tahunan yang dirintis Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas) sejak 1974 ini bertujuan membentuk jejaring pemuda, menumbuhkan karakter, pemahaman budaya serta turut berkontribusi pada pembangunan masyarakat setempat dengan melibatkan peran aktif pemuda. 27 pemuda Indonesia dan 27

Selain hubungan ekonomi yang sangat erat, Kanada dan Indonesia juga terlibat dalam kegiatan konsultasi secara berkala di beberapa bidang termasuk perlindungan hak asasi manusia, tata pemerintahan dan pluralisme, pembangunan ekonomi, pengurangan ketenagaaan terhadap kemiskinan, perencanaan kebijakan luar negeri dan juga pertukaran dua social budaya antara kedua negara. Nilai-nilai bersama kedua negara terus diperkuat melalui pertukaran yang kaya di bidang seni budaya dan juga insiatif-insiatif diplomasi publik lainnya.

Kanada dan Indonesia adalah mitra di beberapa organisasi multilateral, seperti Kerjasama Ekonomi Asia-Pasifik (APEC), Perhimpunan Negara-Negara Asia Tenggara (ASEAN), Forum Regional ASEAN (ARF), dan Organisasi Perdagangan Dunia (WTO). Saat ini, Kanada dan Indonesia duduk bersama-sama di Dewan Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa. Keanggotaan bersama tersebut merupakan bukti dari komitmen bersama kedua negara terhadap kawasan Asia Pasifik dan kerjasama multilateral.

Selain itu banyak perusahaan Kanada yang telah membuka usahanya di Indonesia dan memperkerjakan puluhan ribu karyawan Indonesia. Indonesia merupakan pasar yang tengah berkembang untuk barang-barang, jasa pelayanan dan investasi asal Kanada. Kanada dan Indonesia bekerja sama untuk memajukan persaingan ekonomi yang lebih luas dan lingkungan bisnis yang lebih dapat dipertanggungjawabkan, khususnya di bidang infrastruktur, sektor minyak dan gas bumi, pertambangan, pertahanan dan dirgantara, teknologi informasi dan komunikasi, serta produk makanan hasil pertanian (*agri-food*). Perusahaan-perusahaan ini juga bekerja bersama untuk memajukan pertumbuhan yang berkesinambungan di bidang-bidang seperti perikanan dan kehutanan.

Tujuan umum dari program ini adalah:

Program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada ini memiliki tujuan umum dan khusus.

perdagangan bebas.

meningkatkan kualitas dan daya saing para pemuda Indonesia di dalam era globalisasi dan dengan pemerintah Kanada melalui *Canada World Youth (CWY)* diharapkan mampu kerjasama antara pemerintah Indonesia melalui Kementerian Negara Pemuda dan Olahraga generasi penerus bangsa. Program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada terselenggara atas maupun internasional, serta meningkatkan patriotisme dan disiplin nasional para pemuda sebagai memperluas wawasan dan cakrawala bertukar generasi muda Indonesia dalam skala nasional persahabatan dan saling pengertian antar pemuda kedua Negara dalam aspek kehidupan, yang berlangsung sejak tahun 1974 mempunyai peran strategis dalam rangka menjalin Program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada (*Indonesia-Canada Exchange Program*)

masyarakat, "ujarnya.

peningkatan ilmu sederhana seperti pengolahan kompos, tentunya sangat bermanfaat bagi masyarakat yang dikunjungi. "Semoga kegiatan ini berdampak positif kepada masyarakat. Adanya juga berharap program ini terus berlanjut, sehingga dapat memberikan dampak positif terhadap Hubungan Internasional Kemempora. Adiat Noerdin. Anggota Komisi X DPR. Fer-diansyah Pemberdayaan Pemuda," papar Asisten Deputi Pengembangan Sumber Daya Pemuda dan ini bisa terus dilanjutkan pemuda lokal melalui wadah yang disebut sebagai Sentra di Kanada. "Diharapkan, apabila pemuda-pemuda Kanada kembali ke negara asalnya, program korban gempa Padang. Dana dikumpulkan dengan cara melakukan bazaar saat pemuda Indonesia lain, membangun puskesmas yang runtuh terkena gempa serta memberikan santunan kepada Salah satu kegiatan sosial yang dilakukan para pemuda pada tahun 2010 silam antara

kat setempat.

dan pembuatan pupuk kompos, hingga mengemas hiburan kebudayaan kepada masyarakat-bahasa Inggris di Sekolah Dasar (SD), memberikan pembelajaran tata cara pengolahan sampah kesulitan-kesulitan yang dialami masyarakat dengan berbagai kegiatan antara lain, mengajar PPK yang tinggal di rumah-rumah penduduk secara berpasang-pasangan berusaha menjabwab pemuda Kanada yang dipimpin masing-masing oleh seorang *project supervisor*. Peserta

Program Pertukaran Pemuda Inonesia-Kanada. Program PPIK telah berjalan 37 tahun, karena dianggap memiliki nilai strategis bagi pemerintah Indonesia dan Kanada, maka sampai saat ini masih dipertahankan. Selain mempererat persahabatan antar negara dan sebagai media sehat, tangguh, cerdas, mandiri, dan profesional.

untuk mewujudkan tujuan pembangunan nasional, diperlukan pemuda yang berakhlak mulia, pemberdayaan, dan pengembangan sebagai bagian dari pembangunan nasional. Oleh sebab itu pembangunan bangsa, sehingga perlu dikembangkan potensi dan perannya melalui penayadaran, merdeka, bersatu, dan berdaulat. Selain itu juga pemuda selalu berperan dalam pembaruan dan berperan aktif sebagai ujung tombak dalam mengantar bangsa dan negara Indonesia yang perjuangannya bangsa Indonesia sejak perintisannya pergerakan kebangsaan Indonesia, pemuda kepemudaan. Dengan lahirnya UU no.40/2009 yang dilatar belakangi oleh perjalanan sejarah apa yang diamanaatkan oleh undang-undang nomor 40 tahun 2009 (UU no.40/2009) tentang Program PPIK ini sejalan dan merupakan salah satu program yang mengimplementasikan

kegiatan, pelaksanaan, dan kewirasahaan.

- d) Melakukan pemberdayaan masyarakat khususnya pemuda melalui kegiatan pendidikan, kemandirian, kreatifitas dan wawasan kebangsaan pemuda
- c) Meningkatkan aktifitas kepemudaan yang memberikan makna dan nilai tambah bagi bangsa dan Negara
- b) Mempertuas dan memperkuat kerjasama antara kedua Negara dalam memajukan kedua kepemudaan
- a) Memberikan perspektif pemikiran dan wawasan baru dalam memajukan kegiatan

Sedangkan tujuan khusus dari program ini adalah:

- a) Mempuk rasa persaudaraan dan saling pengertian antar pemuda Indonesia dan Kanada dalam rangka mendorong terciptanya perdamaian dunia
- b) Memahami tanggung jawab dan meningkatkan komitmen untuk pembangunan nasional dan internasional
- c) Memberikan bekal keterampilan, sehingga mereka mampu berpartisipasi secara lebih aktif dan efektif dalam pembangunan masyarakat pedesaan

promosi kebudayaan, kegiatan ini menjadi salah satu kanjung pelatihan kepemimpinan bagi 27 kader pemuda terpilih di negaranya. Kita bisa membayangkan jika setiap tahun ada 27 pemuda terpilih mendapatkan pelatihan kepemimpinan maka pada saat yang sama kita telah berupaya menyiapkan 27 pemuda yang berpotensi menjadi pemimpin negeri ini. Apabila dikalkulasikan dengan usia kegiatan ini yang telah mencapai 37 tahun dan pada setiap tahunnya diikuti oleh 27 pemuda, maka selama ini kita telah mengirim sebanyak 999 pemuda terpilih untuk mendapatkan latihan kepemimpinan, yang berarti kita juga telah mengkader 999 pemuda terpilih untuk menyanggah persahabatan dengan Kanada. Dalam kesempatan ini mereka bisa belajar terbuka untuk berinteraksi dengan peserta dari negara lain yang memiliki latar belakang budaya bahkan ideologi yang berbeda. Program ini menitikberatkan pada persahabatan dan kerjasama antara pemuda Indonesia dan Kanada melalui pelatihan kompetensi kepemimpinan menuju penciptaan kader pemimpin yang berwawasan internasional. Untuk Indonesia, kita mengenal beberapa alumni program PPK yang mampu menduduki posisi puncak dalam bidangnya.

Kempenora dalam hal ini Deputi Bidang Pemberdayaan Pemuda menjadikan program pertukaran pemuda ini (bukan hanya Indonesia-Kanada) sebagai salah satu program unggulannya dalam mencetak kader bangsa yang berkualitas. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah Indonesia memberikan perhatian yang besar terhadap program pengembangan kepemimpinan ini dan bahkan menjadikan program ini sebagai salah satu program prioritas. Selama perjalanan tiga dekade program pertukaran pemuda ini menarik minat peneliti untuk melihat sejauhmana program ini masih relevan memenuhi harapan *stakeholder* yang ada, yaitu pemuda dan juga seberapa efektifnya program ini berjalan dengan sesuai tujuan awal dibentuknya. Setelah berjalannya program ini sekian lama, pemerintah Indonesia, dalam hal ini Kempenepora, belum pernah melakukan evaluasi menyeluruh terhadap program ini. Sehingga muncul gejala – gejala yang menunjukkan bahwa terjadi *mismatch* antara tujuan dibentuknya program ini dengan hasil atau yang didapat oleh para peserta program tersebut. Hal tersebut menunjukkan perlu dilakukannya evaluasi menyeluruh untuk merevisi program pertukaran pemuda ini sehingga berjalan tepat sasaran dalam membentuk kader kepemimpinan bangsa yang kompeten, berwawasan dan berdaya saing internasional.

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini :

1. Secara teoritis akademik penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi kalangan akademik untuk menambah referensi dan wawasan tentang program kepeemudaan khususnya Program Pertukaran Pemuda antar negara dalam upaya pemerdayaan pemuda.
2. Secara praktis hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi Kementerian Negara Pemuda dan Olahraga, khususnya Deputy Bidang Pemerdayaan Pemuda sebagai masukan yang berguna dalam mengembangkan program kepeemudaan di tahun berikutnya, agar lebih efektif dan mengena sasaran dalam pemerdayaan pemuda melalui program pertukaran pemuda ini.

I.4. Manfaat Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai oleh penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui efektifitas program PPN;
2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan program pertukaran pemuda antar negara (PPAN) yang dilakukan oleh kementerian Negara Pemuda dan Olahraga berjalan tidak efektif.

I.3. Tujuan Penelitian

1. Bagaimana efektifitas program PPN tersebut?

2. Mengapa program PPN ini berjalan tidak efektif?

Berdasarkan pemikiran di atas, maka untuk dapat mengukur efektifitas program pertukaran pemuda Indonesia dengan , Malaysia, Kanada dan Australia (PPAN) perlu diketahui tujuan dari pembentukan program ini dan bagaimana pelaksanaan program ini hingga menghasilkan lulusan/alumni yang sesuai dengan yang diharapkan. Dalam penelitian ini teruang pokok-pokok permasalahan yang akan diteliti, berfokus pada hal berikut, yaitu:

I.2. Rumusan Masalah

Penelitian ini memfokuskan pada program pertukaran pemuda Indonesia dengan Kanada, Malaysia dan Australia pada periode tahun 2008 sampai dengan 2010. Penelitian ini juga bersumber pada informan-informan yang berasal dari pejabat Kementerian yang membawahi program ini, para *project officer/supervisor* dan juga para alumni dari program tersebut.

I.5. Batasan Penelitian

Penelitian tesis ini secara sistematis terdiri dari enam bab yaitu

1. Bab I, Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, batasan penelitian dan sistematika penelitian
2. Bab II, Landasan Teori yang terdiri dari teori evaluasi program, efektivitas dan konsep program.
3. Bab III, Metode yang terdiri dari jenis penelitian, informan penelitian, teknik pengumpulan dan analisis data
4. Bab IV, Gambaran Umum Program Pertukaran Pemuda Antar Negara (Kanada, Malaysia dan Australia).
5. Bab V Analisis Hasil Temuan Lapangan yang menjelaskan beberapa hal penting antara lain gambaran program sebagai hasil pencarian data di lapangan, harapan *stakeholder* terhadap pelaksanaan program dan tingkat efektivitas program tersebut
6. Bab VI Kesimpulan dan Saran yang berisi simpulan hasil analisis data temuan di lapangan dan saran peneliti bagi peningkatan kualitas program.

I.6. Sistematika Penelitian



Beberapa definisi evaluasi yang dikenal cukup luas antara lain adalah tiga definisi yang dikemukakan oleh Departemen Pendidikan Negara Bagian Kalifornia, Cronbach dan Suppes, serta a *Join Committee On Standard Of Evaluation* seperti dikutip oleh Purwanto dan Suparman sebagai berikut "evaluasi adalah proses menentukan nilai atau aktifitas suatu kegiatan untuk tujuan pembuatan keputusan." (Departemen Pendidikan Negara Bagian Kalifornia). "evaluasi adalah suatu proses dimana data yang relevan dikumpulkan dan ditransformasikan menjadi informasi bagi pembuatan keputusan" (Cronbach dan Suppes).

Sedangkan Djali, Mulyono dan Rami mendefinisikan bahwa evaluasi sebagai proses menilai sesuatu berdasarkan standar obyektif yang telah ditetapkan kemudian diambil keputusan atas obyek yang dievaluasi. Kutman and Mowbray, mendefinisikan evaluasi adalah penggunaan metode ilmiah untuk menilai implementasi dan manfaat (*outcomes*) suatu program yang berguna untuk proses membuat keputusan. Chelmsky mendefinisikan evaluasi adalah metode penelitian yang sistematis untuk menilai rancangan, implementasi dan efektifitas suatu program.

atau perbandingan
 epistemologi dan metodologi. Berikut ini diberikan definisi evaluasi untuk dapat dijadikan acuan penilaian saja. Secara mendasar evaluasi dipandang oleh para ahli dari segi ontologi, kesalahpahaman yang sering terjadi, misalnya, evaluasi dipandang sebagai *testing*, atau sekedar memandang evaluasi hanya berdasarkan aktifitasnya yang penting dan menonjol saja. Salah satu Evaluasi sering diartikan secara sempit dan kurang relevan, masih banyak yang

2.1 Teori Evaluasi Program

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini mencakup teori evaluasi program, efektifitas dan teori kepemimpinan yang saling terkait satu sama lain dalam mengukur efektifitas program pertukaran pemuda. Teori Kepemimpinan juga disertakan untuk memberikan gambaran mengenai pembentukan karakter kepemimpinan. Teori evaluasi program digunakan untuk melihat sejauh mana keberhasilan implementasi program ini. Teori efektifitas digunakan untuk mengukur tingkat efektifitas program pertukaran pemuda ini.

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

evaluasi adalah : "the process of defining, obtaining, and providing descriptive and judgemental information about the worth and merit of some object's goal, design, dengan tujuan atau kriteria yang telah ditentukan. Stufflebeam dan Shinkfield mendefinisikan mengetahui/menguji apakah suatu kegiatan, proses kegiatan, keluaran suatu program telah sesuai Tucman (1985:27) mengartikan evaluasi sebagai suatu proses untuk evaluasi.

standar evaluasi dan hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai obyek proses mengumpulkan dan menyajikan informasi mengenai obyek evaluasi, menilai dengan masing-masing alternatif untuk sekarang dan kemudian hari. Menurut wirawan evaluasi adalah alternatif, dengan cara membandingkan aliran biaya dengan kemanfaatan yang diharapkan dari perhitungan percobaan, kemudian mengevaluasinya untuk menentukan hasil dari berbagai terhadap suatu proyek atau program perlu dilakukan persiapan yang matang, perlu diadakan Oleh karena itulah sebelum kita mengambil keputusan untuk melakukan investasi (angka).

pula pengorbanan/ penghabisan terhadap sumber/faktor produksi yang memang sudah terbatas perhitungan kita salah, berarti akan gagal usaha kita untuk memperbaiki tingkat hidup, ini berarti pilihan kita tepat dalam rangka usaha kita untuk melakukan suatu investasi modal, sebab apabila evaluasi proyek/program adalah untuk melakukan perhitunganperhitungan (*fore-casting*) agar memadai, seperti yang diungkapkan (Djainin, 1993:33) sebagai berikut : maksud serta tujuan terhadap suatu program/kegiatan sehingga program dapat memberikan nilai investasi yang (*sustainability*)program tersebut. Evaluasi juga dilakukan sebagai perhitungan ketepatan berarti penentuan nilai. Evaluasi sangat diperlukan dalam rangka keberlanjutan Hal tersebut seing dengan pendapat (Moekijat, 1981:15) bahwa evaluasi suatu penilaian untuk menentukan hasil atau nilai yang telah dicapai program.

dan hasil dari suatu kegiatan/program/kebijakan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dilakukan upaya penelitian yang dilakukan secara sistematis dan objektif dengan tujuan mengaji proses memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja proyek. Evaluasi Program adalah adalah proses penilaian pencapaian tujuan dan pengungkapan masalah kinerja proyek untuk program atau proyek tersebut seperti yang diungkapkan oleh (Hikmat, 2004:3) bahwa evaluasi tujuan yang direncanakan, maka perlu diadakan evaluasi dalam rangka peningkatan kinerja dan Untuk memastikan bahwa pelaksanaan satu program atau proyek mencapai sasaran dan

Dari definisi evaluasi diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa evaluasi adalah penerapan prosedur ilmiah yang sistematis untuk menilai rancangan, selanjutnya menyajikan informasi dalam angka pengambilan keputusan terhadap implemetasi dan efektifitas program. Sasaran evaluasi adalah untuk mengetahui keberhasilan suatu program. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Ansyar bahwa evaluasi mempunyai satu tujuan utama yaitu untuk mengetahui berhasil tidaknya suatu program. Evaluasi ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektifan suatu

Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektifan suatu program agar dilakukan perbaikan – perbaikan untuk meningkatkan kualitas hasil dari program tersebut. Sebuah mana tujuan dicapai. Evaluasi dipertukan untuk melihat kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Evaluasi adalah kegiatan membandingkan antara hasil yang dicapai dengan rencana yang telah ditentukan. Penilaian merupakan alat penting untuk membantu pengambilan keputusan sejak tingkat perumusan kebijakan maupun pada tingkat pelaksanaan program (Wijono, 1997:86). Setiap program tidak hanya sekedar dirancang dan dilaksanakan melainkan harus diukur pula sejauh mana efektifitas serta efisiensinya. Evaluasi program harus cukup objektif dan benar-benar mengukur apa yang harus diukur serta dinilai. Evaluasi yang baik bagi suatu program yang akan dilaksanakan harus disusun secara bersamaan dengan penyusunan program, maksudnya adalah bila suatu program disusun hendaknya diikuti dengan rencana untuk mengevaluasinya. Melihat beberapa pengertian diatas tentang evaluasi, peneliti berkesimpulan bahwa yang dimaksud dengan evaluasi program adalah proses untuk mengetahui apakah suatu program dimulai dari implementasi sampai keluaran (output), dan dampak (impact) dari program tersebut telah sesuai dengan tujuan program bersangkutan.

