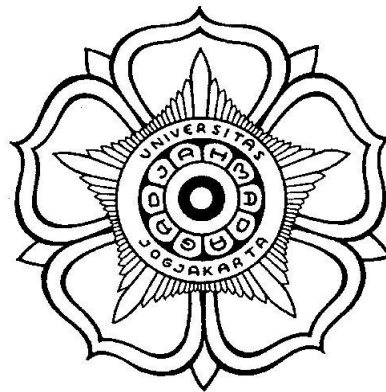


MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PERAWAT DI PUSKESMAS MLATI II KABUPATEN SLEMAN

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S-2

Minat Utama Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan



diajukan oleh:

**Muhlisin Nalahudin
07/261087/PKU/9388**

**Kepada
PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2010**

LEMBAR PENGESAHAN

**MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PERAWAT
DI PUSKESMAS MLATI II KABUPATEN SLEMAN**

Diajukan oleh :

**Muhlisin Nalahudin
07/261087/PKU/9388**

disetujui oleh:

Tanggal: Juni 2010

Pembimbing I

Pembimbing II

dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA

drg. Senik Windyati, M. Kes

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan disuatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebut dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Juni 2010

Muhlisin Nalahudin

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang melimpahkan rahmat, taufik dan hidayahNya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Pascasarjana S2 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Utama Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Penulis menyadari sepenuhnya dalam perjalanan penelitian sampai terbentuknya tulisan tesis ini masih banyak kekurangan dan kelemahannya. Penulis berkeyakinan dengan kelemahan dan kekurangan tesis ini akan memberi referensi tambahan dan jalan pembuka bagi peneliti lain yang ingin meneliti tentang kinerja perawat baik di Instansi rumah sakit dan puskesmas.

Pada kesempatan ini pula penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu dan pengalaman. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Mubasysyir Hasanbasri, dr, MA sebagai pembimbing utama yang dengan penuh dedikasi dan kesabaran yang selalu membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
2. Senik Windyati, drg, M.Kes sebagai pembimbing kedua yang dengan keilmuan dan pengalamannya serta waktunya selalu membimbing penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
3. Ketua Pengelola Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Laksono Trisnantoro, Prof. dr., M.Sc., PhD yang telah memberi kesempatan untuk menimba ilmu di tingkat Magister.

4. Dekan Fakultas Kedokteran, Direktur Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Program S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan Ketua Pengelola Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan beserta seluruh staf yang telah membantu penulis selama pendidikan sampai akhir penulisan tesis ini.
5. Kepala Dinas Kesehatan Sleman dan Kepala Puskesmas Mlati II ibu drg. Senik Windyati M. Kes serta staf perawat puskesmas yang membantu dalam kelengkapan data-data tesis penulis.
6. Orang tuaku bapak H. Syahrul dan ibu Hj. Roinim yang selalu memberikan kasih sayang dan doa untuk anak-anaknya, kakakku dan adik-adikku tercinta atas doa dan restunya.
7. Teman-teman KMPK yang selalu memberikan motivasi dan arahnya selama masa studi.

Akhirnya semoga Allah SWT selalu memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua, sehingga kita selamat di dunia dan akhirat amin.

Yogyakarta, Juni 2010

Penulis

Muhlisin Nalahudin

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
INTISARI	x
ABSTRACT	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
E. Keaslian Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Monitoring dan Evaluasi	9
1. Tujuan monitoring dan evaluasi	9
2. Manfaat monitoring dan evaluasi	9
3. Prinsip-prinsip monitoring dan evaluasi	10
4. Langkah-langkah dalam monitoring	10
5. Tipe-tipe monitoring	11
6. Sistem monitoring	12
B. Kinerja Perawat	13
1. Standar dan indikator	14
2. Uraian tugas	19
3. Refleksi diskusi kasus	20
4. Monitoring dan evaluasi	24
5. Dokumentasi asuhan	27
C. Manajemen	28
D. Quality Assurance	29
E. Dukungan manajemen.....	32
F. Landasan Teori	32
G. Kerangka Konsep	34
H. Pertanyaan Penelitian	35
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan rancangan Penelitian	36
B. Unit Analisis dan Subjek Penelitian	36
C. Definisi Operasional	37
D. Instrumen Penelitian	37

	E. Cara Analisis Data	38
	F. Etika Penelitian	38
	G. Jalannya Penelitian	39
	H. Keterbatasan Penelitian	40
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil Penelitian	41
	B. Pembahasan	76
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	86
	B. Saran	88
	DAFTAR PUSTAKA	90
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1: Keaslian Penelitian	8
Tabel 2: Tenaga Perawat Puskesmas Mlati II yang Mengikuti Pelatihan SPMKK	42
Tabel 3: Standar Instruksi Kerja Puskesmas Mlati II.....	43
Tabel 4: Perangkat Administrasi dalam RDK	46
Tabel 5: Jumlah Persentase Kehadiran Perawat dalam Pelaksanaan RDK.....	58
Tabel 6: Perangkat Monitoring dan Evaluasi	62
Tabel 7: Hasil Monev Perawatan Luka Kotor.....	64
Tabel 8: Hasil Monev Mengukur Suhu Tubuh.....	65
Tabel 9: Hasil Monev Pendokumentasian Keperawatan Rawat Inap..	66
Tabel 10: Hasil Monev Pendokumentasian Klinik Keperawatan.....	67
Tabel 11: Petunjuk Pengisian Format DAR	70
Tabel 12: Dukungan Kepala Puskesmas Terhadap SPMKK.....	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Peta Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II	5
Gambar 2: Alur Sistem Monitoring Kinerja Perawat	13
Gambar 3: Kerangka Konsep	34
Gambar 4: Tempat Meletakkan Buku Dokumentasi Asuhan dan Standar Instruksi Kerja (IK)	44
Gambar 5: Uraian Tugas F1 Perawat Puskesmas Mlati II.....	47
Gambar 6: Uraian Tugas F2 Perawat Puskesmas Mlati II.....	49
Gambar 7: Uraian Tugas F3 Perawat Puskesmas Mlati II.....	50
Gambar 8: Uraian Tugas F4 Perawat Puskesmas Mlati II.....	51
Gambar 9: Surat Tugas Kewajiban Mengikuti RDK.....	54
Gambar 10: Jadwal Pelaksanaan RDK.....	55
Gambar 11: Undangan RDK.....	56
Gambar 12: Daftar Hadir Perawat dalam Pelaksanaan RDK.....	57
Gambar 13: Notulen RDK.....	59
Gambar 14: Posisi Duduk Pelaksanaan RDK.....	60
Gambar 15: Daftar Tim Monev Perawat.....	63
Gambar 16: Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perawat.....	69

INTISARI

Latarbelakang: Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat, disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat, puskesmas mempunyai wewenang dan tanggungjawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya. Untuk mendukung terciptanya kesehatan yang ada dimasyarakat perlu dilakukan sistem monitoring dan evaluasi terhadap kinerja perawat dalam menerapkan lima komponen SPMKK yang ada di Puskesmas Mlati II.

Tujuan Penelitian : Mengetahui kinerja perawat dalam menerapkan lima komponen SPMKK di Puskesmas Mlati II.

Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Unit analisis penelitian adalah Puskesmas Mlati II. Cara pengambilan data dengan wawancara mendalam dan observasi perilaku.

Hasil : Penerapan dan pelaksanaan lima komponen SPMKK perawat di Puskesmas Mlati II sudah dilakukan, ini ditandai dengan sudah adanya standar dan indikator yang menjadi pedoman atau acuan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan, uraian tugas perawat yang sudah terstruktur, refleksi diskusi kasus setiap 1 bulan sekali rutin dilaksanakan, monitoring dan evaluasi dilakukan sesuai dengan jadwal, dan dokumentasi asuhan yang sudah dilakukan, walau masih ada dibeberapa ruangan yang belum maksimal. Secara berkesinambungan perawat terus mendapatkan pembinaan dan pencerahan dari tim trainer SPMKK Kabupaten Sleman, sehingga perawat terus dapat meningkatkan pengetahuan dan kinerja perawat yang profesional.

Kesimpulan : Pelatihan dan Pembinaan SPMKK yang dilakukan oleh WHO, Depkes RI, UGM, dan Tim SPMKK Kabupaten Sleman yang meliputi lima komponen yaitu standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan. Telah meningkatkan kinerja perawat yang ada di Puskesmas Mlati II, ditandai dengan sudah diterapkan dan dilakukannya lima komponen SPMKK tersebut.

Kata Kunci: Kinerja, standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dokumentasi asuhan.

ABSTRACT

Background: A health center is a unit of functional health organization that becomes a center of public health development, supervises active role of the community and provides comprehensive as well integrated service for the community. Furthermore, a health center has an authority and responsibility for the maintenance of health of the community in its working area. To support the maintenance of health in the community it is necessary to create monitoring and evaluation system of nurses' performance in the implementation of clinical performance management development system (CPMDS) at Mlati II Health Center.

Objective: To identify performance of nurses in the implementation of five components of CPMDS at Mlati II Health Center.

Method: This was a qualitative study with a case study design. Analysis unit of the study was Mlati II Health Center. Data were obtained from indepth interview and observation on behavior.

Result: Five components of CPMDS of nurses had been implemented at Mlati II Health Center. This was indicated from the availability / presence of standard and indicator that became guideline or reference of nurses in undertaking nursing intervention; job structured description of nurses; implementation of reflection on case discussion once a month; scheduled monitoring and evaluation; and documentation of nursing care although in some units of services the implementation was not yet done at their best. Continuously nurses got supervision and updates from CPMDS trainer team of District of Sleman so that they could improve knowledge and performance professionally.

Conclusion: CPMDS training and supervision provided by WHO, the Ministry of Health, Gadjah Mada University and CPMDS team of District of Sleman that consisted of five components; i.e. standard and indicator, job description, case discussion reflection, monitoring and evaluation, and nursing documentation improved performance of nurses at Mlati II Health Center.

Keywords: performance, job description, standard and indicator, case discussion reflection, monitoring and evaluation, nursing documentation

BAB I
PENDAHULUAN
A. Latar Belakang

Selama lebih dari tiga dasawarsa, Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan serangkaian reformasi dibidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efisien, efektif serta terjangkau oleh masyarakat. Berbagai model pembiayaan kesehatan, sejumlah program intervensi teknis bidang kesehatan, serta perbaikan organisasi dan manajemen telah diperkenalkan.

Akhir-akhir ini, kinerja pelayanan kesehatan menjadi sorotan masyarakat, baik dalam pelayanan dasar maupun pelayanan rujukan. Upaya perbaikan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan di Indonesia telah mulai dilakukan sejak tahun 1986 dengan diterapkannya gugus kendali mutu di rumah sakit dan di puskesmas serta pada pelayanan kesehatan yang lain. Perbaikan itu dilanjutkan dengan dikenalkannya *total quality management* pada tahun 1994 dan *performance management* pada tahun 1996. (Koentjoro 2007)

Analisis situasi pelayanan keperawatan yang terkait dengan berbagai permasalahan dan perkembangan kesehatan, Direktorat Keperawatan Depkes bekerjasama dengan WHO mengadakan penelitian tentang pelayanan keperawatan dan kebidanan yang dilakukan pada tahun 2000 di Propinsi Kalimantan Timur, Sumatera Utara, Sulawesi Utara, Jawa Barat dan DKI, menunjukkan gambaran sebagai berikut : 1) 70,9 % perawat dan bidan selama 3 tahun terakhir tidak pernah mengikuti pelatihan. 2) 39,8 % perawat dan bidan masih melakukan tugas-tugas kebersihan. 3) 47,4 % perawat dan bidan tidak memiliki uraian tugas secara tertulis. 4) Belum dikembangkan monitoring dan evaluasi Kinerja Klinis bagi perawat dan bidan secara khusus (Depkes, 2006).

Hasil evaluasi WHO dan PMPK-UGM Januari sampai Maret 2003, SPMKK berhasil meningkatkan kinerja klinis perawat dan bidan di rumahsakit dan puskesmas yaitu: 1) terjadi peningkatan pendokumentasian pelayanan dari 23 persen menjadi 85 persen, 2) peningkatan angka kehadiran pegawai dari 81 persen menjadi 97 persen, 3) kepatuhan penggunaan standar meningkat dari 21 persen menjadi 70 persen, 4) ketersediaan uraian tugas meningkat dari 45 persen menjadi 98 persen, 5) peningkatan pertemuan membahas kasus dari 32 persen menjadi 97 persen, 6) monitoring kinerja klinis meningkat dari 16 persen menjadi 86 persen. Beberapa kendala dalam penerapan SPMKK di antaranya belum memadainya sarana dan prasarana untuk menerapkan pelayanan keperawatan dan kebidanan yang sesuai dengan standar. Pembinaan dan monitoring dari tingkat kabupaten/kota belum maksimal, *stakeholders* yang mendukung belum optimal dan yang paling utama adalah tidak mudah mengubah *mindset* perawat dan bidan (Depkes, WHO, PMPK, 2003)

Perbaikan mutu pelayanan klinis pada tahun 2002 dilakukan sebagai strategi awal penerapan tata pengaturan klinis (*clinical governance*) dalam bentuk Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK). Perbaikan tersebut difasilitasi dengan dana WHO dalam pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit dan puskesmas dengan uji coba di Kabupaten Magelang, Propinsi Jawa Tengah dan Kabupaten Sleman, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, yang kemudian dikembangkan ke kabupaten lain melalui Proyek Kesehatan V dan Proyek *Safemotherhood* untuk menunjang kegiatan jaminan mutu dalam upaya "*making pregnancy safer*". Keputusan Menteri Kesehatan No 836/2005 SPMKK, yang kemudian berubah menjadi Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan (PMK), diangkat sebagai kebijakan nasional untuk meningkatkan mutu dan kinerja pelayanan kebidanan dan keperawatan di rumah sakit dan puskesmas.