Menurut Tenbrink yang dikutip oleh Moore, setidaknya ada empat langkah yang dilakukan dalam proses evaluasi, yaitu: (1) persiapan; tahap ini untuk menentukan jenis informasi yang dibutuhkan, (2) mengumpulikan informasi; yaitu memilih teknik untuk mengumpulikan bermacam-macam informasi seakurat mungkin, (3) membuat penilaian; membandingkan informasi dengan kriteria yang telah ditentukan untuk membuat penilaian, (4) membuat keputusan; mengambil kesimpulan berdasarkan pada penilaian yang telah dibentuk *and promote understanding of the involeved phenomena.*

implementation, and impact in order to guide decision making, serve need for accountability,

Ada tiga istilah yang sering digunakan dalam evaluasi, yaitu tes, pengukuran, dan penilaian (*test, measurement, and assessment*). Tes merupakan salah satu cara untuk menaksir besarnya kemampuan seseorang secara tidak langsung, yaitu melalui respons seseorang terhadap stimulus atau pertanyaan (Mardapi, 1999:2). Tes merupakan salah satu alat untuk melakukan pengukuran, yaitu alat untuk mengumpulkan informasi karakteristik suatu objek. Obyek ini bisa

1. Tes, Pengukuran, Penilaian, dan Evaluasi

Evaluasi Program

mendatang.

diharapkan dapat dijadikan pedoman untuk mengubah atau memperbaiki kebijakan di masa Penghasilan menyangkut sebab kegagalan suatu kebijakan dalam meraih dampak yang bagi masyarakat dan sejauh mana tujuan-tujuan yang ditetapkan sebelumnya telah tercapai melihat secara obyektif program-program kebijakan yang ditunjukkan untuk mengukur dampaknya dampak yang diinginkan. Sedangkan tugas ketiga adalah evaluasi kebijakan sistematis yang dalam evaluasi kebijakan adalah menilai suatu kebijakan berhasil atau tidak dalam meraih kebijakan publik telah mencapai tujuan dan dampak yang diinginkan atau tidak. Tugas kedua standar atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Tugas pertama untuk melihat suatu Tugas kedua adalah menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan konsekuensi yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarakan dampaknya tiga tugas yang berbeda (Anderson, 1975:126) yaitu tugas pertama adalah menentukan dampak kebijakan. Menurut Lester dan Stewart, evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam proses kebijakan. Evaluasi meliputi perumusan masalah kebijakan, implementasi maupun Evaluasi dilakukan tidak hanya pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh kegiatan yang fungsional.

dampak (Anderson, 1975:151-152). Evaluasi kebijakan dalam hal ini dipandang sebagai suatu menyangkut estimasi atau penilaian yang menyangkut substansi, implementasi dan kesenjangan tersebut. Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang antara "harapan" dan "kenyataan". Selanjutnya adalah bagaimana mengurangi atau menutup tersebut dan sejauh mana tujuannya tercapai. Evaluasi diperlukan untuk melihat kesenjangan program agar dilakukan perbaikan – perbaikan untuk meningkatkan kualitas hasil dari program

Asesmen sebagai proses yang menyediakan informasi tentang individu siswa, tentang kurikulum atau program, tentang institusi atau segala sesuatu yang berkaitan dengan sistem

Penilaian (*assessment*) memiliki makna yang berbeda dengan evaluasi. The Task Group on Assessment and Testing (TGAT) mendeskripsikan asesmen sebagai senua cara yang digunakan untuk menilai unjuk kerja (*performance*) individu atau kelompok (Griffin dan Nix, 1991:3). Popham (1995:3) mendefinisikan asesmen dalam konteks pendidikan sebagai sebuah usaha secara formal untuk menentukan status siswa berkenaan dengan berbagai kepentingan pendidikan. Boyer dan Ewel dalam Stark dan Thomas (1994:46) mengemukakan *assessment is processes that provide information about individual students, about curricula or programs, about institutions, or about entire systems of institutions.*

Penilaian (*assessment*) memiliki makna yang berbeda dengan evaluasi. The Task Group on Assessment and Testing (TGAT) mendeskripsikan asesmen sebagai senua cara yang digunakan untuk menilai unjuk kerja (*performance*) individu atau kelompok (Griffin dan Nix, 1991:3). Popham (1995:3) mendefinisikan asesmen dalam konteks pendidikan sebagai sebuah usaha secara formal untuk menentukan status siswa berkenaan dengan berbagai kepentingan pendidikan. Boyer dan Ewel dalam Stark dan Thomas (1994:46) mengemukakan *assessment is processes that provide information about individual students, about curricula or programs, about institutions, or about entire systems of institutions.*

Penilaian (*assessment*) memiliki makna yang berbeda dengan evaluasi. The Task Group on Assessment and Testing (TGAT) mendeskripsikan asesmen sebagai senua cara yang digunakan untuk menilai unjuk kerja (*performance*) individu atau kelompok (Griffin dan Nix, 1991:3). Popham (1995:3) mendefinisikan asesmen dalam konteks pendidikan sebagai sebuah usaha secara formal untuk menentukan status siswa berkenaan dengan berbagai kepentingan pendidikan. Boyer dan Ewel dalam Stark dan Thomas (1994:46) mengemukakan *assessment is processes that provide information about individual students, about curricula or programs, about institutions, or about entire systems of institutions.*

Penilaian (*assessment*) memiliki makna yang berbeda dengan evaluasi. The Task Group on Assessment and Testing (TGAT) mendeskripsikan asesmen sebagai senua cara yang digunakan untuk menilai unjuk kerja (*performance*) individu atau kelompok (Griffin dan Nix, 1991:3). Popham (1995:3) mendefinisikan asesmen dalam konteks pendidikan sebagai sebuah usaha secara formal untuk menentukan status siswa berkenaan dengan berbagai kepentingan pendidikan. Boyer dan Ewel dalam Stark dan Thomas (1994:46) mengemukakan *assessment is processes that provide information about individual students, about curricula or programs, about institutions, or about entire systems of institutions.*

Measurement, assessment, and evaluation are hierarchical. The comparison of observation with the criteria is a measurement, the interpretation and description of the evidence is an assessment and the judgement of the value or implication of the behavior is an evaluation.

Sementara itu National Study Committee on Evaluation dalam Stark dan Thomas (1994:12) menyatakan bahwa *evaluation is the process of ascertaining the decision of concern, selecting appropriate information, and collecting and analyzing information in order to report summary data useful to decision makers in selecting among alternatives*. Evaluasi merupakan suatu proses atau kegiatan pemilihan, pengumpulan, analisis dan penyajian informasi yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan serta penyusunan program selanjutnya. Hal ini dipergas oleh Griffin dan Nix (1991:3) menyatakan:

Evaluasi merupakan suatu proses menyediakan informasi yang dapat dijadikan sebagai pertimbangan untuk menentukan harga dan jasa (*the worth and merit*) dari tujuan yang dicapai, desam, implementasi, dan dampak untuk membantu membuat keputusan, membantu pertanggung jawaban dan meningkatkan pemahaman terhadap fenomena. Menurut rumusan tersebut, inti dari evaluasi adalah penyediaan informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil keputusan.

Evaluation is the process of delineating, obtaining, and providing descriptive and judgmental information about the worth and merit of some object's goals, design, implementation, and impact in order to guide decision making, serve needs for accountability, and promote understanding of the involved phenomena.

Stufflebeam (2003) mengemukakan bahwa:

Evaluasi memiliki makna yang berbeda dengan penilaian, pengukuran maupun tes.

kegiatan menafsirkan data hasil pengukuran.
 institusi. Berdasarkan pendapat di atas disimpulkan bahwa asesmen atau penilaian merupakan

Pengukuran, penilaian, dan evaluasi bersifat hierarkis. Evaluasi didahului dengan

penilaian (*assessment*), sedangkan penilaian didahului dengan pengukuran. Pengukuran diartikan sebagai kegiatan membandingkan hasil pengamatan dengan kriteria, penilaian (*assessment*) merupakan kegiatan menafsirkan dan mendeskripsikan hasil pengukuran, sedangkan evaluasi merupakan penetapan nilai atau implikasi perilaku. Brikerhoff dalam Mardapi (2000) menjelaskan bahwa evaluasi merupakan proses yang menentukan sejauh mana tujuan pendidikan dapat dicapai.

Lebih lanjut Brikerhoff dalam Mardapi (2000) mengemukakan dalam pelaksanaan evaluasi terdapat tujuh elemen yang harus dilakukan, yaitu: 1) *focusing the evaluation* (penentuan fokus yang akan dievaluasi), 2) *designing the evaluation* (penyusunan desain evaluasi), 3) *collecting information* (pengumpulan informasi), 4) *analyzing and interpreting* (analisis dan interpretasi informasi), 5) *reporting information* (pembuatan laporan), 6) *managing evaluation* (pengelolaan evaluasi), dan 7) *evaluating evaluation* (evaluasi untuk evaluasi). Berdasarkan pengertian tersebut menunjukkan bahwa dalam melakukan evaluasi, evaluator pada tahap awal harus menentukan fokus yang akan dievaluasi dan desain yang akan digunakan.

Hal ini berarti harus ada kejelasan apa yang akan dievaluasi yang secara implisit menekankan adanya tujuan evaluasi, serta adanya perencanaan bagaimana melaksanakan evaluasi. Selanjutnya, dilakukan pengumpulan data, menganalisis dan membuat interpretasi terhadap data yang terkumpul serta membuat laporan. Selain itu, evaluator juga harus melakukan pengaturan terhadap evaluasi dan mengevaluasi apa yang telah dilakukan dalam melaksanakan evaluasi secara keseluruhan. Weiss dalam Ortondo dan Antonio (1998) menyatakan *the purpose of evaluation research is to measure the effect of program against the goals it set out accomplish as a means of contributing to subsequent decision making about the program and improving future programming.*

Ada empat hal yang ditekankan pada rumusan tersebut, yaitu: 1) menunjuk pada penggunaan metode penelitian, 2) menekankan pada hasil suatu program, 3) penggunaan kriteria untuk menilai, dan 4) kontribusi terhadap pengambilan keputusan dan perbaikan proses masa mendatang. Berdasarkan pendapat di atas disimpulkan bahwa evaluasi merupakan proses yang sistematis dan berkelanjutan untuk mengumpukan, mendeskripsikan, menginterpretasikan

Mengevaluasi terhadap reaksi peserta pelatihan berarti mengukur kepuasan peserta (*customer satisfaction*). Program pelatihan dianggap efektif apabila proses pelatihan dirasa

1. Evaluasi Reaksi (*Evaluating Reaction*)

Kirkpatrick salah seorang ahli evaluasi program pelatihan dalam bidang pengembangan sumber daya manusia (SDM). Model evaluasi yang dikembangkan oleh Kirkpatrick dikenal dengan istilah Kirkpatrick Four Levels Evaluation Model. Evaluasi terhadap efektivitas program pelatihan (*training*) menurut Kirkpatrick (1998) mencakup empat level evaluasi, yaitu: level 1 *reaction*, level 2 *learning*, level 3 *behavior*, dan level 4 *result*.

• Evaluasi Model Kirkpatrick

program yang sering digunakan. Model-model evaluasi program tersebut diantaranya adalah:

Untuk menjelaskan lebih detail perlu dipaparkan mengenai model evaluasi

Bidang pendidikan ditinjau dari sasarnya, evaluasi ada yang bersifat makro dan ada yang mikro. Evaluasi yang bersifat makro sasarnya adalah program pendidikan, yaitu program yang direncanakan untuk memperbaiki bidang pendidikan. Evaluasi mikro sering digunakan di tingkat kelas, khususnya untuk mengetahui pencapaian belajar siswa. Pencapaian belajar ini bukan hanya yang bersifat kognitif saja, tetapi juga mencakup semua potensi yang ada pada siswa. Jadi sasaran evaluasi mikro adalah program pembelajaran di kelas dan yang menjadi penanggungjawabnya adalah guru (Mardapi, 2000:2).

Adapun tujuan evaluasi adalah untuk memperoleh informasi yang akurat dan obyektif tentang suatu program. Informasi tersebut dapat berupa proses pelaksanaan program, dampak/hasil yang dicapai, efisiensi serta pemanfaatan hasil evaluasi yang difokuskan untuk program itu sendiri, yaitu untuk mengambil keputusan apakah dilanjutkan, diperbaiki atau dihentikan. Selain itu, juga dipergunakan untuk kepentingan penyusunan program berikutnya maupun penyusunan kebijakan yang terkait dengan program.

dan menyajikan informasi untuk dapat digunakan sebagai dasar membuat keputusan, menyusun kebijakan maupun menyusun program selanjutnya.

Oleh karena itu untuk mengukur efektivitas program pelatihan maka ketiga aspek tersebut perlu untuk diukur. Tanpa adanya perubahan sikap, peningkatan pengetahuan maupun perbaikan keterampilan pada peserta pelatihan maka program dapat dikatakan gagal. Penilaian keterampilan telah mengalami perubahan sikap, perbaikan pengetahuan maupun peningkatan

pengetahuan, sikap maupun keterampilan. Peserta pelatihan dikatakan telah belajar apabila pada *the program*. Terdapat tiga hal yang dapat instruktur ajarkan dalam program pelatihan, yaitu *participants change attitudes, improving knowledge, and/or increase skill as a result of attending* Kirpatrick (1998:20) mengemukakan *learning can be defined as the extent to which*

2. Evaluasi Belajar (*Evaluating Learning*)

Keputusan peserta pelatihan dapat dikaji dari beberapa aspek, yaitu materi yang diberikan, fasilitas yang tersedia, strategi penyampaian materi yang digunakan oleh instruktur, media pembelajaran yang tersedia, jadwal kegiatan sampai menu, dan penyajian konsumsi yang disediakan. Mengukur reaksi dapat dilakukan dengan *reaction sheet* dalam bentuk angket sehingga lebih mudah dan lebih efektif.

Orang akan belajar lebih baik manakala mereka memberi reaksi positif terhadap pelatihan. Orang akan belajar lebih baik manakala mereka memberi reaksi positif terhadap *to the learning environment*. Disimpulkan bahwa keberhasilan proses kegiatan pelatihan tidak terlepas dari minat, perhatian, dan motivasi peserta pelatihan dalam mengikuti jalannya kegiatan *are critical to the success of any training program, people learn better when they react positively* Partner (2009) mengemukakan *the interest, attention and motivation of the participants*

lanjut
 pelatihan yang berikutnya maka mereka tidak akan termotivasi untuk mengikuti pelatihan lebih dari peserta yang menyenangkan. Sebaliknya apabila peserta tidak merasa puas terhadap proses pelatihan berjalan secara memuaskan bagi peserta yang pada akhirnya akan memunculkan reaksi untuk belajar dan berlatih. Dengan kata lain peserta pelatihan akan termotivasi apabila proses menyenangkan dan memuaskan bagi peserta pelatihan sehingga mereka tertarik termotivasi

Beberapa program mempunyai tujuan meningkatkan moral kerja maupun membangun *teamwork* (tim kerja) yang lebih baik. Dengan kata lain adalah evaluasi terhadap *impact program* kenaikan keuntungan.

biaya, penurunan kuantitas terjadinya kecelakaan kerja, penurunan (*turnover*) pergantian) dan program pelatihan di antaranya adalah kenaikan produksi, peningkatan kualitas, penurunan karena peserta telah mengikuti suatu program. Termasuk dalam kategori hasil akhir dari suatu Evaluasi hasil dalam level ke 4 ini difokuskan pada hasil akhir (*final result*) yang terjadi

4. Evaluasi Hasil (*Evaluating Result*)

pelatihan.

kerja maka evaluasi level 3 ini dapat disebut sebagai evaluasi terhadap *outcomes* dari kegiatan di tempat kerjanya? Karena yang dinilai adalah perubahan perilaku setelah kembali ke tempat pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperoleh selama pelatihan untuk diimplementasikan mengikuti pelatihan dan kembali ke tempat kerja? Bagaimana peserta dapat mentasfer pelatihan. Dengan kata lain yang perlu dinilai adalah apakah peserta merasa senang setelah Perubahan perilaku apa yang terjadi di tempat kerja setelah peserta mengikuti program

lebih bersifat eksternal.

diimplementasikan setelah peserta kembali ke tempat kerja, sehingga penilaian tingkah laku ini tempat kerja. Apakah perubahan sikap yang telah terjadi setelah mengikuti pelatihan juga akan penilaian tingkah laku difokuskan pada perubahan tingkah laku setelah peserta kembali ke yang terjadi pada saat kegiatan pelatihan dilakukan sehingga lebih bersifat internal, sedangkan sikap pada level ke 2. Penilaian sikap pada evaluasi level 2 difokuskan pada perubahan sikap Evaluasi pada level ke 3 (evaluasi tingkah laku) ini berbeda dengan evaluasi terhadap

3. Evaluasi Tingkah Laku (*Evaluating Behavior*)

dikembangkan atau diperbaiki.

berikut 1) pengetahuan yang telah dipelajari, 2) perubahan sikap, dan 3) keterampilan yang telah itu dalam pengukuran hasil belajar (*learning measurement*) berarti penentuan satu atau lebih hal *evaluating learning* ini ada yang menyebut dengan penilaian hasil (output) belajar. Oleh karena

(pengaruh program). Tidak semua pengaruh dari sebuah program dapat diukur dan juga membutuhkan waktu yang cukup lama. Oleh karena itu evaluasi level 4 ini lebih sulit di bandingkan dengan evaluasi pada level-level sebelumnya.

• Evaluasi Model CIPP

Konsep evaluasi model CIPP (*Context, Input, Process, and Product*) pertama kali dikemukakan oleh Stufflebeam tahun 1965 sebagai hasil usahanya mengevaluasi ESEA (*The Elementary and Secondary Education Act*). Konsep tersebut ditawarkan Stufflebeam dengan pandangan bahwa tujuan penting evaluasi adalah bukan membuktikan tetapi untuk memperbaiki. Hal ini dipertegas oleh Madans dik (1983:118) yang mengemukakan *the CIPP approach is based on the view that the most important purpose of evaluation is not to prove but to improve.*

Evaluasi model CIPP dapat diterapkan dalam berbagai bidang, seperti pendidikan, manajemen, perusahaan serta dalam berbagai jenjang baik itu proyek, program maupun instansi. Dalam bidang pendidikan Stufflebeam (2003) mengkolongkan sistem pendidikan atas empat dimensi, yaitu *context, input, process*, dan *product*, sehingga model evaluasi yang ditawarkan diberi nama CIPP model yang merupakan singkatan ke empat dimensi tersebut.