SPMKK sebagai salah satu model pengembangan manajerial untuk bidan dan perawat mempunyai hasil yang positif dalam mengembalikan peran dan fungsi tenaga keperawatan dalam bidangnya. Beberapa alasan yang menyangkut pengembangan SPMKK di Kabupaten Sleman seperti disampaikan oleh kepala dinas kesehatan. dr.Sunartono, M.Kes, (2007) antara lain (1) secara teoritis dengan menerapkan SPMKK secara tidak langsung mengarahkan kepada tenaga keperawatan (bidan dan perawat) senantiasa bekerja secara profesional sehingga profesionalisme bidan dan perawat meningkat, dengan adanya profesionalisme yang diterapkan mendorong peningkatan pelayanan mutu klinis menjadi baik, dan dengan semakin baiknya mutu klinis yang dilakukan secara berkesinambungan akan mendorong adanya peningkatan kinerja organisasi melalui penerapan komitmen pegawai, hal tersebut akan meningkatkan pendapatan secara finansial yang semakin besar sehingga *revenue* yang diharapkan akan bertambah. Keadaan ini secara terus menerus diupayakan dan dengan tetap menjaga mutu pelayanan yang diberikan, terutama kepuasan *customers* yang dilayani baik secara internal maupun eksternal. (2) Sedangkan yang menjadi alasan praktis mengapa memerlukan SPMKK adalah a). secara faktual bahwa tenaga keperawatan (perawat dan bidan) di Kabupaten Sleman untuk puskesmas dan RSUD sebanyak 42,95 % sehingga hampir setengah dari jumlah tenaga yang ada, sehingga kontak antara pasien dengan petugas kesehatan lebih banyak dilakukan oleh jenis tenaga tersebut. b) menurut data WHO (2001) menunjukkan bahwa sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan ditemukan bahwa prosedur pelayanan yang dilakukan oleh puskesmas atau rumah sakit banyak yang tidak dimengerti oleh perawat dan bidan, perawat dan bidan tidak mempunyai *job description* , dalam waktu kurang dari tiga tahun banyak perawat dan bidan yang kurang mendapatkan pendidikan lanjutan, perawat dan bidan belum diberikan peran dan fungsinya sesuai dengan jenjang pendidikan dan senioritasnya,

dan ketidakpastian jenjang karier perawat dan bidan serta *reward and punishment* belum diberikan secara adil (Haryanto, 2007)

Tujuan dari upaya pengembangan SPMKK dalam jangka pendek adalah (1) agar supaya tenaga keperawatan (perawat dan bidan) di Puskesmas dapat membuat standar dan diskripsi pekerjaan sesuai dengan tupoksinya (2) Mempunyai kemampuan manajerial dalam mengelola kegiatan keperawatan di Puskesmas, (3) mempunyai hubungan sistem monitoring indikator kinerja (4) senantiasa mengembangkan proses pembelajaran penyelesaian kasus secara berkesinambungan melalui RDK (Refleksi Diskusi Kasus). Upaya jangka panjangnya adalah meningkatkan profesionalisme bidan dan perawat , karena bagaimanapun tuntutan akan profesionalisme dalam melaksanakan pekerjaannya akan menjadi syarat dalam mewujudkan bentuk akuntabilitas publik.

Komponen utama yang menjadi kunci dalam SPMKK adalah standar, yang meliputi standar profesi, standar operasional prosedur (SOP), dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat dan bidan di sarana pelayanan kesehatan. Standar keperawatan dan kebidanan bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dan bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bermutu. Selain hal tersebut standar dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pekerjaan, dapat meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf, dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan serta melindungi masyarakat atau klien dari pelayanan yang tidak bermutu.

Kegiatan monitoring merupakan suatu tindakan yang meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati dan dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauh mana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana. Monitoring dilakukan terhadap indikator yang telah ditetapkan guna mengetahui penyimpangan kinerja atau prestasi yang dicapai, dengan demikian setiap perawat akan dapat menilai tingkat prestasinya sendiri.

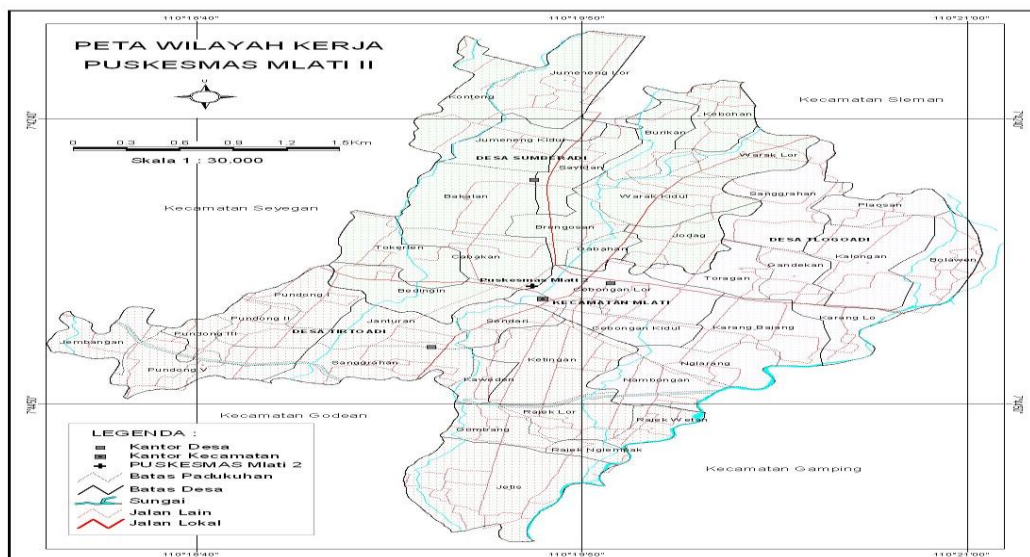
Hasil monitoring yang dilaksanakan diinformasikan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut. Sistem ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas serta akan menekan sebanyak mungkin kelalaian maupun malpraktik, sehingga akan dapat dicapai pelayanan yang efektif dan efisien.

World Health Organization (WHO) merumuskan evaluasi sebagai suatu proses dari pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak suatu program dalam tahap tertentu sebagai bagian atau keseluruhan dan juga mengkaji pencapaian program. Definisi lain dikemukakan oleh Swanburg yang menyatakan bahwa evaluasi kinerja adalah suatu proses pengendalian dimana kinerja pegawai dievaluasi berdasarkan standar (Depkes, 2006).

Puskesmas Mlati II berada di wilayah dusun Cabakan, Kelurahan Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman bagian tengah. Puskesmas ini terletak di tepi jalan raya sehingga mudah dijangkau masyarakat. Jarak ke Ibukota Provinsi DIY \pm 11 km, sedangkan ke Ibukota

Kabupaten Sleman \pm 6 km. Luas wilayah kerja puskesmas Mlati II adalah 1.681 ha terdiri atas 3 desa, 42 dusun.

Gambar 1: Peta Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman



Di Puskesmas Mlati II jumlah pegawai keseluruhan adalah sebanyak 63 pegawai dengan persentase terbesar pada bidan dan perawat sekitar 20,63%. Puskesmas Mlati II merupakan salah satu puskesmas yang dilakukan pelatihan dan pembinaan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik terhadap perawat dan bidan sejak tahun 2002 hingga 2009. Pelaksanaan kegiatan SPMKK yang meliputi lima komponen yaitu standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan sudah diterapkan di puskesmas tersebut. Ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Mlati II, khususnya dalam bidang pelayanan keperawatan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja perawat di Puskesmas Mlati II yang sudah menerapkan lima komponen SPMKK dengan melihat dari aspek standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui kinerja perawat dan dukungan manajemen kepala puskesmas dalam menerapkan lima komponen SPMKK yang meliputi standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan di Puskesmas Mlati II.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kepatuhan perawat terhadap standar dan indikator yang menjadi pedoman dan ukuran kinerja perawat dalam melakukan tindakan keperawatan di Puskesmas Mlati II.
- b. Mengetahui kepatuhan perawat dalam melaksanakan uraian tugas yang sudah diberikan kepada masing-masing perawat di Puskesmas Mlati II.
- c. Mengetahui aktivitas dan rutinitas perawat dalam melakukan refleksi diskusi kasus di Puskesmas Mlati II.
- d. Mengetahui monitoring dan evaluasi yang dilakukan supervisor dan tim monev terhadap asuhan keperawatan di Puskesmas Mlati II.
- e. Mengetahui pendokumentasian keperawatan yang dilakukan oleh perawat di Puskesmas Mlati II.
- f. Mengetahui dukungan manajemen kepala puskesmas dalam implementasi SPMKK di Puskesmas Mlati II.

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai bahan masukan bagi puskesmas dalam meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan keperawatan sesuai dengan harapan masyarakat.
2. Sebagai salah satu sumber bacaan penelitian dan pengembangan manajemen kinerja klinik bagi perawat.
3. Bagi penulis sendiri sebagai media pembelajaran dalam menerapkan ilmu yang didapat selama mengikuti pendidikan.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini mengenai monitoring dan evaluasi terhadap kinerja perawat di puskesmas Mlati II, sepengetahuan penulis beberapa penelitian serupa yang berhubungan dengan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja perawat dalam menerapkan lima komponen SPMKK yaitu : Jaiz, A. (2007) : evaluasi pengembangan manajemen kinerja perawat dan bidan di Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta. Koentjoro, T. (2005) : pengembangan manajemen kinerja klinik perawat dan bidan sebagai strategi dalam peningkatan mutu klinis. Iriani, R. (2007) : Penilaian kinerja perawat puskesmas Tanah Tinggi dalam persiapan pengembangan puskesmas rawat inap. Deskripsi perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya dapat dilihat pada table berikut ini.

Tabel 1: Deskripsi Penelitian Serupa dengan Penelitian Ini

Penelitian	Judul	Rancangan Penelitian	Subjek Penelitian	Analisa Data
Jaiz (2007)	Pengembangan manajemen kinerja perawat dan bidan: evaluasi pelatihan di kulon progo dan Yogyakarta	Kualitatif, studi kasus	Peserta pelatihan, direktur dan kepala seksi keperawatan rumah sakit serta kepala puskesmas.	analisis kualitatif, uji (<i>t-test</i>)

Koentjoro (2005)	Pengembangan manajemen kinerja klinik perawat dan bidan sebagai strategi dalam peningkatan mutu klinis	Kualitatif, Observasi dan evaluasi	Perawat, bidan	Analisis kualitatif
Iriani (2007)	Penilaian kinerja perawat puskesmas Tanah Tinggi dalam persiapan pengembangan puskesmas rawat inap	Analisis deskriptif kuantitatif	Perawat, karyawan puskesmas, pasien	Kuantitatif, Uji (<i>t-test</i>)
Penelitian ini	Monitoring dan evaluasi kinerja perawat di Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman	Kualitatif, studi kasus eksploratif	Kepala puskesmas, perawat	Analisis kualitatif

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Monitoring dan Evaluasi

World Health Organization (WHO) merumuskan evaluasi sebagai suatu proses dari pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak suatu program dalam tahap tertentu sebagai bagian atau keseluruhan dan juga mengkaji pencapaian program. Monitoring merupakan suatu proses pengumpulan dan menganalisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan atau program itu berjalan sesuai dengan rencana sehingga masalah yang dilihat atau ditemui dapat diatasi.

1. Tujuan monitoring dan evaluasi (Depkes RI, 2006) yaitu :
 - a. Memperoleh informasi tentang kegiatan apakah telah dilaksanakan sesuai dengan rencana sehingga dapat diberikan umpan balik.
 - b. Untuk mempertanggung jawabkan tugas atau kegiatan yang telah dilakukan.
 - c. Sebagai bahan untuk pengambilan keputusan dalam pengembangan program atau kegiatan.
 - d. Untuk menentukan kompetensi pekerjaan dan meningkatkan hubungan kinerja yang baik diantara pegawai dalam hal ini perawat dan bidan.
 - e. Menghargai pengembangan staf dan memotivasi perawat dan bidan kearah pencapaian kualitas yang tinggi.
 - f. Meningkatkan kegiatan bimbingan dan konseling bagi manajer.
 - g. Mengidentifikasi kapasitas perawat dan bidan untuk pengembangan.
2. Manfaat monitoring dan evaluasi :
 - a. Mengidentifikasi masalah keperawatan
 - b. Mengambil langkah korektif untuk perbaikan secepatnya
 - c. Mengukur pencapaian sasaran atau target

3. Prinsip-prinsip monitoring dan evaluasi :
 - a. Libatkan staf dalam perencanaan dan implementasi, rapat dengan staf untuk memberi kesempatan mengerti konsep dan ide-ide dan keuntungan self evaluasi menjadi berguna.
 - b. Pilih seorang atau dua orang sebagai tim kecil yang bertanggung jawab dan membatasi data dan analisis tetapi tidak membuat rekomendasi.
 - c. Pastikan ada konsensus rencana evaluasi walaupun ini kelihatannya membutuhkan waktu dan usaha yang besar.
 - d. Sediakan kepala tim evaluasi sumber-sumber pengambilan data dan analisis ini mungkin melibatkan pendapat dari ahli.
 - e. Mendorong evaluator untuk melaporkan kemajuan walaupun mereka tidak pada posisi untuk melapor.
 - f. Gunakan temuan-temuan untuk merefleksikan program dibawah pengawasannya, tentukan apa yang akan dirubah, dibuat dan untuk apa contoh apakah proses implementasi harus dimodifikasi sehingga tujuan dapat dicapai.
4. Langkah-langkah dalam monitoring
 - a. Perencanaan
 1. Merancang sistem monitoring yang spesifik : apa yang akan dimonitor, tujuan apakah untuk memperoleh informasi rutin atau jangka waktu pendek? Mengapa dan untuk siapa.
 2. Menentukan scope monitoring: luasnya area (RS, puskesmas non TT)? Apakah bersifat klinis atau service?siapa yang terlibat, bidan, perawat, dokter?berapa lama monitoring akan dilakukan?
 3. Memilih dan menentukan indikator tentukan batasan sasaran kelompok, misalnya kelompok anak dibawah 2 tahun, 5 tahun atau antara 12-60 bulan?terminologi: kasus diare, mungkin kultur masyarakat dari satu tempat akan berbeda dengan tempat lainnya, maka penyusunan indikator merujuk pada

budaya setempat dan terakhir tentukan “performance standart” atau target pencapaian (%) serta frekuensinya (harian, mingguan, bulanan) tergantung kebutuhan user.