Sudjana dan Ibrahim (2004:246) menyempatkan masing-masing dimensi tersebut dengan makna:

1. *Context*, situasi atau latar belakang yang mempengaruhi jenis-jenis tujuan dan strategi pendidikan yang akan dikembangkan dalam sistem yang bersangkutan, situasi ini merupakan faktor eksternal, seperti misalnya masalah pendidikan yang dirasakan, keadaan ekonomi negara, dan pandangan hidup masyarakat,
2. *Input*, sarana/modal/bahan dan rencana strategi yang ditetapkan untuk mencapai tujuan pendidikan, komponen input meliputi siswa, guru, desain, saran, dan fasilitas,
3. *Process*, pelaksanaan strategi dan penggunaan sarana/modal/bahan di dalam kegiatan nyata di lapangan, komponen proses meliputi kegiatan pembelajaran, pembelajaran, dan pelatihan,

Stake menekankan adanya dua dasar kegiatan dalam evaluasi, yaitu *description* (deskripsi) dan *judgement* (pertimbangan), serta membedakan adanya tiga tahap dalam program, yaitu *antecedent* (program pendahuluan/masukan/context), *transaction* (transaksi/kejadiran/process), dan *outcomes* (hasil/result). Stake dalam Tayibnapis (2000:19) berpendapat menilai suatu program pendidikan harus melakukan perbandingan yang relatif

• Evaluasi Model Stake (*Model Countenance*)

Stufflebeam dalam naskah yang dipresentasikan pada Annual Conference of the Oregon Program Evaluation Network (OPEN) Portland tahun 2003, memperluas makna evaluasi *product* menjadi *impact evaluation* (evaluasi pengaruh), *effectiveness evaluation* (evaluasi efektivitas), *sustainability evaluation* (evaluasi keberlanjutan), dan *transportability evaluation* (evaluasi transformasi) (Stufflebeam, 2003:59-62).

<p><i>Product Evaluation</i> context, input, dan process</p>	<p><i>Process Evaluation</i></p>	<p><i>Input Evaluation</i></p>	<p><i>Context Evaluation</i></p>	<p>Hubungan an pengam bilan kepusa n dengan proses an perubahan</p>
<p>Untuk memfokuskan dalam kegiatan secara kontinu, menghentikan (mengakhiri), modifikasi, mengatur kembali fokus perubahan aktivitas dengan tahapan materi yang lain dalam proses perubahan untuk mengatur kembali aktivitas perubahan</p>	<p>Untuk implementasi dan memperbaiki prosedur untuk desain program dan prosedur untuk desain strategis, prosedural untuk desain kontrol</p>	<p>Memilih SDM sebagai pendukung, solusi strategis, dan prosedural untuk desain (aktivitas) kerja</p>	<p>Memutuskan dalam hal menyajikan sebagai pendukung, tujuan, sasaran, dengan kebutuhan dan perubahan (aktivitas) untuk perencanaan kebutuhan</p>	<p>Memutuskan dalam hal menyajikan sebagai pendukung, tujuan, sasaran, dengan kebutuhan dan perubahan (aktivitas) untuk perencanaan kebutuhan</p>

Seangkan menurut Ndraha (2005:163), efisiensi digunakan untuk mengukur proses, efektivitas guna mengukur keberhasilan mencapai tujuan. Khusus mengenai efektivitas (effectiveness) yang didefinisikan secara abstrak sebagai tingkat pencapaian tujuan, diukur dengan rumus hasil dibagi dengan (per) tujuan. Tujuan yang bernula pada visi yang bersifat abstrak itu dapat dideduksi sampai menjadi kongkrit, yaitu sasaran (strategi). Sasaran adalah tujuan yang terukur, konsep

Menurut Ravianto (1989:113), pengertian efektivitas adalah seberapa baik pekerjaan yang dilakukan, sejauh mana orang menghasilkan keluaran sesuai dengan yang diharapkan. Ini berarti bahwa apabila suatu pekerjaan dapat diselesaikan dengan perencanaan, baik dalam waktu, biaya maupun mutu, maka dapat dikatakan efektif.

Menurut Subagyo (2000) efektivitas adalah kesesuaian antara output dengan tujuan yang ditetapkan. Efektivitas adalah suatu keadaan yang terjadi karena dikehendaki. Kalau seseorang melakukan suatu perbuatan dengan maksud tertentu dan memang dikehendaki, maka pekerjaan orang itu dikatakan efektif bila menimbulkan akibat atau mempunyai maksud sebagaimana yang dikehendaki sebelumnya (Gie, 1997). Menurut Richard Steer dalam Halim (2001), efektivitas harus dinilai atas dasar tujuan yang bisa dilaksanakan, bukan atas dasar konsep tujuan yang maksimum. Efektivitas diukur dengan menggunakan standar sesuai dengan acuan yang telah ditetapkan.

2.2 Teori Efektivitas

Penekanan yang umum atau hal yang penting dalam model ini adalah bahwa evaluator yang membuat penilaian tentang program yang dievaluasi. Lebih lanjut Stake dalam Tayibnapis (2000:20) menyatakan bahwa *description* di satu pihak berbeda dengan *judgement* di lain pihak. Dalam model ini *antecedent* (masuk) (*transacion* (proses) dan *outcomes* (hasil) data di bandingkan tidak hanya untuk menentukan apakah ada perbedaan antara tujuan dengan keadaan yang sebenarnya, tetapi juga dibandingkan dengan standar yang absolut untuk menilai manfaat program.

antara program satu dan program yang lain, atau perbandingan yang absolut yaitu membandingkan suatu program dengan standar tertentu.

Dari berbagai pengertian mengenai efektivitas diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa suatu hal dapat dikatakan efektif apabila hal tersebut sesuai dengan yang dikehendaki. Artinya, pencapaian hal yang dimaksud merupakan pencapaian tujuan dilakukannya tindak-tanduk untuk mencapai hal tersebut. Efektivitas dapat diartikan sebagai suatu proses pencapaian suatu tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Suatu usaha atau kegiatan dapat dikatakan efektif apabila usaha atau kegiatan tersebut telah mencapai tujuannya. Apabila tujuan yang dimaksud adalah tujuan suatu program kegiatan maka proses pencapaian tujuan tersebut merupakan keberhasilan dalam melaksanakan program atau kegiatan menurut wewenang, juga, fungsi dan tujuan dari program tersebut.

Efektifitas adalah suatu keadaan yang mengandung pengertian mengenai terjadinya suatu efek atau akibat yang dikehendaki, kalau seseorang melakukan suatu perbuatan dengan maksud tertentu yang memang dikehendaki. Maka orang itu dikatakan efektif kalau menimbulkan atau mempunyai maksud sebagaimana yang dikehendaki

entang efektivitas sebagai berikut :

Mengutip Ensiklopedia administrasi, (The Liang Gie, 1967) menyayampaikan pemahaman dikatakan efektif apabila telah mencapai tujuan yang ditentukan.

whatever it is effective or not. Pendapat ini antara lain menunjukkan bahwa suatu kegiatan an action is effective if it specific objective aim. It is efficient if it satisfies the motives of the aim,

Barnard (dalam Prawirosoentono, 1997: 27) berpendapat *Accordingly, we shall say that*

penyelenggaraan pemerintahan daerah.

hasil relatif, bergantung pada pertanyaan, pada mata rantai mana dalam proses dan siklus pemerintahan, hasil didefinisikan. Adapun penilaiannya, efektivitas birokrasi yang menyelenggarakan fungsi – fungsi pemerintah menjadi hal yang sangat penting dalam proses

Penelitian	Judul	Hasil
<p>Tesis oleh Zulkifli Akbar ,2009</p>	<p>Strategi Revitalisasi Program Kapal Pemuda Asean-Jepang (Ship For Southeast Asian Youth Program (SSEAYP) Sebagai Program Pengembangan Kepemimpinan Pemuda Indonesia</p>	<p>Fokus penelitian ini adalah revitalisasi program pelatihan yang dilaksanakan oleh Deputi Bidang Pengembangan Kepemimpinan Pemuda dengan menggunakan teori revitalisasi Gouillart dan Kelly (1995). Hasilnya dirumuskan bahwa strategi "Ekspanst" dalam memenuhi harapan stakeholders terhadap program pengembangan Kepemimpinan pemuda.</p>
<p>Tesis oleh Agus Komarudin, 2008</p>	<p>Revitalisasi Program Pengembangan Kepemimpinan Pada Kementerian Negara Pemuda Dan Olahraga</p>	<p>Fokus penelitian ini adalah revitalisasi program pelatihan yang dilaksanakan oleh Deputi Bidang Pengembangan Kepemimpinan Pemuda dengan menggunakan teori revitalisasi Gouillart dan Kelly (1995). Hasilnya dirumuskan bahwa strategi "Ekspanst" dalam memenuhi harapan stakeholders terhadap program pengembangan Kepemimpinan pemuda.</p>

Tabel 2.2 Penelitian Sebelumnya

Penelitian kualitatif berasumsi bahwa pemahaman tingkah laku manusia tidak cukup dengan *surface behavior* (tingkah laku yang tampak di permukaan), melainkan juga perspektif dalam diri dari perilaku manusia untuk memperoleh gambar yang utuh manusia dan dunianya.

1. realitas sosial adalah sesuatu yang subjektif dan diinterpretasikan, bukan sesuatu yang berada diluar individu-individu,
 2. manusia tidak secara sederhana mengikuti hukum-hukum alam diluar diri, melainkan menciptakan rangkaian makna dalam menjalani kehidupannya,
 3. ilmu didasarkan pada pengetahuan sehari-hari, bersifat induktif, idiosgratis dan tidak bebas nilai, serta
 4. penelitian bertujuan untuk memahami kehidupan sosial.
- Penelitian kualitatif menghasilkan dan mengolah data yang sifatnya deskriptif, seperti transkrip wawancara, catatan lapangan, gambar, foto, rekaman video, dan sebagainya. Selain itu, penelitian kualitatif juga memiliki beberapa pandangan mendasar, yaitu: (Patton, 1990)
- Penelitian kualitatif lebih menekankan pada pengembangan mendalam data yang pendekatan induktifnya lebih menekankan pada pengembangan mendalam data yang pengumpulan informasi dengan mendalami fenomena yang diteliti (Koenigsmann, 1981). Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang menekankan pada manfaat dan masalah penelitian akan terjawab secara logis, sistematis, dan empiris bila didukung oleh data yang tepat. Pendekatan ini menggunakan metode kualitatif yang menekankan pada manfaat dan menggunakan informasi, dan menyajikan analisis hasil penelitian. Oleh karena itu, suatu Pendekatan penelitian adalah satu strategi yang dipilih oleh peneliti untuk mengamati, 3.1 Pendekatan Penelitian

Pada bab ini peneliti menjelaskan secara umum mengenai pemilihan pendekatan penelitian, tipe penelitian yang dilakukan, pemilihan informan sebagai salah satu sumber data, teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti.

BAB III METODE PENELITIAN

Data sekunder merupakan data historis yang sudah terkumpul untuk tujuan penelitian. Pengumpulan data diambil dari sumber-sumber internal dan eksternal organisasi. Internal data sekunder didapat berupa pencatatan administrasi atau laporan

a. Data sekunder

pengumpulan data sebagai berikut:

teknik yang dilakukan untuk mencapai tujuan penelitian sesuai dengan judul meliputi kegiatan yang relevan dengan topik penelitian. Dalam melakukan penelitian ini, adapun langkah atau bentuk rangkaiannya kata-kata atau cerita dan tindakan nyata yang direkam dari sumber-sumber meyakini bahwa sumber utama data penelitian kualitatif adalah data verbal, yaitu dalam Menurut Lexy J. Moleong, sebagaimana yang dikutip oleh Lofland dan Lofland (2004), penelitian ini:

pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen-dokumen yang relevan dengan Sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada adalah informan yang langsung memberikan informasi atau data kepada pengumpul data. dikumpulkan dari sumber primer, dan sumber sekunder. Sumber data primer dalam penelitian ini Sedangkan jika sumber datanya, maka pengumpulan penelitian ini dapat dari settingnya, data penelitian ini dapat dikumpulkan pada setting alamiah (*natural setting*). Seperti yang telah dijelaskan oleh Sugiyono (2003), bahwa pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, dari berbagai sumber, dan dengan berbagai cara. Bila dilihat

3.3 Teknik Pengumpulan Data

evaluasi terhadap suatu peristiwa, kegiatan, atau kebijakan yang sedang berjalan.

Penelitian ini menggunakan tipe penelitian evaluatif yang bertujuan untuk melakukan

3.2 Tipe Penelitian

Sifat dari penelitian ini tidak hanya menjabarkan dan memaparkan berbagai kasus mengenai permasalahan yang diangkat, akan tetapi juga akan melakukan analisis dengan pisan analisa yang telah dijabarkan dalam kerangka teori dan kerangka konsep.

pengelolaan Program Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, (Kekuatan dan Kelemahan) serta eksternal (Peluang dan Tantangan) terhadap Indonesia-Kanada untuk melakukan identifikasi terhadap faktor internal pejabat/pengurus terpilih yang ada pada organisasi Program Pertukaran Pemuda yang akan dilakukan dalam penelitian ini berupa komunikasi langsung dengan lebih mengetahui tentang hal-hal atau informasi yang dibutuhkan. Wawancara akan diteliti tersebut. Dengan kata lain informan adalah orang atau subjek yang diteliti, atau informan yang memiliki pengalaman langsung dengan objek yang adalah informan yang memiliki pengetahuan dan mendalami situasi yang sedang ditentukan yang memiliki ciri dan sifat yang khas. Kekhususan yang dimaksud Wawancara dilakukan terhadap informan yang sebelumnya sudah dipilih atau digali dapat terungkap secara jelas.

atau sesuai dengan tujuan penelitian dan informasi-informasi penting yang ingin data. Pedoman wawancara dibuat dengan tujuan agar wawancara tetap terfokus sebelumnya, dan menggunakan beberapa alat bantu untuk proses pengumpulan Wawancara dilakukan dengan pedoman wawancara yang telah ditetapkan

(ii) Wawancara

memperoleh data yang diperlukan berkaitan dengan pembahasan penelitian. Australia dan Amerika Serikat, untuk melihat situasi dan kondisi serta Program Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, dan Malaysia, Peneliti mengadakan pengamatan langsung ke objek penelitian organisasi

(i) Pengamatan (Observasi)

Pengumpulan data dilakukan berdasarkan diantaranya:

Ini merupakan kumpulan data yang dimaksudkan untuk tujuan pembahasan ini.

b. Data primer

penelitian yang telah dilakukan serta buku atau literatur yang terkait dengan penelitian. melalui surat kabar harian, majalah, internet, bahan seminar, hasil survey atau hasil Malaysia, Australia dan Amerika Serikat Sedangkan eksternal data sekunder didapat internal pengurus Program Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, rutin serta Profil Organisasi serta berbagai data penunjang lain yang bersumber dari

Malaysia, Australia dan Amerika Serikat. Wawancara dilakukan secara mendalam

dan terstruktur (*Deep Interview*)

Teknik Pengumpulan Data di atas difokuskan pada efektivitas Program Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, dan Amerika Serikat dalam pengembangan pemuda. Penganalisisan data yang terkumpul dimaksudkan untuk menemukan hal-hal penting dan pokok-pokok pikiran yang menggambarakan permasalahan di sekitar tema yang diteliti.

Untuk memenuhi hal-hal di atas maka teknik pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh melalui dua kegiatan yaitu:

a. Desk Research

Desk Research atau studi literatur dilakukan dengan mengkaji berbagai informasi yang terkait dengan program PPK. Sumber informasi itu sendiri berasal dari buku-buku panduan program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, dan Amerika Serikat, media cetak (majalah dan koran), jurnal, internet, serta berbagai dokumen dari studi dan kajian yang pernah dilakukan.

b. Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam dilakukan dengan Deputi Bidang Pengembangan Kepemimpinan Pemuda, staf di lingkungan Kedepuan Bidang Pengembangan Kepemimpinan Pemuda yang menangani program pertukaran pemuda tersebut, Alumni Program tersebut. Teknik ini dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang mendalam tentang pelaksanaan program pertukaran pemuda tersebut.

Kedua teknik pengumpulan data tersebut difokuskan pada revitalisasi Program Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, dan Amerika Serikat. Dari data yang terkumpul, kemudian dilakukan analisis data, yaitu dengan mencoba menemukan hal-hal penting dan pokok-pokok pikiran yang menggambarakan permasalahan disekitar tema yang diteliti.

Proses analisis pada penelitian kualitatif dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data yaitu dilakukan sejak awal penelitian dan selama proses penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan ilustrasi sejauh mana penerapan program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, dan Australia telah memenuhi tujuan

3.5 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. *Deputi I/Pemberdayaan Pemuda*
2. *Asdep I.1/Pemberdayaan Pemuda dan Hubungan Internasional*
3. *Kepala Bidang yang menangani program tersebut*
4. *Alumni program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada, Australia, Malaysia, dan Australia*
5. *Project officer/supervisor program tiap negara*

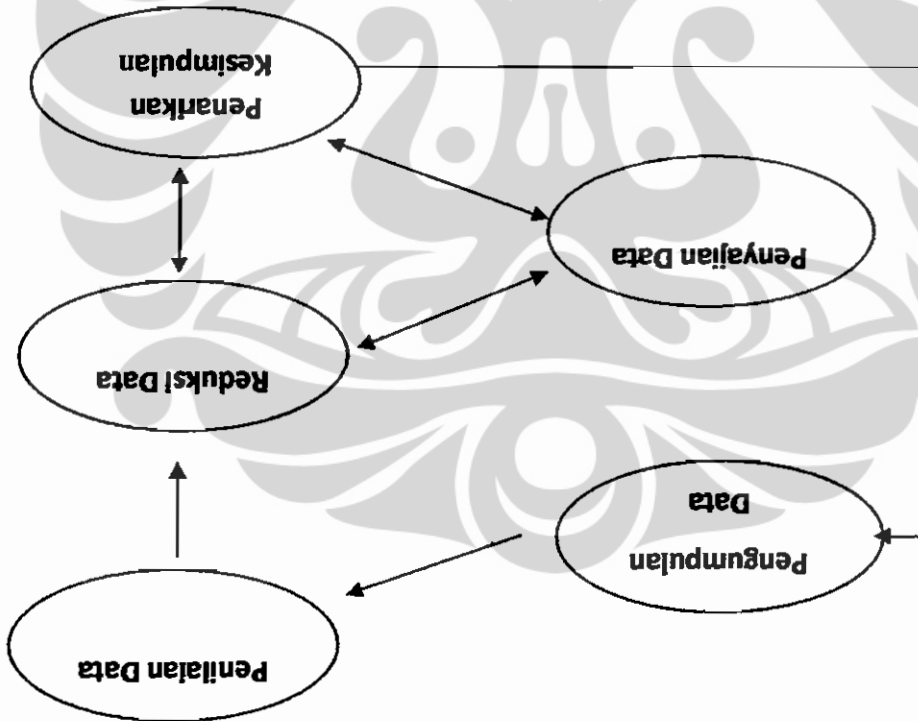
yang ada di tempat penelitian. Adapun informan yang dilibatkan adalah: masyarakat yang dapat meluangkan waktu bersama peneliti, (3) terlibat aktif dengan kegiatan dengan baik budaya, daerah dan menyaksikan kejadian-kejadian di tempatnya, (2) anggota Newman (2000) tentang karakteristik informan yang baik yaitu (1) seseorang yang mengetahui Australia dan Amerika Serikat. Dalam penentuan informan, peneliti berdasarkan pada pendapat manfaat dari program pertukaran pemuda Inonesia-Kanada, Australia, Malaysia, dan Australia. Informan penelitian ini adalah pihak-pihak yang mengetahui, menjalankan dan menerima untuk mendapatkan informasi tentang permasalahan yang dikaji.