4. Menentukan sumber-sumber informasi, memilih metode pengumpulan data, seperti metode observasi, interview petugas, perawat atau bidan, pasien atau rapid survey untuk cakupan atau pengobatan di rumah (*home treatment*).

b. Implementasi

1. Mengumpulkan data penggunaan format pengumpulan data, termasuk memilih menentukan proses supervisi dan prosesnya (kemana akan dikirim).
2. Tabulasi data dan analisa data: membandingkan temuan atau pencapaian aktual dengan perencanaan.
3. Temuan dalam monitoring: apakah ada penyimpangan, bila ada perlu diidentifikasi masalah penyebabnya. Hasil temuan di “*feedback*” kan kepada semua staf yang terlibat.
4. Menggali penyebab dan mengambil tindakan perbaikan: menggali penyebab terjadinya masalah, bisa jadi masalah timbul dalam hal yang sudah familiar bagi perawat dan bidan, misalnya immunisasi cakupan turun. Bila penyebab telah diketahui, cek list immunisasi dipakai lagi. Rencana monitoring perlu disusun jangka pendek untuk menjamin bahwa tindakan/prosedur dilaksanakan sesuai standar (rencana) serta memberi efek sesuai dengan harapan.

5. Tipe-Tipe Monitoring

a. Monitoring rutin

kegiatan mengkompilasi informasi secara reguler berdasarkan sejumlah indikator kunci. Jumlah indikator dalam batas minimum maupun tetap dapat memberikan informasi yang cukup bagi manager untuk mengawasi kemajuan/perkembangan. Monitoring

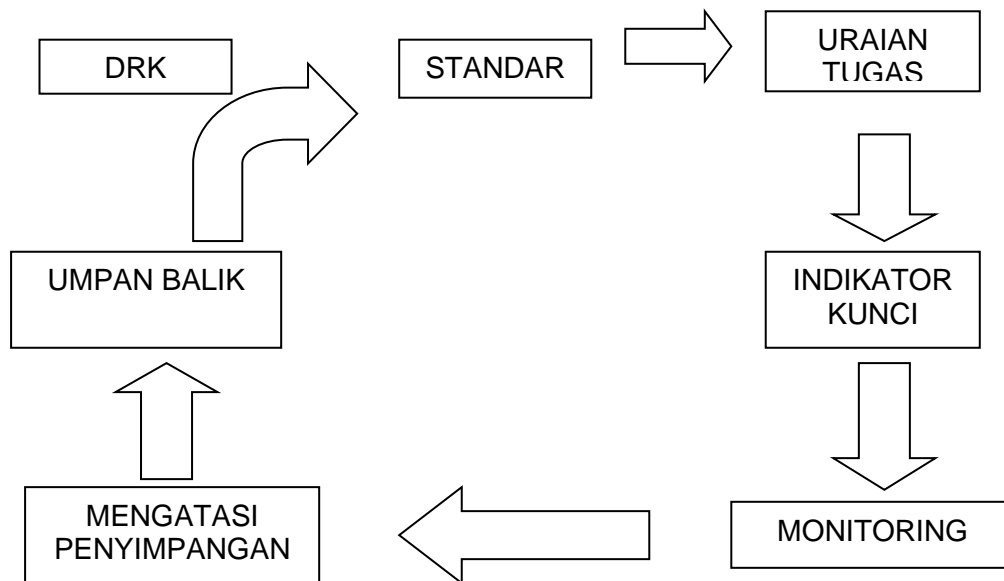
rutin dapat dipergunakan untuk mengidentifikasi penerapan program dengan atau tanpa perencanaan.

b. Monitoring jangka pendek

Dilakukan untuk jangka waktu tertentu dan biasanya diperuntukan bagi aktifitas yang spesifik. Seringkali bila aktifitas atau proses-proses baru diterapkan, manager ingin mengetahui, apakah sudah diterapkan sesuai rencana dan apakah sesuai dengan keluaran yang diinginkan. Pada umumnya manager memanfaatkan informasi ini untuk membuat penyesuaian dalam tindakan yang baru. Sekali penerapan telah berjalan baik maka indikator kunci dimasukkan kedalam monitoring rutin. Monitoring jangka pendek diperlukan bila manager menemukan suatu masalah yang muncul berhubungan dengan input atau pelayanan.

6. Sistem Monitoring

Sistem monitoring indikator kinerja klinis perawat dan bidan sangat diperlukan untuk meningkatkan serta mempertahankan tingkat kinerja yang bermutu. Melalui monitoring akan dapat dipantau penyimpangan-penyimpangan yang terjadi, penyimpangan harus dikelola dengan baik oleh manager perawat dan bidan untuk diluruskan kembali agar kegiatan yang dilakukan sesuai dengan standar. Ada tiga indikator kinerja perawat yang perlu dimonitor yaitu: administratif, klinis dan pengembangan staf. Termasuk dalam indikator kinerja administratif meliputi pendokumentasian asuhan keperawatan (askep) segala sesuatu yang berhubungan dengan kegiatan administratif termasuk pencatatan dan pelaporan, indikator kinerja klinis adalah pelaksanaan kegiatan atau aktifitas asuhan langsung terhadap pasien. Pengembangan staf berkaitan dengan pengembangan kemampuan klinis staf (pengetahuan, ketrampilan dan sikap) yang dapat dilakukan secara rutin antara lain melalui refleksi diskusi kasus.



Gambar 2: Alur Sistem Monitoring Kinerja Perawat

Monitoring sangat digunakan dalam suatu sistem manajemen dan hasilnya merupakan *feedback* bagi manajemen untuk lebih meningkatkan rencana operasional serta mengambil langkah-langkah tindakan korektif. Oleh karena itu manajer hendaknya memiliki sistem monitoring sehingga *feedback* atau penyimpangan yang terjadi akan dapat dikelola dengan tepat, cepat dan dapat dilakukan upaya perbaikan dengan segera. Dengan melakukan monitoring secara periodik sesuai dengan kepentingannya, maka pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan mutunya secara terus menerus (Depkes RI, 2006)

B. Kinerja Perawat

Perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, cedera, dan proses penuaan. Perawat terdiri dari dua kategori yaitu perawat profesional dan perawat vokasional. PPNI menuntut otonomi perawat dengan menekankan kekhususan bidang perawatan. Perawat secara

garis besar mempunyai peranan sebagai peran perawatan, peran koordinatif, peran terapeutik (PPNI, 1990).

Menurut Sciortino (2008), lebih khusus, perawat dipercaya dengan empat macam peran. Pertama, perawat tidak lagi dididik untuk perawatan kustodial (*bed-side care*), tetapi dididik agar mampu menjalankan peran sebagai 'organisor' dan pemberi pelayanan perawatan' di masyarakat sesuai dengan kebutuhan penduduk setempat. Tugas-tugas keperawatan yang dilakukan oleh perawat memprioritaskan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Kedua, perawat diharapkan dapat menjalankan peran sebagai 'guru' dan 'pendidik' bagi tenaga kesehatan dan penduduk. Ketiga, peran mereka sebagai 'manajer' dan 'supervisor' perawat diharapkan dapat memimpin tenaga paramedis lainnya dan kader kesehatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Keempat, peran sebagai 'peneliti' dan 'evaluator' perawat harus memonitor dan menganalisa keadaan maupun pelayanan kesehatan di kawasannya.

Komponen sistem pengembangan manajemen kinerja klinik perawat yaitu :

1. Standar dan Indikator

Komponen utama yang menjadi kunci dalam SPMKK adalah standar, yang meliputi standar profesi, standar operasional prosedur (SOP) dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat dan bidan di sarana pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2005).

Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya (PP 102 tahun 2000, disitasi oleh Depkes RI, 2006). Standar yang berbasis pada sistem manajemen kinerja mempunyai ciri-ciri SMART: spesifik (*specific*),

terukur (*measurable*), tepat (*appropriate*), andal (*reliable*), tepat waktu (*timely*) (Depkes RI, 2006).

Komponen yang harus ada pada standar adalah standar struktur, standar proses, standar *outcomes*. Standar struktur adalah karakteristik organisasi dalam tatanan asuhan yang diberikan. Standar ini sama dengan standar masukan atau standar *input* yang meliputi filosofi dan objektif, organisasi dan administrasi, kebijakan dan peraturan, *staffing* dan pembinaan, deskripsi pekerjaan (fungsi tugas dan tanggung jawab setiap posisi klinis), fasilitas dan peralatan. Standar proses adalah kegiatan dan interaksi antara pemberi dan penerima asuhan. Standar ini berfokus pada kinerja dari petugas profesional di tatanan klinis, mencakup: fungsi tugas, tanggung jawab dan akuntabilitas; manajemen kinerja klinis; monitoring dan evaluasi kinerja klinis. Standar *outcomes* adalah hasil asuhan dalam kaitannya dengan status pasien. Standar ini berfokus pada asuhan pasien yang prima yang meliputi: kepuasan pasien, keamanan pasien, kenyamanan pasien (Depkes RI, 2006).

Pada dasarnya ada 2 tingkatan standar yaitu minimum dan optimum. Standar minimum adalah sesuatu standar yang harus dipenuhi dan menyajikan suatu tingkat dasar yang harus diterima. Standar minimum harus dicapai seluruhnya tanpa ada pertanyaan. Standar optimum adalah standar secara terarah dan berkesinambungan dapat dicapai, mewakili keadaan yang diinginkan atau disebut juga tingkat terbaik, dimana ditentukan hal-hal yang harus dikerjakan dan mungkin hanya dapat dicapai oleh mereka yang berdedikasi tinggi (Depkes RI, 2006).

Standar bermanfaat untuk: menetapkan norma dan memberikan kesempatan anggota masyarakat dan perorangan mengetahui bagaimana tingkat pelayanan yang diharapkan/diinginkan karena standar tertulis sehingga dapat dipublikasikan/diketahui secara luas; menunjukkan ketersediaan yang berkualitas dan berlaku sebagai tolok

ukur untuk memonitor kualitas kinerja; berfokus pada inti dan tugas penting yang harus ditunjukkan pada situasi aktual dan sesuai dengan kondisi lokal; meningkatkan efisiensi dan mengarahkan pada pemanfaatan sumber daya dengan lebih baik; meningkatkan pemanfaatan staf dan motivasi staf; dapat digunakan untuk menilai aspek praktis baik pada keadaan dasar maupun *post basic* pelatihan dan pendidikan (Depkes RI, 2006).

Standar operasional prosedur (SOP) adalah tata cara atau tahapan yang dibakukan dan harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu (KARS, 2000, disitasi oleh Depkes RI, 2006).

Tujuan umum standar operasional prosedur (SOP) adalah mengarahkan serangkaian asuhan keperawatan dan kebidanan untuk mencapai tujuan yang efektif dan efisien sehingga konsisten dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Tujuan khusus SOP adalah: menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kerja; meminimalkan kegagalan, kesalahan dan kelalaian dalam proses pelaksanaan kegiatan; merupakan parameter untuk menilai kinerja dan pelayanan; memastikan penggunaan sumber daya secara efektif dan efisien; menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas terkait; mengarahkan pendokumentasian yang adekuat dan akurat (Depkes RI, 2006).

Fungsi standar operasional prosedur (SOP) adalah: memperkuat tugas dari petugas atau tim; sebagai dasar hukum dan etik bila terjadi penyimpangan; mengetahui dengan jelas hambatan-hambatan; mengarahkan perawat dan bidan untuk disiplin dalam bekerja; sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin. Ada 2 jenis standar operasional prosedur (SOP) yaitu SOP pelayanan profesi dan SOP administrasi. SOP pelayanan profesi terdiri dari SOP untuk aspek keilmuan dan SOP untuk aspek manajerial. SOP administrasi terdiri

dari perencanaan program/kegiatan, keuangan, perlengkapan, kepegawaian, pelaporan (Depkes RI, 2006).

Standar keperawatan dan kebidanan bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dan bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bermutu sehingga setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan berorientasi pada budaya mutu. Selain hal tersebut, standar dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pekerjaan, dapat meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf, dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan serta melindungi masyarakat/klien dari pelayanan yang tidak bermutu (Depkes RI, 2005).

Dalam implementasi SPMKK, perawat dan bidan dibimbing secara khusus untuk menyusun dan mengembangkan SOP yang nantinya akan digunakan sebagai acuan di sarana pelayanan kesehatan setempat (Depkes RI, 2005).

Indikator adalah variabel untuk mengukur suatu perubahan baik langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981, disitasi oleh Depkes RI, 2006). Karakteristik indikator adalah *valid, reliable, sensitive, specific, relevan*. Sahih (*valid*) artinya indikator benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek-aspek yang akan dinilai. Dapat dipercaya (*reliable*) artinya mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang. Peka (*sensitive*) artinya cukup peka untuk mengukur sehingga jumlahnya tidak perlu banyak. Spesifik (*specific*) artinya memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak tumpang tindih. Berhubungan (*relevant*) artinya sesuai dengan aspek kegiatan yang akan diukur dan kritical (Depkes RI, 2006).

Kinerja adalah catatan tentang hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan atau kegiatan tertentu selama kurun waktu tertentu (Bernardin dan Russel, 1993, disitasi oleh Depkes RI, 2006). Kinerja mengandung dua komponen penting yaitu kompetensi dan

produktifitas. Kompetensi berarti individu atau organisasi memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi tingkat kinerjanya. Produktifitas berarti kompetensi tersebut di atas dapat diterjemahkan ke dalam tindakan atau kegiatan-kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja (*outcome*) (Depkes RI, 2006). Ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja seseorang yaitu faktor individu, faktor psikologi, faktor organisasi. Faktor individu: kemampuan, keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman, tingkat sosial dan demografi seseorang. Faktor psikologis: persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi dan kepuasan kerja. Faktor organisasi: struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan (Gibson, 1987, disitasi oleh Depkes RI, 2006).