Informan dalam penelitian kualitatif ini sangat penting, peranan informan merupakan "bank data" yang dapat memberikan informasi primer yang dibutuhkan oleh peneliti. Melihat posisi dan peranan informan sangat sentral, maka untuk menetapkan informan dibutuhkan seleksi yang tepat. Dalam penelitian ini, penentuan informan disesuaikan dengan berbagai informasi yang dibutuhkan oleh peneliti serta merujuk pada kompetensi yang mereka miliki

3.4 Informan Penelitian

1. Melalui proses reduksi data, yaitu mengkategorikan dan mengelompokkan data yang lebih penting dari hasil wawancara, studi pustaka maupun dokumen. Dari lokasi penelitian, data dan laporan lapangan kemudian direduksi, dirangkum dan dipilah-pilah hal yang pokok, difokuskan untuk dipilih yang terpenting, lalu dicari tema atau polanya. Reduksi data dilakukan secara bertahap dengan cara menyusun ringkasan data menelusuri tema yang tersebar. Setiap data yang diperoleh di *cross check* melalui komentar informan yang berbeda untuk menggal informasi dalam wawancara lanjutan. Misalnya keterangan yang diterima dari kepala sekolah akan dibandingkan dengan keterangan yang didapat dari orangtua siswa. Reduksi data dilakukan terus menerus selama proses penelitian berlangsung. Pada tahapan ini setelah data dipilah kemudian disederhanakan, data yang

Sumber: Miles B.B dan A. M. Huberman (1997:18)



Gambar 3.1 Teknik Analisis Data

sebagai berikut:

yang telah ditetapkan sebelumnya. Langkah-langkah analisis data dalam penelitian ini adalah

Efektivitas program dinilai tidak hanya dari keberhasilan program tersebut mencapai tujuan atau sasaran yang diembannya. Sejalan dengan peningkatan kuantitas program, sebagai wujud dari hasil yang dicapai program (*outputs*), akan ada perubahan-perubahan pada kelompok sasaran yang menginginya. Meningkatkan kapasitas dan daya saing pemuda merupakan salah satu perwujudan manfaat dari program pertukaran pemuda tersebut. Dengan demikian, perubahan-perubahan atau manfaat tersebut mencerminkan bahwa program berjalan sebagaimana yang diharapkan dan sesuai dengan tujuan dibentuknya.

3.6 Operasionalisasi Konsep

keseluruhan atau data-data

dimaksudkan untuk lebih mempermudah bagi peneliti dalam melihat gambaran secara sekumpulan informasi dari responden menjadi pernyataan. Penyajian data juga bentuk gambar maupun tabel. Penyajian data merupakan suatu upaya penyusunan 2. Penyajian data, yaitu penyajian data setelah direduksi agar mudah dipahami baik dalam untuk menarik kesimpulan sementara.

tidak diperlukan disortir agar diberi kemudahan dalam penampilan, penyajian, serta



Informan (Stake holder)	Kemenpora	Sumber Data	Deskripsi	Objek yang diteliti
✓	✓	Pustaka, wawancara	Tujuan program, Proses seleksi calon peserta, kualifikasi penguji	Input
✓	✓	Pustaka, Wawancara	Pebekalan peserta, kompetensi instruktur, kegiatan inti program di luar negeri dan Indonesia	Process
✓		Wawancara	Knowledge, skills dan attitude	Output

Tabel 3.1. Operasionalisasi Konsep

DESKRIPSI PROGRAM PERTUKARAN PEMUDA INDONESIA-KANADA, AUSTRALIA DAN MALAYSIA

BAB IV

4.1 Kanada

Kanada dan Indonesia adalah mitra di beberapa organisasi multilateral, seperti Kerjasama Ekonomi Asia-Pasifik (APEC), Perhimpunan Negara-Negara Asia Tenggara (ASEAN), Forum Regional ASEAN (ARF), dan Organisasi Perdagangan Dunia (WTO). Saat ini, Kanada dan Indonesia duduk bersama-sama di Dewan Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa. Keanggotaan bersama tersebut merupakan bukti dari komitmen bersama kedua negara terhadap kawasan Asia Pasifik dan kerjasama multilateral.

Selam hubungan ekonomi yang sangat erat, Kanada dan Indonesia juga terlibat dalam kegiatan konsultasi secara berkala di beberapa bidang termasuk perlindungan hak asasi manusia, tata pemerintahan dan pluralisme, pembangunan ekonomi, penguatan kerentanan terhadap kemiskinan, perencanaan kebijakan luar negeri dan juga pertukaran duta social budaya antara kedua negara. Nilai-nilai bersama kedua negara terus diperkuat melalui pertukaran yang kaya di bidang seni budaya dan juga misistif-inisiatif diplomasi publik lainnya.

Dalam upaya meningkatkan dan mempererat hubungan bilateral kedua Negara dan juga untuk meningkatkan kapasitas pemuda dari kedua Negara, Kementerian Pemuda dan Olahraga Republik Indonesia (Kemendpora) bekerjasama dengan pemerintah Kanada menyelenggarakan program kepemudaan yang bertajuk Pertukaran Pemuda Indonesia-Kanada (PPIK) atau juga dikenal sebagai *Indonesia-Kanada Youth Exchange*. Program tahunan yang dirintis Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas) sejak 1974 ini bertujuan membentuk jejaring pemuda, menumbuhkan karakter, pemahaman budaya serta turut berkontribusi pada pembangunan masyarakat setempat dengan melibatkan peran aktif pemuda. 27 pemuda Indonesia dan 27 pemuda Kanada yang dipimpin masing-masing oleh seorang *project supervisor*. Peserta PPIK yang tinggal di rumah-rumah penduduk secara berpasang-pasangan berusaha menjawab

bangsa dan Negara

- b) Memperluas dan memperkuat kerjasama antara kedua Negara dalam memajukan kedua kependudukan
- a) Memberikan perspektif pemikiran dan wawasan baru dalam memajukan kegiatan

Sedangkan tujuan khusus dari program ini adalah:

- a) Memupuk rasa persaudaraan dan saling pengertian antar pemuda Indonesia dan Kanada dalam rangka mendorong terciptanya perdamaian dunia
- b) Memahami tanggung jawab dan meningkatkan komitmen untuk pembangunan nasional dan internasional
- c) Memberikan bekal keterampilan, sehingga mereka mampu berpartisipasi secara lebih aktif dan efektif dalam pembangunan masyarakat pedesaan

Tujuan umum dari program ini adalah:

Program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada ini memiliki tujuan umum dan khusus.

perdagangan bebas.

meningkatkan kualitas dan daya saing para pemuda Indonesia di dalam era globalisasi dan dengan pemerintah Kanada melalui *Canada World Youth (CWY)* diharapkan mampu kerjasama antara pemerintah Indonesia melalui kementerian Negara pemuda dan Olahraga generasi penerus bangsa. Program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada terselenggara atas maupun internasional, serta meningkatkan patriotisme dan disiplin nasional para pemuda sebagai memperluas wawasan dan cakrawala bertukar generasi muda Indonesia dalam skala nasional persahabatan dan saling pengertian antar pemuda kedua Negara dalam aspek kehidupan, yang berlangsung sejak tahun 1974 mempunyai peran strategis dalam rangka menjalin Program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada (*Indonesia-Canada Exchange Program*)

kat setempat

dan pembuatan pupuk kompos, hingga mengemas hiburan kebudayaan kepada masyarakat-bahasa Inggris di Sekolah Dasar (SD), memberikan pembelajaran tata cara pengolahan sampah kesulitan-kesulitan yang dialami masyarakat dengan berbagai kegiatan antara lain, mengajar

Program Pertukaran Pemuda Inonesia-Kanada. Program PPIK telah berjalan 37 tahun, karena dianggap memiliki nilai strategis bagi pemerintah Indonesia dan Kanada, maka sampai saat ini masih dipertahankan. Selain mempererat persahabatan antar negara dan sebagai media promosi kebudayaan, kegiatan ini menjadi salah satu kantung pelatihan kepemimpinan bagi kader pemuda terpilih di negaranya. Kita bisa membayangkan jika setiap tahun ada 27 pemuda terpilih mendapatkan pelatihan kepemimpinan maka pada saat yang sama kita telah berupaya menyiapkan 27 pemuda yang berpotensi menjadi pemimpin negeri ini. Apabila dikalkulasikan dengan usia kegiatan ini yang telah mencapai 37 tahun dan pada setiap tahunnya diikuti oleh 27 pemuda, maka selama ini kita telah mengirim sebanyak 999 pemuda terpilih untuk mendapatkan latihan kepemimpinan, yang berarti kita juga telah mengkader 999 pemuda terpilih untuk menyambung persahabatan dengan Kanada. Dalam kesempatan ini mereka bisa belajar terbuka untuk berinteraksi dengan peserta dari negara lain yang memiliki latar belakang budaya bahkan ideologi yang berbeda. Program ini menitikberatkan pada persahabatan dan kerjasama antara pemuda Indonesia melalui pelatihan kompetensi kepemimpinan menuju penciptaan kader pemimpin yang berwawasan internasional. Untuk Indonesia, kita mengenal beberapa alumni program PPIK yang mampu menduduki posisi puncak dalam bidangnya.

Program Pertukaran Pemuda Inonesia-Kanada. Program PPIK telah berjalan 37 tahun, sehat, tangguh, cerdas, mandiri, dan profesional. untuk mewujudkan tujuan pembangunan nasional, diperlukan pemuda yang berakhlak mulia, pemberdayaan, dan pengembangan sebagai bagian dari pembangunan nasional. Oleh sebab itu pembangunan bangsa, sehingga perlu dikembangkan potensi dan perannya melalui penyadaran, merdeka, bersatu, dan berdaulat. Selain itu juga pemuda selalu berperan dalam pembaruan dan berperan aktif sebagai ujung tombak dalam mengantarakan bangsa dan negara Indonesia yang perjuangannya bangsa Indonesia sejak pertisan pergerakan kebangsaan Indonesia, pemuda kependudukan. Dengan lahirnya UU no.40/2009 yang dilatar belakangi oleh perjalanan sejarah apa yang diamanatkan oleh undang nomor 40 tahun 2009 (UU no.40/2009) tentang Program PPIK ini sejalan dan merupakan salah satu program yang mengimplementasikan

- Program PPIK ini sejalan dan merupakan salah satu program yang mengimplementasikan
- kehidupan, kesehatan, pelestarian lingkungan hidup dan kewirausahaan.
- d) Melakukan pemberdayaan masyarakat khususnya pemuda melalui kegiatan pendidikan, kemandirian, kreatifitas dan wawasan kebangsaan pemuda
- c) Meningkatkan aktifitas kependudukan yang memberikan makna dan nilai tambah bagi

4.2 Australia

AIYEP Australia-Indonesia *Youth Exchange Programme* Pertukaran Pemuda Indonesia-Australia (PIA) pertama kali diadakan tahun 1981. Program ini merupakan gagasan dari *Department of Foreign Affair and Trade* (DFAT) Australia yang menunjuk Australia-Indonesia *Institute* (AI) untuk bekerjasama dengan Kementerian Negara Pemuda dan Olahraga (Kemeneppora) Republik Indonesia dalam menyelenggarakan program pertukaran pemuda diantara kedua negara.

Program ini terdiri dari 4 fase, fase Australia selama 2 bulan dan di Indonesia selama 2 bulan. Di masing-masing negara dilaksanakan fase kota dan fase desa. Setiap tahunnya, lokasi AIYEP selalu berubah, berpindah dari satu negara bagian ke negara bagian lain, juga ketika di Indonesia lokasi setiap tahunnya akan berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya. Selama 2 bulan pertama, hanya peserta Indonesia saja yang akan menjalani program di Australia, dan 2 bulan terakhir peserta Australia akan bersama dengan peserta Indonesia menjalani program di Indonesia. Jumlah peserta Indonesia adalah 18 orang dari 18 provinsi yang berbeda, terdiri dari 9 peserta Wanita dan 9 peserta pria, begitu pula dengan peserta Australia. total peserta adalah 36 orang. Sejak tahun 2002, selama fase Australia, AIYEP dikordinir oleh *The Communication Network* (TCN), sebuah konsultan yang bergerak di bidang proyek bilateral dengan Indonesia. Di Indonesia, AIYEP dikordinir oleh Kemempora yang menunjuk seorang *Liaison officer* yang pertama kali pada tahun 2010 yang menjadi perpanjangan tangan mempora dalam koordinasi selama program fase Indonesia berjalan. koordinasi program akan berada di lingkungan pemerintah nasional (Kemempora) dan juga pemerintah lokal (Dispora provinsi, kota dan kabupaten). Kegiatan peserta diantaranya adalah : *Homesays* di masing-masing fase, *Work placement*, *Culture performance*, dan juga *Community development projects*. AIYEP dilaksanakan sekitar bulan Oktober-Januari.

4.2.2 Tujuan Program

a. Tujuan Umum

- ❖ Mempuk rasa persaudaraan dan saling pengertian antar pemuda Indonesia dan Australia dalam rangka mendorong terciptanya perdamaian dunia;

3). *International English Language Testing System (IELTS)* = 3,5

c). TOEFL IBT = 40

b). TOEFL CBT = 120

a). TOEFL Paper = 432

2). *Test of English as a Foreign Language (TOEFL)*

1). *Test of English for International Communication (TOEIC)* = 400

kompetensi minimum memenuhi salah satu sistem tes sebagaimana ketentuan berikut
Mampu berkomunikasi dalam bahasa Inggris baik lisan maupun tulisan dengan skor

Aktif dan berminat dalam bidang pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*)

Belum menikah;

Minimal lulusan SMA sederajat;

Sehat jasmani dan rohani;

Memiliki akses yang kuat dalam bidang pemberdayaan Pemuda

Warga negara Indonesia berusia 18 – 25 tahun.

a. Kriteria Calon Peserta

4.2.3 Peserta

- ❖ Memberikan perspektif pemikiran dan wawasan baru dalam memajukan kegiatan kependaaran;
- ❖ Memperluas dan memperkuat kerjasama antara kedua negara;
- ❖ Meningkatkan aktivitas kependaaran yang memberi makna nilai tambah bagi kemandirian, kreativitas dan wawasan kebangsaan pemuda;

b. Tujuan Khusus

- ❖ Memahami tanggung jawab dan meningkatkan komitmen untuk pembangunan nasional dan internasional;
- ❖ Memberikan bekal kompetensi kewirausahaan sehingga mereka mampu berpartisipasi secara lebih efektif dalam membangun dirinya dan masyarakat di sekitarnya.

- kegiatan selama mengikuti program dan rencana kegiatan pasca program
- 8) Menyerahkan karya tulis dalam bahasa Inggris (minimal 1000 kata) mengenai kegiatan selama mengikuti program dan rencana kegiatan pasca program
 - 7) Pas foto 2x3 sebanyak 4 lembar, dan 4x6 sebanyak 6 lembar;
 - 6) Paspor yang masih berlaku;
 - 5) KTP yang masih berlaku;
 - 4) Menyerahkan Surat Keterangan Catatan Kepolisian dari kepolisian daerah/esor setempat;
 - 3) Surat ijin cuti perkuliahan dari pimpinan perguruan tinggi bagi yang kuliah dan surat ijin cuti bekerja dari pimpinan instansi/perusahaan bagi yang bekerja;
 - 2) Surat pernyataan yang telah ditanda tangani dan dibubuhi materai Rp. 6000,- diketahui oleh orang tua yang menyatakan kesediaan menaati peraturan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Pemuda dan Olahraga dan Pemerintah Australia
 - 1) Akte Kelahiran atau akte kenal lahir;

b. Memenuhi Syarat Administratif

- 9) Lulus seleksi ditingkat daerah dan ditingkat nasional;
- 8) Tidak pernah mendapat penyakit paru-paru dan penyakit kronis lainnya;
- 7) Tidak terlibat dalam tindakan kriminal dan dijatuhi hukuman berdasarkan keputusan pengadilan; dibuktikan dengan Surat Keterangan Catatan.
- 6) Menguasai salah satu jenis atau lebih keterampilan kesenian;
- 5) Belum pernah mengikuti program pertukaran pemuda dengan luar negeri yang diselenggarakan oleh Kementerian Pemuda dan Olahraga dan Kementerian Pendidikan Nasional;
- 4) Cambridge System = Preliminary English Test (PET)

c. Materi Seleksi

Kepribadian

Materi kepribadian dimaksudkan agar calon peserta yang terpilih memiliki kepribadian dan perilaku terpuji selama mengikuti program, oleh karena peserta terpilih diharapkan mampu menjaga citra baik bangsa dan negara Indonesia di luar negeri;

Bahasa Inggris

Calon peserta diwajibkan mampu berkomunikasi dengan *counterpart*-nya dalam bahasa Inggris baik secara lisan maupun tulisan. Kemampuan Bahasa Inggris peserta memenuhi skor kompetensi minimum pada kriteria tersebut di atas.

Pengetahuan Umum

Dengan adanya materi pengetahuan umum dimaksudkan agar calon peserta yang terpilih memiliki wawasan dan pengetahuan yang luas tentang masalah politik, sosial ekonomi, budaya dan menguasai IPTBK (terutama komputer).

Kesenian

Materi kesenian dimaksudkan agar calon peserta yang terpilih mampu menampilkan kesenian daerah/Indonesia dalam acara gelar kesenian di Australia.

Kepercayaan

Materi kepercayaan dimaksudkan agar calon peserta yang terpilih dapat bekerjasama dalam kelompok, baik sebagai anggota maupun pemimpin kelompok.

Kebugaran Jasmani

Materi kebugaran jasmani dimaksudkan agar peserta memiliki kemampuan fisik dan kebugaran tubuh yang baik yang akan mendukung kemampuan peserta dalam menjalankan program dengan baik.

- Dapat berkomunikasi dalam bahasa Inggris baik lisan dan tulisan;
 - Diprioritaskan bertumur maksimal 50 tahun
 - Berpengalaman sebagai pemimpin delegasi Indonesia ke luar negeri sebagai pimpinan delegasi;
 - Pejabat pada Kementerian Pemuda dan Olahraga yang ditunjuk oleh atasan langsungnya
- Rekrutmen pimpinan delegasi dilakukan oleh Kementerian Pemuda dan Olahraga dengan kriteria sebagai berikut:

4.2.4 Pimpinan Delegasi

rangkaian kegiatan *Pre Departure Training*.

Kelulusan dan penetapan peserta terpilih untuk mengikuti Pertukaran Pemuda Indonesia – Australia, ditetapkan oleh tim seleksi tingkat nasional. Dalam hal ini panitia tingkat nasional akan menyeleksi seluruh calon peserta secara integral di dalam

Tingkat Nasional

tingkat nasional. Peserta yang dikirim dari daerah adalah peserta terbaik (putera dan puteri) yang lulus seleksi berdasarkan alokasi dari Kemendpora dan akan mengikuti seleksi selanjutnya di tingkat nasional.