Indikator kinerja perawat dan bidan adalah variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator yang terfokus pada hasil asuhan keperawatan dan kebidanan kepada pasien dan proses pelayanannya disebut indikator klinis. Indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien yang berdampak terhadap pelayanan. Indikator klinis SPMKK ini diidentifikasi, dirumuskan, disepakati dan ditetapkan bersama diantara kelompok perawat dan bidan serta manager lini pertama keperawatan atau kebidanan (*first line manager*), untuk mengukur hasil kinerja klinis perawat dan bidan terhadap tindakan yang telah dilakukan sehingga variabel yang akan dimonitor dan dievaluasi menjadi lebih jelas bagi kedua belah pihak (Depkes RI, 2005).

Manfaat indikator kinerja klinik adalah sebagai dasar untuk melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan klinik yang dilakukan petugas kesehatan. Klasifikasi indikator kinerja klinik terdiri dari indikator *input*, indikator proses, indikator *output*, indikator *outcome*. Indikator *input* merujuk pada sumber-sumber yang diperlukan untuk melaksanakan pelayanan klinik keperawatan dan kebidanan seperti:

personel, alat/fasilitas, informasi, dana, peraturan/kebijakan. Indikator proses adalah memonitor pelayanan keperawatan dan kebidanan yang diberikan kepada klien. Indikator *output/effect* merupakan hasil tindakan pelayanan/asuhan keperawatan dan kebidanan yang diberikan kepada klien. Indikator *outcome* dipergunakan untuk menilai perubahan atau dampak (*impact*) dari pelayanan keperawatan dan kebidanan yang telah dilakukan (Depkes RI, 2006).

2. Uraian Tugas

Uraian tugas adalah seperangkat fungsi, tugas dan tanggung jawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara set pekerjaan yang satu dengan yang lainnya. Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggung jawab serta akuntabilitas setiap perawat dan bidan dalam melaksanakan peran dan fungsinya. Kejelasan uraian tugas yang dimaksud dapat memandu setiap perawat dan bidan untuk melaksanakan kegiatan sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan setempat. Dengan adanya uraian tugas yang jelas bagi setiap jabatan klinis akan memudahkan manajer/pimpinan untuk menilai kinerja staf secara obyektif dan dapat digunakan sebagai dasar upaya promosi staf ke jenjang yang lebih tinggi (Depkes RI, 2005).

Manfaat uraian tugas adalah: seleksi individu yang berkualitas, menyediakan alat evaluasi, menentukan *budget*, penentuan fungsi departemen, klasifikasi fungsi departemen (Depkes RI, 2006).

Selama proses penerapan SPMKK, perawat dan bidan difasilitasi untuk mengidentifikasi kembali seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan. Hasil identifikasi masing-masing perawat dan bidan dibahas dalam kelompok untuk menghasilkan uraian tugas sesuai dengan posisi pekerjaan dan standar yang telah disepakati. Dengan

melibatkan perawat dan bidan dalam proses perumusan, diharapkan dapat memberikan pemahaman yang jelas terhadap uraian tugas dari suatu pekerjaan dan akan memberi keyakinan dan dorongan untuk menilai tingkat kemampuan diri (*self evaluation*) dan peningkatan motivasi kerja perawat dan bidan (Depkes RI, 2005).

3. Refleksi Diskusi Kasus (RDK)

Menurut Henderson & Johnson (2002), pembelajaran refleksi adalah untuk meningkatkan keprofesionalan antara pengetahuan dan ketrampilan mereka, dalam pencatatan, analisis, perencanaan, dan pelaksanaan, dan secara sadar bisa membuat sebuah rencana dan dapat mengidentifikasi berbagai masalah. Pembelajaran refleksi adalah latihan dari pikiran tentang pengalaman untuk belajar dan membantu menjembatani antara pengalaman klinis dan ilmu pengetahuan terbaru dengan analisis pemikiran dan pemahaman yang lebih mendalam, refleksi telah efektif bagi banyak isu yang muncul di dalam praktik (Bethune & Brown, 2007).

Refleksi diskusi kasus adalah suatu metode pembelajaran dalam merefleksikan pengalaman perawat dan bidan yang aktual dan menarik dalam memberikan dan mengelola asuhan keperawatan dan kebidanan di lapangan melalui suatu diskusi kelompok yang mengacu pada pemahaman standar yang ditetapkan. Refleksi Diskusi kasus mempunyai manfaat sebagai berikut: mengembangkan profesionalisme perawat dan bidan; meningkatkan aktualisasi diri; membangkitkan motivasi belajar; wahana untuk menyelesaikan masalah dengan mengacu pada standar keperawatan/kebidanan yang telah ditetapkan; belajar untuk menghargai kolega dengan lebih sabar, lebih banyak mendengarkan, tidak memojokkan dan meningkatkan kerja sama (Depkes RI, 2006).

Pengalaman klinis yang direfleksikan merupakan pengalaman aktual dan menarik baik hal-hal yang merupakan keberhasilan maupun kegagalan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan

atau kebidanan termasuk untuk menemukan masalah dan menetapkan upaya penyelesaiannya, misalnya dengan adanya rencana untuk menyusun standar operasional prosedur (SOP) baru. RDK dilaksanakan secara terpisah antara profesi perawat dan bidan minimal satu bulan sekali selama 60 menit dengan tujuan untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan antar peserta diskusi. Tindak lanjut RDK ini dapat berupa kegiatan penyusunan SOP-SOP baru sesuai dengan masalah yang ditemukan (Depkes RI, 2005).

Orang-orang melakukan pertemuan untuk berbagai alasan, dalam dunia bisnis, meeting terbagi menjadi tiga kategori : untuk berbagi informasi, pemecahan masalah, dan aktivitas ritual. Untuk berbagai informasi orang-orang pada banyak organisasi bertemu secara rutin untuk melakukan pertukaran informasi, contohnya petugas polisi dan perawat yang selalu memulai suatu pekerjaan dengan selalu mengadakan rapat terlebih dahulu guna mendiskusikan apa yang terjadi sebelumnya. Dalam beberapa kantor, ada kebiasaan untuk melakukan pertemuan senin pagi, yang sangat penting guna menginformasikan perkembangan-perkembangan baru, tren terbaru dan tugas-tugas berikutnya. Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan dalam pertemuan lainnya, sekumpulan orang dapat melakukan suatu kegiatan untuk memperbincangkan suatu prosedur yang sudah ada misalnya supplier mana yang harus dikontrak, pengenalan produk baru, bagaimana melakukan penghematan biaya apabila penjualan tahun ini tidak berkembang. Semua hal tersebut merupakan hal-hal yang biasa dibahas dalam pertemuan untuk melakukan pengambilan keputusan. Karena pemecahan masalah dan pengambilan keputusan merupakan suatu aktivitas diskusi kelompok yang paling menantang, hasil dari pertemuan tersebut menghasilkan