- Perguruan tinggi (bidang psikologi, bahasa Inggris, sosial, budaya dan komunikasi);
- DPD PCMI
- Pejabat dari Dinas/Badan yang mengelola program kepemudaan di daerah;

Kelulusan peserta ditingkat daerah yang melibatkan ;

Tingkat Daerah

d. Penetapan Kelulusan

4.2.5 Pembekalan (*Pre Departure Training*)

a. Tujuan Pembekalan

Pembekalan ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan pembinaan mental para peserta sesuai dengan tuntutan yang ingin dicapai melalui program pertukaran pemuda Indonesia – Australia. Pembekalan ini dirancang dalam rangka peningkatan dan pengembangan kompetensi peserta pada aspek :

Pertama, *cognitive based competence*, membekali peserta dengan pengetahuan dan pemahaman yang sebaik-baiknya mengenai keseluruhan jenis kegiatan program, baik di Australia maupun di Indonesia. Kedua, *performance based competence*, membekali peserta dengan berbagai keterampilan dalam kegiatan – kegiatan seperti *cultural show*, diskusi dan berbagai kegiatan lainnya. Ketiga, *affective based competence*, membekali peserta dengan sikap dan tingkah laku yang rasional dan bertanggung jawab dalam mengembangkan keseluruhan kegiatan atau tugas yang diberikan selama mengikuti program. Keempat, *consequence based competence*, membekali peserta dengan kemampuan dan pengetahuan untuk mentransfer keseluruhan pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh selama mengikuti program ini kepada kelompok-kelompok generasi muda lainnya. Kelima, *explanatory based competence*, membekali peserta dengan berbagai kemampuan dalam melakukan upaya-upaya eksplorasi dan penelitian melalui pengamatan, wawancara atau kegiatan – kegiatan yang memungkinkan lahirnya temuan-temuan yang bermanfaat bagi kepentingan pembangunan di tanah air melalui berbagai kegiatan yang diikuti selama program berlangsung.

b. Materi Pembekalan

Selain dengan tujuan yang ingin dicapai, maka alternatif materi pembekalan antara lain :

- Kelompok inti terdiri dari :

- 1) Kebijakan dan Program Kementerian Pemuda dan Olahraga;
- 2) Kewirausahaan
- 3) Politik luar negeri Indonesia;
- 4) Etika keprotokolan dan *table manner*;
- 5) *Cross culture understanding*;

- a. *Whiteboard*,
- b. *Clip chart*,
- c. *Infocus/LCD*
- d. *Laptop*

Sedangkan media yang digunakan untuk menunjang proses belajar mengajar adalah :

- a. *Ceramah*
- b. *Tanya jawab*
- c. *Diskusi, simulasi dan latihan*

melalui metode :

Untuk mencapai sikap, dan perilaku serta tujuan yang ingin dicapai, maka bentuk pendekatan belajar mengajar yang digunakan adalah metode partisipatori yang dijabarkan

- g. *Perguruan Tinggi*;
- f. *Pakar politik, budaya, sosial, dan ekonomi*;
- e. *Organisasi Alumni PPIG*;
- d. *Kedutaan Besar Australia di Jakarta*;
- c. *Himpunan Pengusaha Muda Indonesia (HPMI)*
- b. *Kementerian Luar Negeri*;
- a. *Kementerian Pemuda dan Olahraga*;

Fasilitator/Penceramah/Narasumber pada pembekalan ini berasal dari:

c. Fasilitator

- **Kelompok penunjang**
 - 1). *Kesenian*;
 - 2). *Olahraga*
- 6). *Travel arrangement*;
- 7). *Ibadah*
- 8). *Informasi tentang Australia*

4.2.6 Kegiatan di Australia

Kegiatan Pertukaran pemuda Indonesia – Australia dilaksanakan Selama dua bulan. Adapun kegiatan yang dilaksanakan selama di Australia adalah :

1. Orientasi

Kegiatan ini selain untuk beradaptasi juga digunakan untuk memberikan penjelasan kepada peserta tentang apa saja yang akan dilaksanakan di Australia, berkoordinasi dengan perwakilan Pemerintah Republik Indonesia di Australia.

2. Homestay

Selama program berlangsung peserta Indonesia akan menjalani *homestay* atau tinggal pada keluarga angkat yang telah diunjuk. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan pengalaman budaya, nilai dan cara hidup Indonesia dan Australia sehingga terjadi saling pengertian dan apresiasi dua budaya yang berbeda.

3. *Cultural performance* dan kunjungan kehormatan

Cultural performance adalah penampilan budaya Indonesia dihadapan publik Australia.

4.2.7 Organisasi Pelaksana

1. Nasional

❖ Persiapan

Panitia pelaksana pada pembekalan terdiri dari :

- a. Pelindung
- b. Penasihat
- c. Penanggungjawab
- d. Ketua
- e. Wakil Ketua

daerah kabupaten/kota.

Untuk penerimaan, panitia disusun secara sederhana, karena titik berat kegiatan berada di

❖ **Penerimaan**

Adapun susunan kepanitiaannya disesuaikan dengan kebutuhan daerah masing-masing. Panitia persiapan di provinsi adalah panitia persiapan penerimaan atau panitia seleksi.

❖ **Persiapan**

2. **Provinsi**

latihan diubah menjadi seksi acara.

Panitia penerimaan dan persiapan pada hakekatnya sama, hanya seksi pendidikan dan

❖ **Penerimaan**

- a. Seksi Pendidikan
- b. Seksi Tata Usaha
- c. Seksi Akomodasi/Konsumsi/Kesehatan/Perlengkapan
- d. Seksi Transportasi/Kunjungan/Rekreasi
- e. Seksi Dokumentasi/Publikasi
- f. Seksi Keimigrasian
- g. Seksi Evaluasi/Pelaporan

Seksi-seksi :

- f. Sekretaris
- g. Wakil Sekretaris
- h. Bendahara
- i. Wakil Bendahara

Program Pertukaran Pemuda Indonesia-Malaysia (PPTM) atau juga sering disebut sebagai Indonesia-Malaysia Youth Exchange Programme (IMYEP) merupakan salah satu implementasi

4.3 Malaysia

Evaluasi ini ditujukan Untuk mengetahui peran serta alumni program di dalam memajukan masyarakat, baik secara individu maupun kelompok. Data informasi mengenai kegiatan program keseluruhan dapat diaring melalui berbagai sumber, baik primer maupun sekunder.

7. Evaluasi Pasca Program

Meliputi persyaratan lokasi sebagaimana ketentuan pada pedoman.

6. Evaluasi Pemilihan Lokasi

Evaluasi pelaksanaan seleksi meliputi materi seleksi, tim pakar dan materi isi seleksi.

5. Evaluasi Pelaksanaan Seleksi

- Materi pembekalan;
- Instruktur;
- Pelayanan panitia;
- Perilaku calon peserta;
- Keterampilan peserta dalam berkomunikasi;
- Sosialisasi dan kerja kelompok.

Evaluasi pembekalan meliputi :

4. Evaluasi Pembekalan

Kegiatan panitia di tingkat kabupaten/kota.

Kepanitiaan di kabupaten/kota mempunyai peran yang sangat penting. Sukses tidaknya

3. Kabupaten/Kota

- Memorandum of Understanding antara pemerintah Indonesia dan Kementerian Belia dan Sukan Malaysia. Kesepakatan tersebut bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada para pemuda untuk saling belajar pengalamanan dari kedua negara khususnya dan dunia internasional umumnya.
- Bentuk program ini adalah kegiatan bersama pemuda Indonesia dan Malaysia di Indonesia dan di Malaysia secara bergantian setiap tahunnya. Pada tahun 2007, sesuai dengan kesepakatan yang sudah ada, Indonesia mengirimkan pemuda-pemudi pilihannya ke Malaysia. Program yang dilaksanakan antara lain *Courtesy Call, Institutional Visits, Training of Trainers (TOT)* dan *Homestay*. IMYEP berlangsung sekitar bulan Juli.
- #### 4.3.2. Tujuan Program
- ##### A. Tujuan Umum
- Mempuk rasa persaudaraan dan saling pengertian antar pemuda Indonesia dan Malaysia dalam rangka mendorong terciptanya perdamaian dunia;
 - Memahami tanggung jawab dan meningkatkan komitmen untuk pembangunan nasional dan internasional;
 - Memberikan bekal kompetensi kewirausahaan sehingga mereka mampu berpartisipasi secara lebih efektif dalam membangun dirinya dan masyarakat di sekitarnya.
- ##### B. Tujuan Khusus
- ❖ Membentangkan perspektif pemikiran dan wawasan baru dalam memajukan kegiatan pemuda;
 - ❖ Meningkatkan kemampuan kerjasama antara kedua negara;
 - ❖ Meningkatkan aktivitas kepemudaan yang memberi makna nilai tambah bagi kemandirian, kreativitas dan wawasan kebangsaan pemuda;

4.3.3 Peserta

a. Kriteria Calon Peserta

- 1) Warga negara Indonesia berusia 18 – 25 tahun;
- 2) Memiliki akses yang kuat dalam bidang pemberdayaan Pemuda Sehat dan aman;
- 3) Minimal lulusan SMA sederajat;
- 4) Belum menikah;
- 5) Aktif dan berminat dalam bidang pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*);
- 6) Mampu berkomunikasi dalam bahasa Inggris baik lisan maupun tulisan dengan skor kompetensi minimum memenuhi salah satu sistem tes sebagaimana ketentuan berikut
 - 1). *Test of English for International Communication (TOEIC)* = 400
 - 2). *Test of English as a Foreign Language (TOEFL)*
 - a). TOEFL Paper = 432
 - b). TOEFL CBT = 120
 - c). TOEFL IBT = 40
 - 3). *International English Language Testing System (IELTS)* = 3,5
 - 4). *Cambridge System = Preliminary English Test (PET)*
- 8) Belum pernah mengikuti program pertukaran pemuda dengan luar negeri yang diselenggarakan oleh Kementerian Pemuda dan Olahraga dan Kementerian Pendidikan Nasional;
- 9) Mengetahui salah satu jenis atau lebih keterampilan kesenian;

Materi kepribadian dimaksudkan agar calon peserta yang terpilih memiliki kepribadian dan perilaku terpuji selama mengikuti program, oleh karena peserta terpilih diharapkan mampu menjaga cita baik bangsa dan negara Indonesia di luar negeri;

Kepribadian

c. Materi Seleksi

- 8) Menyampaikan karya tulis dalam bahasa Inggris (minimal 1000 kata) mengenai kegiatan selama mengikuti program dan rencana kegiatan pasca program
- 7) Pas foto 2x3 sebanyak 4 lembar, dan 4x6 sebanyak 6 lembar;
- 6) Paspor yang masih berlaku;
- 5) KTP yang masih berlaku;
- 4) Menyampaikan Surat Keterangan Catatan Kepolisian dari kepolisian daerah/resor setempat
- 3) Surat ijin cuti perkuliahan dari pimpinan perguruan tinggi bagi yang kuliah dan surat ijin cuti bekerja dari pimpinan instansi/perusahaan bagi yang bekerja;
- 2) Surat pernyataan yang telah ditanda tangani dan dibubuhi materai Rp. 6000,- diketahui oleh orang tua yang menyatakan kesediaan menaati peraturan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Pemuda dan Olahraga dan Pemerintah Malaysia
- 1) Akte Kelahiran atau akte kenal lahir;

b. Memenuhi Syarat Administratif

- 12) Lulus seleksi ditingkat daerah dan ditingkat nasional;
- 11) Tidak pernah mengidap penyakit paru-paru dan penyakit kronis lainnya;
- 10) Tidak terlibat dalam tindakan kriminal dan dijatuhi hukuman berdasarkan keputusan pengadilan; dibuktikan dengan Surat Keterangan Catatan.

- Pejabat dari Dinas/Badan yang mengelola program kepemudaan di daerah;

panitia daerah yang melibatkan ;

Kelulusan peserta ditungkat daerah ditentukan melalui seleksi yang diadakan oleh

1. Tingkat Daerah

d. Penetapan Kelulusan

menjalankan program dengan baik.

Materi kebugaran jasmani dimaksudkan agar peserta memiliki kemampuan fisik dan kebugaran tubuh yang baik yang akan mendukung kemampuan peserta dalam

- Kebugaran Jasmani

dalam kelompok, baik sebagai anggota maupun pemimpin kelompok.

Materi kepemimpinan dimaksudkan agar calon peserta yang terpilih dapat bekerjasama

Keimpinan

Indonesia.

kesenian daerah/ Indonesia dalam acara gelar kesenian di Korea Selatan maupun di

Materi kesenian dimaksudkan agar calon peserta yang terpilih mampu menampilkan

Kesenian

ekonomi, budaya dan menguasai IPTK (terutama komputer).

terpilih memiliki wawasan dan pengetahuan yang luas tentang masalah politik, sosial

Dengan adanya materi pengetahuan umum dimaksudkan agar calon peserta yang

Pengetahuan Umum

skor kompetensi minimum pada kriteria tersebut di atas.

Inggris baik secara lisan maupun tulisan. Kemampuan Bahasa Inggris peserta memenuhi

Calon peserta diwajibkan mampu berkomunikasi dengan *counterpart*-nyadalam bahasa

Bahasa Inggris

sebagai berikut:

demikian lokasi pelaksanaan kegiatan ditetapkan dengan sebaik-baiknya dengan ketentuan hari, termasuk waktu kedatangan dan kepulangan. Walaupun durasinya cukup singkat, namun Di Indonesia, peserta program akan tinggal di wilayah Indonesia selama 10 (sepuluh)

4.3.4 Pelaksanaan di Indonesia

- Dapat berkomunikasi dalam bahasa Inggris baik lisan dan tulisan;
- Diprioritaskan berumur maksimal 50 tahun
- Berpengalaman sebagai pemimpin delegasi Indonesia ke luar negeri sebagai pimpinan delegasi;
- Pejabat pada Kementerian Pemuda dan Olahraga yang ditunjuk oleh atasan langsungnya

kriteria sebagai berikut:

Rekrut memimpin delegasi dilakukan oleh Kementerian Pemuda dan Olahraga dengan

e. Pimpinan Delegasi

rangkai kegiatan *Pre Departure Training*. Kelulusan dan penetapan peserta terpilih untuk mengikuti Pertukaran Pemuda Indonesia – Malaysia, ditetapkan oleh tim seleksi tingkat nasional. Dalam hal ini panitia tingkat nasional akan menyeleksi seluruh calon peserta secara integral di dalam

ii. Tingkat Nasional

Peserta yang dikirim dari daerah adalah peserta terbaik (putera dan puteri) yang lulus seleksi berdasarkan alokasi dari Kempenpora dan akan mengikuti seleksi selanjutnya di tingkat nasional.

- DPP PCMI
- Perguruan tinggi (bidang psikologi, bahasa Inggris, sosial, budaya dan komunikasi);

1. Kementerian Pemuda dan Olahraga melalui Deputi Bidang Pemberdayaan Pemuda menetapkan desa lokasi terpilih;
2. Kementerian Pemuda dan Olahraga mengirimkan surat pemberitahuan kepada gubernur pada calon daerah yang akan menjadi lokasi pelaksanaan program;

C. Penetapan

1. Daerah yang berminat, melalui Kepala Dinas yang menangani Kepemudaan, mengajukan proposal kepada Kementerian Pemuda dan Olahraga c.q Deputi Bidang Pemberdayaan Pemuda. Isi proposal tersebut meliputi :
 - a. Gambaran desa lokasi lengkap dengan data monografi, sosial, budaya dan data non fisik lainnya;
 - b. Rencana kegiatan pembangunan yang akan dilaksanakan;
 - c. Potensi, keunggulan daerah yang dimiliki (ditawarkan).
2. Tim dari Kementerian Pemuda dan Olahraga akan mengadakan survei ke calon desa lokasi;
3. Tim survey memberikan laporan hasil survey secara tertulis kepada Deputi Bidang Pemberdayaan Pemuda.

B. Proses Pemilihan

1. Adanya komitmen dari pemerintah daerah untuk mendukung secara signifikan keterlaksanaan program baik dukungan secara finansial maupun bentuk fasilitasi lainnya;
2. Daerah yang dimaksud relatif aman dari bencana alam dan kriminal
3. Ada perwakilan pemuda setempat yang mengikuti program PPM
4. Mudah dijangkau dengan kendaraan darat dan perairan, tetapi tidak banyak kendaraan umum yang digunakan;
5. Bebas dari wabah penyakit menular;

A. Kriteria Lokasi

Pertama, *cognitive based competence*, membekali peserta dengan pengetahuan dan pemahaman yang baik-baiknya mengenai keseluruhan jenis kegiatan program, baik di Malaysia maupun di Indonesia. Kedua, *performance based competence*, membekali peserta dengan berbagai keterampilan dalam kegiatan – kegiatan seperti *cultural show*, diskusi dan berbagai kegiatan lainnya. Ketiga, *affective based competence*, membekali peserta dengan sikap dan tingkah laku yang rasional dan bertanggung jawab dalam mengembangkan keseluruhan kegiatan atau tugas yang diberikan selama mengikuti program. Keempat, *consequence based*

peserta pada aspek :

–Malaysia. Pembekalan ini dirancang dalam rangka peningkatan dan pengembangan kompetensi peserta sesuai dengan tuntutan yang ingin dicapai melalui program pertukaran pemuda Indonesia Pembekalan ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan pembinaan mental para

1. Tujuan Pembekalan

A. Pembekalan (*Pre Departure Training*)

4.3.5 Kegiatan

1. Keluaraga lengkap, terdiri dari ayah, ibu, anak (umur anak antara 15 -25 tahun lebih diutamakan untuk mengakrabbkan hubungan mereka);
 2. Mempunyai kamar tidur untuk anak angkat;
 3. Mempunyai kamar mandi;
 4. Sanggup menjadi orang tua angkat
- Selama di desa, peserta program secara berpasangan (*counterpart*) tinggal pada keluarga yang telah ditentukan. Setiap keluarga angkat menerima sepasang *counterpart*, 1 (satu) orang Indonesia dan 1 (satu) orang Malaysia dan mereka dianggap sebagai anggota keluarga. Adapun persyaratan keluarga angkat adalah :

D. Orangtua Angkat

3. Proses pemilihan desa lokasi sebaiknya dilakukan 1 (satu) tahun sebelum program berjalan sehingga daerah dapat menganggarkan pelaksanaan program dalam APBD.

1. Kementerian Pemuda dan Olahraga;
2. Kementerian Luar Negeri;
3. Himpunan Pengusaha Muda Indonesia (HPMI)

Fasilitator/Penceramah/Narasumber pada pembekalan ini berasal dari:

3. Fasilitator

- Kelompok penunjang
 - 1). Kesenian;
 - 2). Olahraga
- Kelompok inti terdiri dari :
 - 1). Kebijakan dan Program Kementerian Pemuda dan Olahraga;
 - 2). Kewirausahaan
 - 3). Politik luar negeri Indonesia;
 - 4). Etika keprotokolan dan *table manner*;
 - 5). *Cross culture understanding*;
 - 6). *Travel arrangement*;
 - 7). Ibadah
 - 8). Informasi tentang Malaysia

Sejalan dengan tujuan yang ingin dicapai, maka alternatif materi pembekalan antara lain :

2. Materi Pembekalan

yang diikuti selama program berlangsung.

–temuan yang bermanfaat bagi kepentingan pembangunan di tanah air melalui berbagai kegiatan melalui pengamatan, wawancara atau kegiatan – kegiatan yang memungkinkan lahirnya temuan peserta dengan berbagai kemampuan dalam melakukan upaya-upaya eksplorasi dan penelitian kelompok-kelompok generasi muda lainnya. Kelima, *explanatory based competence*, membekali keseluruhan pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh selama mengikuti program ini kepada *competence*, membekali peserta dengan kemampuan dan pengetahuan untuk mentransfer

Kegiatan ini selain untuk beradaptasi juga digunakan untuk memberikan penjelasan kepada peserta tentang apa saja yang akan dilaksanakan di Malaysia, berkoordinasi dengan perwakilan Pemerintah Republik Indonesia di Malaysia.

1. Orientasi

Adapun kegiatan yang dilaksanakan selama di Malaysia adalah :

Kegiatan Pertukaran pemuda Indonesia – Malaysia dilaksanakan Selama 10 (sepuluh) hari.

B. Kegiatan di Malaysia

- a. *Whiteboard*;
- b. *Clip chart*;
- c. *Infocus/LCD*
- d. *Laptop*

Sedangkan media yang digunakan untuk menunjang proses belajar mengajar adalah :

- a. *Ceramah*
- b. *Tanya jawab*
- c. *Diskusi, simulasi dan latihan*

melalui metode :

Untuk mencapai sikap, dan perilaku serta tujuan yang ingin dicapai, maka bentuk pendekatan belajar mengajar yang digunakan adalah metode partisipatori yang dijabarkan

4. Metode Penyajian

7. *Perguruan Tinggi;*
6. *Pakar politik, budaya, sosial, dan ekonomi;*
5. *Organisasi Alumni PPIKOR;*
4. *Kedutaan Besar Malaysia di Jakarta;*

- a. Penjelasan program selama di desa;
- b. Interaksi dengan *counterpart* (pasangan);

kegiatannya meliputi:

Lamanya kegiatan di kabupaten/kota selama 9 (sembilan) hari. Peserta akan tinggal pada keluarga angkat dan atau di hotel/tempat pelatihan. Dipayakan keluarga angkat adalah para Kepala Dinas atau pengusaha yang peduli terhadap pelaksanaan program. Adapun

3. Kegiatan di Kabupaten/Kota

- a. Lamanya di ibukota provinsi 1 (satu) hari;
- b. Kegiatan selama di provinsi adalah bersilaturahmi dengan pejabat setempat dan melakukan kunjungan wisata;

2. Penerimaan di Provinsi

- Penjelasan program selama di Indonesia;
- Kunjungan kehormatan kepada pejabat tertentu dan sebagainya.

- a. Kegiatan selama di Jakarta :
- a. Lamanya orientasi di tingkat nasional adalah selama tiga hari;

1. Orientasi Tingkat Nasional

C. Kegiatan di Indonesia

Cultural performance adalah penampilan budaya Indonesia dihadapan publik Malaysia.

3. *Cultural performance* dan kunjungan kehormatan

Selama program berlangsung peserta Indonesia akan menjalani *homestay* atau tinggal pada keluarga angkat yang telah ditunjuk. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan pengalaman budaya, nilai dan cara hidup Indonesia dan Malaysia sehingga terjadi saling pengertian dan apresiasi dua budaya yang berbeda.

2. *Homestay*

- c. Melakukan kunjungan ke sejumlah tempat penting (wisata, industri, pendidikan, kesenian, olahraga dan sebagainya);
- d. Diskusi dengan pejabat kabupaten/kota.

4.3.6 Organisasi Pelaksana

A. Nasional

❖ Persiapan

Panitia pelaksana pada pembekalan terdiri dari :

- a. Pelindung
- b. Penasehat
- c. Penanggungjawab
- d. Ketua
- e. Wakil Ketua
- f. Sekretaris
- g. Wakil Sekretaris
- h. Bendahara
- i. Wakil Bendahara

Seksi-seksi :

- ❖ Seksi Pendidikan
- ❖ Seksi Tata Usaha
- ❖ Seksi Akomodasi/Konsumsi/Kesehatan/Perlengkapan
- ❖ Seksi Transportasi/Kunjungan/Rekreasi
- ❖ Seksi Dokumentasi/Publikasi
- ❖ Seksi Keimigrasian
- ❖ Seksi Evaluasi/Pelaporan

Pembiayaan bagi peserta yang lulus seleksi tingkat daerah untuk mengikuti seleksi di tingkat nasional (Benapa Pre Departure Training) diatur sebagai berikut:

A. Peserta yang Lulus Seleksi Tingkat Nasional

1. *Pelindung* ; Bupati/Walikota/Dandim/Kapolres/Kapolresta
2. *Ketua* ; Kepala Dinas/Badan/Kantor Pemuda dan Olahraga atau pejabat yang mengelola kependudukan
3. *Sekretaris* ; Kabid pada Dinas/Badan/Kantor Pemuda dan Olahraga atau pejabat yang mengelola kependudukan
4. *Bendahara*

Kepanitiaan di kabupaten/kota mempunyai peran yang sangat penting. Sukses tidaknya kegiatan di desa tergantung dari panitia di tingkat kabupaten/kota. Susunan kepanitiaan di tingkat kabupaten/kota minimal adalah :

C. Kabupaten/Kota

Untuk penerimaan, panitia disusun secara sederhana, karena titik berat kegiatan berada di daerah kabupaten/kota.

❖ Penerimaan

Panitia persiapan di provinsi adalah panitia persiapan pengiriman atau panitia seleksi. Adapun susunan kepanitiaannya disesuaikan dengan kebutuhan daerah masing-masing.

❖ Persiapan

B. Provinsi

Panitia penerimaan dan persiapan pada hakekatnya sama, hanya seksi pendidikan dan latihan diubah menjadi seksi acara.

❖ Penerimaan

sekunder.

Evaluasi ini ditujukan Untuk mengetahui peran serta alumni program di dalam memajukan masyarakat, baik secara individu maupun kelompok. Data informasi mengenai kegiatan program keseluruhan dapat diaring melalui berbagai sumber, baik primer maupun

B. Evaluasi Pasca Program

- Materi pembekalan;
- Instruktur;
- Pelayanan panitia;
- Perilaku calon peserta;
- Keterampilan peserta dalam berkomunikasi;
- Sosialisasi dan kerja kelompok

Evaluasi pembekalan meliputi :

1. Evaluasi Pembekalan

1. Biaya yang ditanggung Pemerintah Provinsi :
 - a. Uang saku peserta selama mengikuti program.
 - b. Biaya perjalanan dari tempat tinggal ke ibukota provinsi;
 - c. Akomodasi selama di Ibu kota provinsi.
 2. Biaya yang ditanggung Kementerian Pemuda dan Olahraga:
 - a. Biaya visa, fiscal, *airport tax*, dan tiket ke Malaysia pp;
 - b. Transport dari ibukota provinsi - Jakarta pp untuk mengikuti program;
 - c. Asuransi Kesehatan;
 - d. Perlengkapan dan akomodasi peserta selama mengikuti program.
- Biaya yang ditanggung masing-masing peserta adalah biaya penerbitan paspor di provinsi;

Sebagaimana sesuai dengan tujuan penelitian ini yang tercantum pada bab sebelumnya, yaitu untuk mengetahui bagaimana efektivitas program pertukaran pemuda yang dilakukan oleh Kemempora ini dan mengetahui hambatan-hambatan yang dihadapi didalam proses pelaksanaan program, maka peneliti melakukan wawancara mendalam dengan informan-informan yang terkait seperti Kepala Bidang di Kemempora yang membawahi langsung program ini, Pemehat/akademisi, *supervisor/project officer* tiap-tiap program/Negara dan para alumni

5.1 Pembahasan Hasil Penelitian

seleksi awal program ini

ini dan apakah yang mereka dapatkan sesuai dengan harapan mereka pada saat mereka mengikuti yaitu kesesuaian hal-hal yang didapatkan oleh para peserta dari Indonesia dengan tujuan program negeri, apakah relevan dan mendukung tercapainya tujuan program ini. (3) keluaran (*output*) (*process*) yaitu proses pembekalan materi kepada peserta sebelum mereka berangkat ke luar dari setiap materi seleksi. Masukkan lainnya yang berupa harapan para pihak, (2) aktivitas yaitu SDM, yaitu proses seleksi calon peserta yang dilihat dari materi seleksi dan penilaian/bobot lulus-an-lulusan program ini dalam penelitian ini menggunakan indikator (1) masukan (*input*) perkembangan kebutuhan, dan sesuai lingkungan. Penilaian sejauhmana tingkat kualitas dari kunci pengertian mutu, yaitu: sesuai standar, sesuai penggunaan pasar/pelanggan, sesuai yang terkandung dalam siklus pembelajaran. Secara ringkas dapat disebutkan beberapa kata Dalam hal ini yang dimaksud dengan mutu memiliki pengertian sesuai dengan makna efektivitas program pertukaran pemuda ini.

informan-informan terpilih kemudian dihubungkan dengan teori yang digunakan dalam menilai program di dalam dan luar negeri, yang didukung dengan data primer hasil wawancara dengan program ini, dari proses seleksi, pembekalan sebelum berangkat ke luar negeri dan jalannya juga berisi jawaban atas pertanyaan penelitian berdasarkan analisis terhadap tahapan – tahapan pemuda yang dilaksanakan oleh Kementerian Pemuda dan Olahraga (Kemempora). Dalam bab ini Bab ini akan mencoba menguraikan hasil penelitian dari efektivitas program pertukaran

PEMBAHASA HASIL PENELITIAN

BAB V

dari program pertukaran pemuda tersebut dalam rangka mencari jawaban atas permasalahan yang dihadapi.

Secara umum hasil penelitian menunjukkan bahwasanya program pertukaran pemuda yang dilakukan oleh Kemempora ini berjalan kurang efektif. Beberapa keterangan yang peneliti dapatkan dari wawancara dengan informan setidaknya dapat menggambarkan bagaimana efektivitas program pertukaran pemuda yang dilakukan oleh Kemempora ini. Berdasarkan operasionalisasi konsep yang telah dijelaskan dalam bab terdahulu, bahwasanya dalam melakukan wawancara, peneliti berupaya pada teori evaluasi program Bruce W. Tuckman. Pertama, dari segi pencapaian masukan berkaitan dengan SDM. Petikan wawancara dengan yang disampaikan oleh bapak Arwyn sebagai salah satu alumnus program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada (PPK) mengenai proses seleksi calon peserta tersebut: "Saya rasa masih sedikit kurang sesuai. Masih perlu penyempurnaan. Hal ini dikarenakan proses seleksi di wilayah provinsi dilaksanakan berbarengan dengan program lainnya. Sehingga terkadang karakteristik PPK tidak terlalu tampak di proses seleksi daerah, dikarenakan proses seleksi bersifat umum, general. Tidak berdasarkan karakteristik suatu program." (hasil wawancara tanggal 15 Juni 2011).

Ibu Ainis yang berperan sebagai project officer PPK juga mengungkapkan hal yang tidak jauh berbeda, "pada saat proses seleksi, materi seleksi disesuaikan dengan kualifikasi pemuda yang dibutuhkan dalam program ini. Sehingga saya rasa materi seleksinya sudah cukup relevan, hanya saja masih perlu diperbaiki dan ditambahkan beberapa materi lagi. Seperti disesuaikan dengan penjabaran tujuan program sedangkan materi yang perlu ditambahkan adalah potensi kepemimpinan dari calon peserta".

Dari hasil wawancara dengan beberapa informan tersebut, dapat dilihat gambaran bahwa materi seleksi yang digunakan masih memiliki beberapa kekurangan yang perlu perbaikan di beberapa bagian. Sebagai contohnya saja materi seleksi performance kebudayaan perlu dipertimbangkan lagi bobot penilaiannya, hal ini dikarenakan para calon peserta justru terkesan akan bertindak sebagai "duta budaya" dengan prioritas kemampuan menampilkan budaya Indonesia yang lebih dominan.

Pada tahapan proses/aktivitas, program pertukaran pemuda antar Negara yang dilakukan oleh Kemempora ini juga memiliki beberapa kekurangan dan ada beberapa hal yang perlu perbaikan, yaitu sejak peserta dinyatakan lulus dan mulai mengikuti program pembekalan selama

Seperti yang disampaikan oleh ibu Annisa sebagai salah satu alumnus dari program pertukaran pemuda Indonesia-Malaysia (PPIM), "materi – materi pembekalan yang diberikan secara garis besar sudah cukup relevan. Hanya saja pembekalan materi penampilan kebudayaan Indonesia, sebelum melakukan proyek, membutuhkan persetujuan dari ketua kampung, Pak Camat, dll)." (Camat, dll)."

Indonesia, sebelum melakukan proyek, membutuhkan persetujuan dari ketua kampung, Pak Camat, dll)."

kecelakaan/ terkena penyakit tinggi), keahlian untuk menulis proposal proyek (saat fase kecelakaan (saat fase Indonesia, di tengah hutan, jarak ke Puskesmas cukup jauh, padahal resiko jauh berbeda, "Peserta kurang diberikan keahlian mengenai pertolongan pertama pada Ryza Cahaya (ryza;2011) sebagai salah satu alumnus juga menyampaikan hal yang tidak selama di fase Indonesia."

dilakukan sebaiknya juga menambahkan skil-praktis yang bisa dibagikan ke masyarakat memiliki program pembekalan yang berbeda. Untuk program Kanada, pembekalan yang substansi, dimana partisipan saling bertukar skil. Yang harus diperhatikan juga, setiap program intensif, dan bukan hanya "packaging" seperti public speaking, tetapi juga materi yang lebih speaking dan team work. Namun saat ini dari Jawa timur, pembekalan yang diberikan cukup untuk mendapatkan pembekalan. Materi yang dominan adalah kebudayaan, kesenian, public sistem pembekalan komprehensif dari daerah, namun kita dikawatirkan selama 10 hari di Jakarta Demikian pula yang disampaikan oleh Caroline," Di Jawa timur pada saat itu belum ada memiliki keterbatasan dana dan sumber daya manusia."

konteks PPIK). Hal ini bisa dimaklumi, dikarenakan penyelenggara seleksi, yaitu PCMI, hanya mungkin kurang model pembekalan yang bersifat community development (dalam mengenai tahapan pembekalan peserta sebelum keberangkatan mereka, "Ham,pir sesuai. Tetapi negeri hingga berakhirnya program tersebut seperti yang dinyatakan oleh Bapak Arman Sepuluh hari di Jakarta dan juga aktivitas yang peserta lakukan selama di luar negeri dan dalam

saangat dominan, senga perlu penyesuaian lebih lanjut agar program ini dapat berjalan sesuai dengan harapan" (hasil wawancara tanggal 25 Juni 2011).

Setelah fase pembekalan di Jakarta selama sepuluh hari, mereka akan melanjutkan fase ini program, yaitu berangkat negara tujuan dan setelah itu akan kembali ke tanah air untuk melakukan fase kegiatan di Indonesia bersama pemuda dari negara mitra tadi. Pada fase ini juga ada beberapa hal yang masih perlu diperbaiki, karena ternyata apa yan didapatkan oleh para peserta setelah ise program ini ternyata tidak sesuai dengan tujuan ataupun harapan dari pembentukan program pertukaran pemuda antar negara ini. Hal ini dapat dilihat dari pengakuan para alumnus mengenai apa yang mereka dapatkan setelah mengikuti program ini.

Hasil dari wawancara dengan beberapa informan mengenai tahapan "proses" dalam program pertukaran pemuda antar Negara yang dilakukan oleh Kemenegpora tersebut menunjukkan bahwa alam prosesbekalan ini juga memerlukan beberapa perbaikan baik pada sisi materi yang diberikan dan juga instruktur yang memberikan materi juga perlu disesuaikan kompetensinya. Selain itu dominannya materi kebudayaan juga menimbulkan kesan bahwa hal tersebut menjadi prioritas dalam pembekalan peserta untuk mengikuti program pertukaran pemuda antar negara ini.

Program pertukaran pemuda antar negara ini mengaharapkan menghasilkan pemuda – pemuda yang mempunyai daya saing internasional dan juga tentunya pemuda yang dihasilkan dapat memenuhi tujuan dari program pertukaran pemuda antar negara ini , yaitu:

- Memupuk rasa persaudaraan dan saling pengertian antar pemuda Indonesia dan negara mitra dalam rangka mendorong terciptanya perdamaian dunia
- Memahami tanggung jawab dan meningkatkan komitmen untuk pembangunan nasional dan internasional
- Memberikan bekal keterampilan, sehingga mereka mampu berpartisipasi secara lebih aktif dan efektif dalam pembangunan masyarakat pedesaan

Memberikan perspektif pemikiran dan wawasan baru dalam memajukan kegiatan kependudukan

- Memperluas dan memperkuat kerjasama antara kedua Negara dalam memajukan kedua bangsa dan Negara
- Meningkatkan aktifitas kependudukan yang memberikan makna dan nilai tambah bagi kemandirian, kreatifitas dan wawasan kebangsaan pemuda
- Melakukan pemberdayaan masyarakat khususnya pemuda melalui kegiatan pendidikan, kesehatan, pelestarian lingkungan hidup dan kewirausahaan.

Jika ditinjau dari segi pencapaian tujuannya, program ini masih memiliki beberapa kekurangan. Jadi kalau dianalisis pada outputnya, maka ada sedikit ketidak sesuaian antara tujuan program tersebut dengan hal – hal yang didapatkan oleh para peserta selama ini. Seperti yang di sampaikan oleh Bapak Army, “Saya menjadi lebih *aware* dan peduli terhadap keberadaan dan perkembangan budaya Indonesia.”

Sedangkan Ibu Carolime, merasakan mendapat hal sedikit berbeda setelah menjadi program ini, seperti dalam kutipan wawancaranya ini, “tingkat adaptabilitas saya dalam menghadapi berbagai situasi, kemampuan menyelesaikan permasalahan, pemahaman terhadap interaksi antar manusia.” Hal senada juga disampaikan oleh Bapak Zaimuddin yang juga merupakan alumnus dari program ini, “Perubahan yang paling saya rasakan adalah *mind set* yang menjadi lebih terbuka, berinteraksi dengan masyarakat internasional, sehingga meningkatkan kepercayaan diri.”

Dari hasil wawancara dengan beberapa alumni tersebut terlihat masih banyak kekurangan yang perlu diperbaiki dalam pelaksanaan program ini, baik itu dari tahap seleksi sampai dengan tahap akhir program pada fase di Indonesia.

5.1.1 Tingkat Efektivitas Program PPA

Sesuai dengan penjelasan dalam bab sebelumnya bahwa untuk mengetahui bagaimana efektivitas pemanfaatan program pertukaran pemuda antar Negara yang dilakukan oleh Kemnegpora, menggunakan teori evaluasi program yang diungkapkan oleh Bruce W. Tuckman yang membagi analisa dengan menggunakan metode terkait masukan (*input*) program, proses program sampai hasil (*output*) yang dicapai oleh program itu sendiri.

a. Pencapaian Masukan (*Input*)

Masukan program pertukaran pemuda antar Negara yang dilakukan oleh Kemnegpora dipengaruhi oleh Sumber Daya Manusia (SDM) yang terlibat dalam pelaksanaan program pertukaran pemuda antar negara yang dilakukan oleh Kemnegpora, sarana prasarana penunjang pelaksanaan program, peraturan-peraturan terkait program pertukaran pemuda antar negara, dan harapan para pihak, baik pelaksanaan maupun penerima manfaat program pertukaran pemuda antar negara.

Dalam proses program pertukaran pemuda antar negara yang dilakukan oleh Kemnegpora faktor lain yang tak kalah pentingnya yaitu bagaimana ketersediaan sumber daya yang diperlukan. Tanpa sumber-sumber daya tersebut proses pelaksanaan tidak akan berjalan secara efektif. Hal ini mudah dimengerti karena proses pelaksanaan program sudah tentu menuntut tersedianya SDM yang cukup baik dalam jumlah maupun terlebih-kualitasnya. Komitmen SDM dalam mengelola program yang ditandai dengan, dedikasi yang tinggi, sifat pro-aktif, antusiasme dan kemampuannya dalam proses kerja, merupakan faktor penting yang mempengaruhi proses program. Sifat dibayangkakan bagaimana pelaksanaan program pertukaran pemuda antar negara yang dilakukan oleh Kemnegpora dapat menyasati strategi untuk mencapai tujuan ketika mereka dihadapkan pada kompleksitas permasalahan dalam pelaksanaan program pertukaran pemuda antar negara yang dilakukan oleh Kemnegpora ini.

Mudah dimengerti bahwa dalam proses implementasi diperlukan adanya; (1) kesungguhan *top leader*, misalnya ketua komite atau tataran otoritas yang lebih tinggi, (2) dukungan moral dan finansial atau sumber-sumber lain yang diperlukan, (3) komitmen dan kecakapan SDM. Masukan program meliputi kualifikasi pendidikan dan pengalaman SDM yang terlibat di dalamnya.

Dalam pencapaian proses merujuk dari teori evaluasi program Bruce W. Tuckman, dilihat kesesuaian antara pelaksanaan pertukaran pemuda antar Negara ini dengan tujuan dibentuknya program ini. Seperti yang telah dipaparkan diatas pada sub bab hasil penelitian,

b. Pencapaian Proses

Dengan terpenuhinya tujuan – tujuan tersebut diharapkan akan meningkatkan kualitas pemuda Indonesia, sehingga memiliki daya saing bertaraf internasional.

- Melakukan pemberdayaan masyarakat khususnya pemuda melalui kegiatan pendidikan, kesehatan, pelestarian lingkungan hidup dan kewirausahaan.
- Meningkatkan aktivitas kepemudaan yang memberikan makna dan nilai tambah bagi kemandirian, kreatifitas dan wawasan kebangsaan pemuda
- Memperluas dan memperkuat kerjasama antara kedua Negara dalam memajukan kedua bangsa dan Negara
- Meningkatkan perspektif pemikiran dan wawasan baru dalam memajukan kegiatan kepemudaan
- Lebih aktif dan efektif dalam pembangunan masyarakat pedesaan
- Memberikan bekal keterampilan, sehingga mereka mampu berpartisipasi secara nasional dan internasional
- Memahami tanggung jawab dan meningkatkan komitmen untuk pembangunan negara mitra dalam rangka mendorong terciptanya perdamaian dunia
- Mempuk rasa persaudaraan dan saling pengertian antar pemuda Indonesia dan

Kemengpora adalah sebagai berikut:

Tujuan awal digulirkannya program pertukaran pemuda antar negara yang dilakukan oleh apa yang sesuai dengan tujuan program tersebut sehingga peserta nantinya akan tetap mampu bertahan sampai akhir program dan mendapatkan menentukan dalam penyaringan peserta yang diharapkan dan dibutuhkan oleh program ini, hingga fase pada saat di Indonesia. Sejak proses seleksi kompetensi para juri penyeleksi sangat terlibat dalam program ini, mulai dari proses seleksi, fase pembekalan, fase di negara mitra, Dalam hal ini kualitas para peserta nantinya sangat dipengaruhi oleh kualitas SDM yang

Pencapaian hasil dalam pemanfaatan pertukaran pemuda antar Negara yang dilakukan oleh Kemnegpora dapat diindikasikan dari kesesuaian anantara tujuan program ini dibentuk dengan hasil (*output*) dari program tersebut. Hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara dengan para alumnus program ini, apakah mereka telah mendapatkan apa yang diharapkan dan ditargetkan oleh Kemnegpora sebagai pelaksanaan program pertukaran pemuda antar negara ini. Dari hal tersebut dapat dilihat bahwa masih ada beberapa tujuan program yang belum tercapai, hal ini menunjukkan bahwa perlu dilakukan perbaikan untuk meningkatkan efektifitas dari program ini kedepannya.

c. Pencapaian Hasil (*Output*)

kegiatan – kegiatan mereka di negara mitra dan juga pada saat di dalam negeri. antara tujuan program dengan materi – materi yang diberikan pada saat pembekalan hingga kegiatan – kegiatan mereka di negara mitra dan juga pada saat di dalam negeri. Pencapaian pada fase proses ini lah yang sangat mempengaruhi hasil (*output*) dari program pertukaran pemuda antar negara ini, apakah hasilnya nanti akan sesuai dengan tujuan awal program dan harapan para *stake holder*, apakah program ini justru akan tidak efektif karena hasilnya tidak sesuai tujuan dibentuknya program ini. Oleh karena itu lah dari hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa perlu dilakukan beberapa perbaikan pada program pertukaran pemuda antar negara ini.

bahwa masih ada beberapa hal yang perlu diperbaiki dalam pelaksanaan program pertukaran pemuda antar negara ini, agak program ini menjadi lebih efektif. Perlu diadakan penyesuaian materi yang diberikan pada saat pembekalan hingga kegiatan mereka di negara mitra dan juga pada saat di dalam negeri.

Tabel 5.1 Hasil Operasionalisasi Efektivitas Program Pertukaran Pemuda antar Negara (PPAN)

Penilaian	Hasil Penelitian	Sumber Data	Faktor-faktor yang diamati
<p>- Masih kurangnya sumber daya manusia, terutama dalam proses seleksi di daerah – daerah yang tidak memiliki perwakilan PCMI - Perlu dilakukan perbaikan pada proses seleksi terutama pada materi seleksi dan juri yang melakukan penilaian.</p>	<p>1. SDM yang terlibat dalam proses seleksi calon peserta 2. Materi seleksi calon peserta 3. Sarana prasarama pendukung program 4. Harapan sebagian informan</p>	<p>- Kepala Bidang Kemenegpora yang memba-wahi PPN - Project Officer/superv isor - Alumni PPN</p>	<p>MASUKAN (INPUT) PROGRAM SDM 1. Sarana Prasarama 2. Tujuan program 3.</p>
<p>Pada setiap tahunnya selalu ada perubahan (penambahan dan pengurangan) materi pembekalan, harus disesuaikan dengan kebutuhan selama menjalani program</p>	<p>Kesesuaian antara materi pembekalan, kegiatan di luar negeri dan di Indonesia, serta tujuan awal program PPN</p>	<p>- Kepala Bidang Kemenegpora yang memba-wahi PPN - Project Officer/superv</p>	<p>PROSES PROGRAM</p>

Program pertukaran pemuda antar negara yang dilaksanakan oleh Kemendegpora ini merupakan pengimplementasian salah satu misi Kemendegpora yaitu pengembangan pemuda Indonesia. Akan tetapi pada pelaksanaannya program ini juga mengalami beberapa hambatan. Hambatan utama dari program ini adalah sumberdaya manusia yang kurang dalam pelaksanaan program ini. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Zainuddin yang merupakan Project officer dari salah satu program pertukaran pemuda ini, ia mengatakan, "dalam proses seleksi/rekrutmen calon peserta, didaerah yang tidak memiliki perwakilan PCMI (perkumpulan alumni program PPN) seleksi secara keseluruhan dilakukan oleh Dispora (dinas pemuda dan olahraga) setempat tanpa dibantu oleh PCMI. Hal ini cukup berpengaruh pada kualitas peserta yang lulus nantinya,

5.2. Faktor-Faktor Penyebab Ketidak Efektivan PPN

<p>PPAN dan tujuan dari program ini</p>		<p>- Alumni isor PPAN</p>	
<p>- Perlu dilakukan revitalisasi program PPN agar berjalan lebih efektif dan dapat mencapai tujuan dari program PPN tersebut.</p>	<p>- Perlu diperbaikinya tingkat koordinasi dengan pelaksana pada jajaran pemerintah daerah.</p>	<p>- Alumni isor - Project Officer/superv PPAN</p>	<p>PROGRAM KELUARAN (OUTPUT) - Kepala Bidang Kemendegpora yang membawahi PPN - Project PPN</p>
<p>- Perlu dilaksanakan program PPN agar berjalan lebih efektif dan dapat mencapai tujuan dari program PPN tersebut.</p>	<p>- Perlu diperbaikinya tingkat koordinasi dengan pelaksana pada jajaran pemerintah daerah.</p>	<p>- Alumni isor - Project Officer/superv PPAN</p>	<p>PROGRAM KELUARAN (OUTPUT) - Kepala Bidang Kemendegpora yang membawahi PPN - Project PPN</p>

karena kehadiran para alumni dalam proses seleksi tersebut sangat berpengaruh terhadap pemilihan peserta yang memang cocok dan dipertikarakan aka survive untuk mengikuti program ini sampai akhir. Terutama pada tahapan penentuan pemilihan calon peserta untuk negara tujuan yang berbeda – beda, sangat dibutuhkan alumni – alumni dari negara tersebut”

Selain itu, hambatan lainnya adalah kurangnya koordinasi dengan jajaran pemerintah daerah setempat, sehingga menyulitkan peserta, terutama pada saat pelaksanaan kegiatan pada fase di Indonesia. Hal ini seperti yang disampaikan oleh Ibu Ryza, “ Pihak pemerintah daerah kurang memiliki sensitivitas terhadap isu social budaya di wilayah mereka. Kurang memiliki inisiatif untuk meningkatkan kesejahteraan warga. Tindak lanjut sesuai program masih kurang. Seharusnya setiap akhir program, perlu dibuat laporan yang ditunjukkan khusus kepada pemimpin daerah tsb di Indonesia, berisi rekomendasi untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat. Sejahtera ini, laporan usai program dikumpulkan kepada Kemendagri, lebih berisi laporan kegiatan selama program, bukan menitikberatkan kepada rekomendasi. Sebagai contoh, hasil penelitian kelompok kami, bahwa bahan baku air di Desa Selat Baru telah terkontaminasi asam (akibat pembakaran sampah), dan bakteri E-Coli, tidak dapat ditindaklanjuti. Padahal tujuan kami melakukan penelitian tsb adalah agar warga bias mendapatkan akses air bersih. Saat ini, mereka masih meminum air hujan, atau air sumur yang keruh dan di musim kemarau kering. Menjadi lebih menghargai dan menghormati perbedaan karakter, pemahaman, kondisi ekonomi social budaya dll. Saat lebih menghargai dan menghormati, ada motivasi lebih untuk dapat bekerja sama di tengah perbedaan.”

Selain kendala pada fase di Indonesia, pada fase di luar negeri juga dijumpai beberapa kendala, seperti *culture shock* yang dialami oleh para pemuda Indonesia yang kebanyakan baru pertama kali keluar negeri dan menghadapi kebudayaan yang sangat berbeda dengan yang ada di daerahnya. Permasalahan dengan orang tua angkat disana juga sering kali terjadi, sikap dan budaya keluarga yang cukup berbeda juga sering menimbulkan banyak masalah diantara orang tua angkat dengan peserta program.



- Buku:
- Bogdan, Robert dan Steven J. Taylor. 1998. *Introduction to Qualitative Research Methode*. New York: John Willey & Sons Inc.
- Burhan, Suryobroto. 2002. *Proses Belajar Mengajar di Sekolah*, PT. Rineka Cipta: Jakarta
- Clarke, Thomas and Stewart Clegg. 1998. *Changing Paradigms: The Transformational of Organization*. New York: John Willey & Sons Inc.
- Franklin C. Ashby. 1999. *Revitalize Your Corporate Culture*. Houston: Cashman Dudley.
- Gouillart, Francis J. & James N. Kelly. 1995. *Transforming The Organization*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Gibson *et al*. 1996. *Organisasi dan Manajemen. Perilaku, Struktur, Proses*. Penerjemah: Djoeban Wahid. Jakarta: Erlangga
- John M Echols dan Hasan Shadily. 1995, *Kamus Inggris Indonesia*, PT. Gramedia: Jakarta
- Kasim, Azhar. 1993. *Pengukuran Efektifitas Dalam Organisasi*. Depok: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
- Management Knowledge for the 21 st Century*. London: Harper Collins Publishers.
- Moleong, Lexy J. 2000. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Remaja Rosdakarya.
- Newman, W. Laurence. 2000. *Social Research Methode: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn and Bacon
- Prasetya Irawan. 2000. *Logika dan Prosedur Penelitian*. Jakarta: STIA-LAN Press.
- Prasetya, Irawan. 2006. *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Depok : Penerbit Indonesia University Press

DAFTAR PUSTAKA

Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa, Depdikbud. 1997. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka

Silalahi, Uiber. 1999 *Metode dan Metodologi Penelitian*. Bina Budaya: Bandung

Stufflebeam, D.L and A.J Shinkfield. 1995. *Systematic Evaluation*. Boston: Kluwer-Nijhoff,

Sugiyono. (1991). *Dasar-dasar Kepemimpinan Administratif*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Wijono, Djoko. 1997. *Perencanaan dan Evaluasi*. Surabaya: Airlangga University Press,

Yusuf, Farida. 2008. *Evaluasi Program dan Instrumen Program Untuk Program Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta

Jurnal:

Durham, William. 1976. *The Adaptive Significance of Cultural Behavior*. Springer

Espinosa, Marina. 2010 *Multicultural Youth Leadership*. Seattle: USA

Hochberg, Michael. 2004 *A Theory of Modern Cultural Shift and Meltdowns*. The Royal Society

Tesis:

Akbar, Zulkihi. 2009. *Strategi Revitalisasi Program Kapal Pemuda Asean-Jepang (Ship For Southeast Asian Youth Program (SSEAYP) Sebagai Program Pengembangan Kepemimpinan Pemuda Indonesia*. Program Pascasarjana UI

Komarudin, Agus. 2008. *Revitalisasi Program Pengembangan Kepemimpinan Pada Kementerian Negara Pemuda Dan Olahraga*. Program Pascasarjana UI

Julia, Sopa. 2010 *Efektivitas Program Bantuan Operasional Sekolah (BOS) di Kecamatan Pesanggrahan Kotamadya Jakarta Selatan (Suatu Tinjauan Atas Peningkatan Mutu Pendidikan Dasar 9 Tahun)*. Program Pascasarjana Ilmu Administrasi UI

Lampiran

Pedoman Wawancara

(Alumni)

1. Apa yang anda ketahui mengenai program pertukaran pemuda Inonesia-Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
 2. Apakah proses seleksi yang anda ikuti sesuai dengan informasi yang anda dapat?
 3. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut?
 4. Apa saja yang anda dapatkan dalam proses pembekalan peserta sebelum keberangkatan?
 5. Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan telah sesuai dengan program yang akan dilakukan selanjutnya?
 6. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda?
 7. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut?
 8. Jelaskan pa saja yang anda lakukan selama di Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
 9. Apakah yang anda dapatkan dari program tersebut?
 10. Apakah anda mendapatkan sesuatu yang sesuai harapan anda dalam program tersebut?
 11. Apakah yang anda harapkan dalam program tersebut?
 12. Perubahan apa yang paling anda rasakan dalam diri anda setelah menjalani program tersebut?
 13. Kekurangan apa saja yang anda rasakan selama mengikuti program tersebut?
 14. Menurut anda perbaikan apa yang diperlukan dari program tersebut?
1. Apa sajakah tugas dari seorang project officer?
 2. Apakah proses seleksi yang anda ikuti sesuai dengan informasi yang anda dapat?
 3. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut?
 4. Kendala apa saja yang anda rasakan pada saat rekrutmen?
 5. Apa saja yang anda dapatkan dalam proses pembekalan peserta sebelum keberangkatan?
 6. Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan telah sesuai dengan program yang akan dilakukan selanjutnya?
 7. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda?
 8. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut?
 9. Kendala apa saja yang anda rasakan pada saat pembekalan?
 10. Jelaskan pa saja yang anda lakukan selama di Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
 11. Apakah yang anda dapatkan dari program tersebut?
 12. Apakah anda mendapatkan sesuatu yang sesuai harapan anda dalam program tersebut?
 13. Apakah yang anda harapkan dalam program tersebut?

kami memastikan segala sesuatunya berjalan dengan lancar. dengan lancar dan memastikan keselamatan serta keamanan peserta program ini. Intinya Indonesia kami menjadi fasilitator bagi peserta yang memastikan program berjalan kegiatan ini. Sedangkan pada saat program ini dilakukan, baik itu diluar negeri atau di juga berperan jug sebagai instruktur/pemateri dan juga sebagai fasilitator dalam kompetensiya masing-masing. Pada proses pembekalan sebelum keberangkatan kami alumni program pertukaran pemuda antar negara) akan menjadi juri sesuai dengan Pada tahapan seleksi calon peserta biasanya PO yang aktif di PCMI daerah (perhimpunan 2. Bagaimana a peran PO dalam setiap tahapan program ini?

1. Apakah tugas anda sebagai project officer (PO) dalam program ini?
 Memfasilitasi peserta dalam program ini, menjamin keamanan dan keselamatan peserta selama program, yaitu sebagai perpanjangan tangan dari Kemnepora dalam program pemuda antar negara

Bapak M.Zaimuddin Muhiddin selaku *project officer* dan alumni dari program pertukaran Transkrip wawancara

- Pedoman Wawancara (Kepala Bidang yang membawahi PPN)**
1. Apa sajakah tugas dari seorang *program manager*?
 2. Calon peserta seperti apakah yang diharapkan lulus dari seleksi tersebut? apakah ada kompetensi khusus?
 3. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut?
 4. Kendala apa saja yang anda rasakan pada saat rekrutmen?
 5. Apa saja yang anda dapatkan dalam proses pembekalan peserta sebelum keberangkatan? Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan tersebut telah sesuai dengan program yang akan dilakukan selanjutnya?
 7. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda?
 8. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut?
 9. Kendala apa saja yang anda rasakan pada saat pembekalan?
 10. Apakah yang anda harapkan dapatkan dalam program tersebut?
 11. Kendala apa saja yang anda rasakan pada program ini?
 12. Kekurangan apa saja yang anda rasakan selama mengikuti program tersebut?
 13. Menurut anda perbaikan apa yang diperlukan dari program tersebut?
 14. Apakah hasil dari program ini telah sesuai dengan harapan dan tujuan dari program tersebut?

14. Perubahan apa yang paling anda rasakan dalam diri anda setelah menjalani program tersebut?
15. Kendala apa saja yang anda rasakan pada program ini?
16. Kekurangan apa saja yang anda rasakan selama mengikuti program tersebut?
17. Menurut anda perbaikan apa yang diperlukan dari program tersebut?

3. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut?
4. Ketika saya bertindak menjadi peserta materi seleksi sudah cukup menggambarkan tujuan dan harapan dari penyelenggara untuk mendapat peserta yang sesuai dengan spesifikasi yang mereka anggap cocok.
4. Kendala apa saja yang anda temui selama proses seleksi?
- Saya ikut seleksi di Makasar dan disana terasa sekasi bahwa kegiatan ini hanya didominasi oleh perguruan tinggi besar saja, kurangnya publikasi dan informasi mengenai program ini menyebabkan kurang terjalangnya potensi pemuda lain yang berada di luar lingkungan perguruan tinggi tersebut
5. Apa saja yang anda dapatkan dalam proses pembekalan peserta sebelum keberangkatan?
- Pada saat pembekalan selama dua minggu di Jakarta tersebut, para peserta dibekali banyak materi yang nantinya akan membuat mereka untuk dapat bertahan dalam menjalani program ini. Materi yang diberikan seperti : wawasan nusantara, kepribadian, pembekalan spritual dan juga materi mengenai negara terkait yang biasanya disampaikan langsung oleh pihak dari kedubes terkait.
6. Kendala apa saja yang ada hadapi pada saat pembekalan sebelum keberangkatan?
- Pemberi materi yang mempunyai kesibukan tinggi sulit untuk dihadirkan, sehingga sering kali didelegasikan pada bawahannya yang dinilai kurang kompeten. Selain itu padatnya jadwal pd pembekalan ini menjadikan peserta mengalami kelelahan dan kePPANarasan selama menjalani proses pembekalan ini. Akan tetapi biasanya hal tersebut dapat tertutupi dengan rasa antusias mereka untuk kehar negeri.
7. Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan tersebut telah sesuai dengan program yang akan dilakukan selanjutnya?
- Setiap tahunnya selalu ada perubahan kurikulum materi pembekalan yang disesuaikan dengan hasil evaluasi pada tahun sebelumnya. Jadi ada pengurangan dan penambahan materi yang lebih relevan dan bermanfaat bagi mereka.
8. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda?
- Kalau yang saya rasakan sudah cukup sesuai.
9. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut?
- Materi – materi mengenai kepemimpinan seperti halnya materi yang sudah ditambahkan lagi.
10. Jelaskan apa saja yang anda lakukan selama mengikuti program ini!
- Banyak kegiatan yang kita lakukan disan, dimulai dengan mengikuti Volunteer Orientation Camp (VOC), Community Orientation Camp, Education Activities Days(RAD), performance – performance kebudayaan Indonesia dan juga magang selama kurang lebih tiga bulan untuk magang ditempat yang telah ditentukan.
11. Apakah yang anda dapatkan dari program tersebut?
- Perubahan mind set yang menjadi lebih terbuka, berinteraksi dengan masyarakat internasional, sehingga meningkatkan kepercayaan diri.
12. Apakah anda mendapatkan sesuatu yang sesuai harapan anda dalam program tersebut?
- Bukan hanya sesuai bahkan terkadang merasa lebih dari cukup.
13. Apakah yang anda harapkan dapatkan dalam program tersebut?
14. Perubahan apa yang paling anda rasakan dalam diri anda setelah menjalani program tersebut?

15. Kekurangan apa saja yang anda rasakan selama mengikuti program tersebut?
16. Menurut anda perbaikan apa yang diperlukan dari program tersebut?
Bapak I Gde Armya Cita selaku alumni program pertukaran pemuda antara Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
15. Apa yang anda ketahui mengenai program pertukaran pemuda Inonesia-
Saya menjadi peserta program PPIK tahun 2006/2007. Selain menjadi peserta, saya juga aktif menjadi alumni sekaligus pengurus PCMI Jawa Timur, sehingga banyak hal yang saya pelajari mengenai PPIK
16. Apakah proses seleksi yang anda ikuti sesuai dengan informasi yang anda dapat?
Di Jawa Timur, sangat sesuai. Terkadang malah ada penambahan materi seleksi, yang menjadikan seleksi menjadi semakin berbobot
17. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut?
Saya rasa masih sedikit kurang sesuai. Masih perlu penyempurnaan. Hal ini dikarenakan proses seleksi di wilayah provinsi dilaksanakan bersamaan dengan program lainnya. Sehingga terkadang karakteristik PPIK tidak terlalu tampak di proses seleksi daerah, dikarenakan proses seleksi bersifat umum, general. Tidak berdasarkan karakteristik suatu program
18. Apa saja yang anda dapatkan dalam proses pembekalan peserta sebelum keberangkatan?
Paling utama adalah kepemimpinan, kemampuan interaksi dalam grup, dan kemampuan penempatan semi daerah
19. Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan tersebut telah sesuai dengan program yang akan dilakukan selanjutnya?
Ya, namun pembekalan yang diberikan kurang model pembekalan yang bersifat community development (dalam konteks PPIK). Hal ini bisa dimaklumi, dikarenakan penyelenggara seleksi, yaitu PCMI, memiliki keterbatasan dana dan sumber daya manusia
20. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda?
Masih sesuai
21. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut?
Dalam konteks PPIK, maka menurut saya adalah pembekalan yang bersifat comdev. di Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
22. Jelaskan apa saja yang anda lakukan selama di
Banyak hal yang kita lakukan pada saat di Kanada. Utamanya adalah untuk berubah dengan masyarakat local disana. Kegiatan mulai dari kegiatan sosial, kemudian juga magang. Kegiatan sosial ini berubah setiap minggu-nya. Jadi selama 3,5 bulan di Kanada, kurang lebih ada 12 macam kegiatan sosial yang berbeda-beda.
23. Apakah yang anda dapatkan dari program tersebut?
Saya merasa saya lebih mencintai Indonesia, utamanya adalah kebudayaannya, Selain itu kemegahan diri juga semakin terasah
24. Apakah anda mendapatkan sesuatu yang sesuai harapan anda dalam program tersebut?
Ya. Saya merasa beruntung untuk dapat bertemu dengan masyarakat baru, baik di Kanada, maupun di Indonesia
25. Apakah yang anda dapatkan dalam program tersebut?

- Berinteraksi dengan masyarakat dan kebudayaan yang baru
26. Perubahan apa yang paling anda rasakan dalam diri anda setelah menjalani program tersebut?
- Saya menjadi lebih aware dan peduli terhadap keberadaan dan perkembangan budaya Indonesia
27. Kekurangan apa saja yang anda rasakan mengikuti program tersebut?
- Uang saku yang diberikan oleh KEMENGGPORA sangat kurang
28. Menurut anda pertalkan apa yang diperlukan dari KEMENGGPORA perlu lebih ditingkatkan. Perlu lebih banyak stakeholder dilibatkan, sehingga peserta akan mendapatkan benefit yang lebih lengkap lagi.
- Ibu Caroline Tanjung selaku alumni program pertukaran pemuda antara negara
1. Apa yang anda ketahui mengenai program pertukaran pemuda Indonesia-Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
2. Apakah proses seleksi yang anda ikuti sesuai dengan informasi yang anda dapat?
- Iya, tetapi dengan sistem gugur maka yang diketahui oleh peserta adalah seleksi yang akan dilakukannya saja. Terlebih lagi setiap daerah mengembangkan sistem seleksi yang berbeda. Seleksi diorganisir oleh alumni beserta dengan dukungan dari dispora.
3. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut?
- Iya, sudah sesuai.
4. Apa saja yang anda dapatkan dalam proses pembekalan peserta sebelum keberangkatan?
- Di Jawa timur pada saat itu belum ada sistem pembekalan komprehensif dari daerah, namun kita dikarantina selama 10 hari di Jakarta untuk mendapatkan pembekalan. Materi yang dominan adalah kebudayaan, kesenian, public speaking dan team work.
- Namun saat ini dari Jawa timur, pembekalan yang diberikan cukup intensif, dan bukan hanya "packing" seperti public speaking, tetapi juga materi yang lebih substantif, dimana partisipan saling bertukar skill. Yang harus diperhatikan juga, setiap program memiliki program pembekalan yang berbeda
5. Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan telah sesuai dengan program yang akan dilakukan selanjutnya?
- Iya, sudah cukup sesuai
6. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda?
- Materi pembekalan berubah setiap tahunnya, kecuali materi kesenian. Saya tidak mengetahui perkembangan pembekalan yang dilakukan di Jakarta.
7. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut?
- Untuk program Kanada, pembekalan yang dilakukan sebaiknya juga menambahkan skill-praktis yang bisa dibagikan ke masyarakat selama di fase Indonesia.
8. Jelaskan apa saja yang anda lakukan selama di Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?

- Selama di Kanada, masing-masing partisipan dipasangkan dengan partisipan Kanada, dan tinggal di satu keluarga. Setiap hari (hari kerja) kami bekerja sebagai sukarelawan di berbagai instansi non profit atau yang bersifat pelayanan masyarakat. Ada satu hari dalam seminggu yang diajarkan untuk pembelajaran bersama kelompok. Pada akhir pekan kami juga melakukan berbagai pelayanan masyarakat di luar kemampuan kerja kami. Pada fase Indonesia, partisipan Indonesia dengan pasangan yang sama tinggal di satu keluarga. Lokasi yang dipilih biasanya cukup jauh dari kota. Tidak ada *work placement* khusus, namun kami menyelenggarakan program pelayanan seperti mengajar, membangun sistem pengolah sampah, membangun lapangan voli, dan sebagainya.
9. Apakah yang anda dapatkan dari program tersebut?
Pengalaman, perspektif, kawan dan pengetahuan baru
10. Apakah anda mendapatkan sesuatu yang sesuai harapan anda dalam program tersebut?
Ya, bahkan lebih dari yang diharapkan
11. Apakah yang anda harapkan dapatkan dalam program tersebut?
Melihat, mengalami dan belajar dari pengalaman baru di negara asing, mendapatkan kesempatan untuk mengenal budaya dan orang-orang yang berbeda.
12. Perubahan apa yang paling anda rasakan dalam diri anda setelah menjalani program tersebut?
Adaptabilitas dalam menghadapi berbagai situasi, kemampuan menyelesaikan permasalahan, pemahaman terhadap interaksi antar manusia.
13. Kekurangan apa saja yang anda rasakan selama mengikuti program tersebut?
Untuk fase Indonesia portingnya tidak begitu besar, padahal lebih diperlukan
14. Menurut anda perbaikan apa yang diperlukan dari program tersebut?
Persiapan yang lebih matang untuk fase Indonesia
- Ibu Ryza Cahaya selaku alumnus program pertukaran pemuda antara negara Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
1. Apa yang anda ketahui mengenai program pertukaran pemuda Indonesia-Program ini merupakan program resmi dari Kementerian Negara Pemuda dan Olahraga. Setiap program (PPK, PPIA, dll) memiliki karakteristik program yang berbeda. Untuk itu dapat melihat di bagian Profil Program web PCMI Jatim (<http://pcmiatim.org/temang-pcmi/>)
2. Apakah proses seleksi yang anda ikuti sesuai dengan informasi yang anda dapat?
Saya merupakan peserta yang mewakili Kementerian Luar Negeri (dalam kapasitas sebagai Duta Muda ASEAN Indonesia 2007). Namun, sesuai program, saya terlibat aktif di PCMI Jatim. Seluruh proses seleksi dilakukan sesuai dengan informasi yang kami berikan kepada peserta. Untuk informasi lebih lanjut, dapat menuju pada informasi di pcmiatim.org
3. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut?
Proses seleksi tidak saya disesuaikan dengan tujuan program saat pelaksanaan. Namun, peserta diharapkan juga memiliki potensi yang dapat berkembang sesuai program, untuk memberikan kontribusi bagi pemuda dan masyarakat Indonesia secara umum. Berikut adalah persyaratan dan proses seleksi:
4. Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan tersebut telah sesuai dengan program yang akan dilakukannya?

- Ya, pembekalan dilakukan untuk mempersiapkan peserta untuk mengikuti program yang akan diikuti, hingga saat peserta kembali dari program.
5. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda?
Peserta kurang diberikan keahlian mengenai pertolongan pertama pada kecelakaan (saat fase Indonesia, di tengah hutan, jarak ke Puskesmas cukup jauh, padahal resiko kecelakaan/terkena penyakit tinggi), keahlian untuk menulis proposal proyek (saat fase Indonesia, sebelum melakukan proyek, membutuhkan persetujuan dari ketua kampung, Pak Camat, dll).
6. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut?
Materi terkait jawaban no. 6
7. Jelaskan apa saja yang anda lakukan selama di Kanada/China/Korsei/Malaysia/Australia/AS?
- Fase Kanada:
a. Bekerja di Colchester Adult Learning Association
b. Perform kebudayaan Indonesia di berbagai pertemuan warga (Halloween party, Rotary meeting, dll)
c. Visit ke sekolah-sekolah mengenalkan budaya Indonesia
d. Mengelenggarakan Taste of Indonesia mengumpulkan dana untuk disumbangkan
e. Perform di CUSO-Dance for the World di Halifax
f. Mempelajari system media, system perlindungan terhadap wanita, system agrikultur, system kerja pepadam kebakaran, dll yang ada di Truro
- Fase Indonesia:
a. Bekerja di Kantor Camat
b. Bekerja di Sekolah-sekolah
c. Mengelenggarakan kursus untuk warga (bahasa Inggris, mengaji, membuat kompor tenaga matahari, pelatihan anti rokok, membuat filter air sederhana, membuat kerajinan daur ulang, dll)
d. Membuat program pengembangan desa (membangun tugu, membersihkan kali, membangun lapangan voli, peneliti kebersihan air bekerja sama dengan WHO Jakarta, dll)
8. Apakah yang anda dapatkan dari program tersebut?
- Pengalaman mengenal budaya lain
- Menambah networking
- Pengalaman kerja dan terlibat dalam banyak program pengembangan sosial
9. Apakah anda mendapatkan sesuatu yang sesuai harapan anda dalam program tersebut?
Melebihi harapan, karena dalam proses pelaksanaan program, sebagai individu juga mengalami pengembangan karakter yang sangat berharga
10. Apakah yang anda dapatkan dalam program tersebut?
Sebuah perspektif baru, akan hal yang perlu, mampu, kita lakukan untuk kemajuan masyarakat, melalui kerjasama di era globalisasi
11. Perubahan apa yang paling anda rasakan dalam diri anda setelah menjalani program tersebut?
Menjadi lebih menghargai dan menghormati perbedaan karakter, pemahaman, kondisi ekonomi social budaya dll. Saat lebih menghargai dan menghormati, ada motivasi lebih untuk dapat bekerja sama di tengah perbedaan
12. Kekurangan apa saja yang anda rasakan selama mengikuti program tersebut?

1. Apa yang anda ketahui mengenai program pertukaran pemuda Inonesia-Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS?
2. Apakah proses seleksi yang anda ikuti sesuai dengan informasi yang anda dapat? Sesuai. Mulai dari seleksi administratif hingga wawancara
3. Apakah menurut anda proses seleksi yang dilakukan telah sesuai dengan tujuan program tersebut? Ya.
4. Apa saja yang anda dapatkan dalam proses pembekalan peserta sebelum keberangkatan? Country profile negara tujuan, pembekalan seni dan budaya, etika dan pembekalan mengenai Indonesia
5. Apakah menurut anda pembekalan yang diberikan tersebut telah sesuai dengan program yang akan dilakukan selanjutnya? Ya.
6. Materi apa saja yang kurang sesuai menurut anda? Tidak ada materi yang kurang sesuai. Hanya saja, daripada hanya mendatangkan satu narasumber untuk suatu topik (mis: country profile Malaysia yang mendatangkan atase Kedubes Malaysia), alangkah baiknya jika dibuat dengan format diskusi panel, sehingga lebih berimbang.
7. Materi apa yang perlu ditambahkan dalam proses pembekalan tersebut? Diskusi panel dengan mengundang narasumber yang bervariasi latar belakangnya, mulai dari pejabat pemerintah, perwakilan Organisasi Sipil Masyarakat, dan LSM (lokal maupun asing) yang memungkinkan peserta program dapat berpikir lebih kritis.
8. Jelaskan pa saja yang anda lakukan selama di Kanada/China/Korsel/Malaysia/Australia/AS? Latihan Kepemimpinan, pengenalan terhadap adat dan tradisi lokal melalui program host parents, pertunjukan seni budaya dan field trip ke pusat pemerintahan, media, industri dan atraksi pariwisata di negara setempat.
9. Apakah yang anda dapatkan dari program tersebut? Pemahaman baru tentang negara setempat, di luar dari apa yang disampaikan oleh media nasional.
10. Apakah anda mendapatkan sesuatu yang sesuai harapan anda dalam program tersebut?

Ibu Annisa Farida, Alumnius program PPA

- Pihak pemerintah daerah kurang memiliki sensitivitas terhadap isu social budaya di wilayah mereka. Kurang memiliki inisiatif untuk meningkatkan kesejahteraan warga.

- Tidak lanjut sesuai program masih kurang. Seharusnya setiap akhir program, perlu dibuat laporan yang ditujukan khusus kepada pemimpin daerah tsb di Indonesia, berisi rekomendasi untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat. Sejaht ini, laporan usai program dikumpulkan kepada Kemengpora, lebih berisi laporan kegiatan selama program, bukan menitikberatkan kepada rekomendasi. Sebagai contoh, hasil penelitian kelompok kami, bahwa bahan baku air di Desa Selat Baru telah terkontaminasi asam (akibat pembakaran sampah), dan bakteri E-Coli, tidak dapat ditindaklanjuti. Padahal tujuan kami melakukan penelitian tsb adalah agar warga bias mendapatkan akses air bersih. Saat ini, mereka masih meminum air hujan, atau air sumur yang keruh dan di musim kemarau kering.



- Ya. An eye opener experience.
11. Apakah yang anda harapkan didapatkan dalam program tersebut?
Pengalaman baru. Pengalaman tinggal di negara asing dalam tataran tertentu dapat
mengubah perspektif seseorang.
 12. Perubahan apa yang paling anda rasakan dalam diri anda setelah menjalani program
tersebut?
Lebih bijak menyikapi letupan-letupan hubungan Indonesia-Malaysia (Not being too
judgmental/emotional)
 13. Kekurangan apa saja yang anda rasakan selama mengikuti program tersebut?
Chapereone program dari Kemenegpora yang kurang dapat diandalkan
 14. Menurut anda perbaikan apa yang diperlukan arti program tersebut?
Pengkanaan terhadap pola pikir kritis dan pendampingan peserta program oleh seseorang
(alumni atau staf kemenlerian) yang lebih kompeten dan kooperatif.