suatu cara untuk menuju keefektivitasan. Aktivitas ritual dalam pertemuan lainnya, fungsi sosial menjadi sangat penting daripada tugas-tugas tertentu lainnya. Dalam sebuah perusahaan, pada hari Jumat sore terdapat sebuah pertemuan rutin untuk suatu “sesi review perkembangan” yang merupakan suatu hal yang rutin dilakukan. Pertemuan-pertemuan yang sukses antara lain seperti interview, presentasi, surat, dan memo. Kesemua itu harus direncanakan dengan baik. Tidak semua pertemuan berjalan dengan tidak efektif. Ketika ditanya mengenai apa yang berjalan salah pada suatu pertemuan, sekumpulan manajer dan profesional memberi contoh yaitu sebagai berikut : tanpa tujuan atau agenda, tidak ada pra-meeting orientasi, terlambat mulai, tanpa atau tak cukup persiapan, tidak sesuai topik, terlalu lama, tak terorganisasi, tak berkeputusan, kepemimpinan yang tidak efektif, diskusi dengan informasi yang tidak relevan, buang-buang waktu, banyak terjadi interupsi, keputusan yang tidak efektif, diskusi yang berlebihan dan menyimpang, diskusi yang didominasi, keputusan yang tidak ditindaklanjuti. Mengatur sebuah agenda rapat adalah sejumlah daftar topik yang akan dibicarakan pada saat rapat. Sebuah rapat tanpa agenda bagaikan kapal tanpa tujuan/kompas di tengah lautan, tidak ada yang tahu ke mana arah kapal tersebut berlayar. Sebuah agenda rapat yang baik adalah yang mengandung :

1. Waktu, lama dan lokasi rapat untuk menghindari dari masalah ketiga faktor di atas sangat penting untuk dicantumkan pada sebuah agenda rapat. Tanpa keterangan waktu memulai, akan terjadi miskomunikasi dimana masing-masing peserta rapat akan saling memberi alasan mengenai waktu mulai rapat. Jika kita tidak mencantumkan lamanya waktu rapat, maka yang akan terjadi adalah ada peserta yang meninggalkan rapat lebih awal ataupun akan ada peserta yang beralasan bahwa telah memiliki perjanjian

lain. Agenda tanpa lokasi rapat akan menimbulkan kebingungan sehingga beberapa peserta akan menunggu di tempat biasanya rapat diadakan.

2. Partisipan, jika suatu agenda memasukkan satu atau lebih masalah untuk dipecahkan, adalah baik jika tetap pada ukuran yang kecil, sehingga semua anggota dapat ikut berpartisipasi dengan baik. Jika pertemuan tersebut merupakan pertemuan informasional yang utama, maka grup yang lebih besar bisa saja diadakan. Pastikan untuk mengidentifikasi agenda orang yang akan diikutsertakan. Dengan mendaftar siapa saja yang akan ikut, Anda menanyakan semua anggota mengenai siapa saja yang diharapkan dalam pertemuan. Jika Anda sudah menentukan seseorang yang sebaiknya ikut, seorang anggota yang menerima agenda tersebut dapat memberitahukan kepada Anda. Hal tersebut mencegah penggunaan waktu yang sia-sia untuk melakukan pertemuan dan kemudian menemukan orang yang menjadi pemberi informasi tak berada di tempat.
3. Background Information, kadang-kadang partisipan akan membutuhkan informasi background yang akan memberikan mereka detail baru atau untuk mengingatkan mereka apa yang telah mereka lupakan. Informasi background dapat juga menyediakan suatu deskripsi dari kepentingan dari pertemuan tersebut.
4. Masalah dan tujuan, agenda yang baik akan melebihi topic yang telah ditentukan dan menjelaskan tujuan dari diskusi tersebut. "pertemuan seharusnya menghasilkan proses yang lebih baik", kata Anita Underwood, wakil presiden Dun and Badstreet, suatu organisasi manajemen. Kebanyakan orang biasanya memiliki ide yang tidak jelas, sehingga pada akhirnya pertemuan itu bisa samar juga. Jadi, diperlukan topic dan tujuan yang jelas, sehingga menciptakan rapat yang produktif dan memuaskan. Tujuan-tujuan

yang jelas dapat berguna dengan dua cara, yang pertama yaitu tujuan yang jelas membantu mengidentifikasi siapa yang harus hadir di pertemuan itu, yang kedua yaitu tujuan yang spesifik juga membantu orang yang hadir dalam pertemuan itu untuk mempersiapkan diri sebelum pertemuan berlangsung.

5. Pertemuan yang baik terjadi jika orang – orang telah mengerjakan semua tahapan awal dari pengerjaan tersebut. Agenda merupakan cara terbaik untuk memberitahu peserta bagaimana mereka harus mempersiapkan diri dengan membaca informasi, mengembangkan laporan, mempersiapkan atau menggandakan dokumen. Jika peserta tertentu memiliki pekerjaan yang spesifik untuk dilakukan, pengatur dari pertemuan tersebut dapat mencatat tugas-tugas ini dalam catatan pribadi mereka (Aphredite, 2008 <http://one.indoskripsi.com/click/5445/0>).

4. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring adalah suatu proses pengumpulan dan menganalisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana sehingga masalah yang dilihat/ditemui dapat diatasi. Evaluasi adalah suatu proses dari pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak suatu program dalam tahap tertentu sebagai bagian atau keseluruhan dan juga mengkaji pencapaian program (WHO, 2000, disitasi oleh Depkes RI, 2006).

Tujuan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut: memperoleh informasi tentang kegiatan apakah telah dilaksanakan sesuai dengan rencana sehingga dapat diberikan umpan balik; untuk mempertanggungjawabkan tugas/kegiatan yang sudah dilakukan; sebagai bahan untuk mengambil keputusan dalam pengembangan program/kegiatan; untuk menentukan kompetensi pekerjaan dan meningkatkan hubungan kinerja yang baik diantara pegawai dalam hal ini perawat dan bidan; menghargai pengembangan staf dan

memotivasi perawat dan bidan ke arah pencapaian kualitas yang tinggi; meningkatkan kegiatan bimbingan dan konseling bagi manajer; mengidentifikasi kapasitas perawat dan bidan untuk pengembangan (Depkes RI, 2006).

Manfaat monitoring dan evaluasi adalah mengidentifikasi masalah keperawatan dan kebidanan; mengambil langkah korektif untuk perbaikan secepatnya; mengukur pencapaian sasaran/target (Depkes RI, 2006).

Kegiatan monitoring meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati dan dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauhmana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana. Monitoring perlu direncanakan dan disepakati antara pimpinan, supervisor terpilih dan pelaksana. Monitoring dilakukan terhadap indikator yang telah ditetapkan guna mengetahui penyimpangan kinerja atau prestasi yang dicapai. Dengan demikian setiap perawat/bidan akan dapat menilai tingkat prestasinya sendiri. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh supervisor diinformasikan kepada staf. Bila terjadi penyimpangan, supervisor bersama pelaksana mendiskusikan masalah tersebut dan hasilnya dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut (Depkes RI, 2005).

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor "kealpaan" yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan.

Menurut Griffith & Christensen, seperti yang disitasi oleh Nursalam (2001), berpendapat bahwa evaluasi adalah sebagai sesuatu yang direncanakan, dan perbandingan yang sistematik pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam

mencapai suatu tujuan, maka perawat bisa menentukan efektifitas tindakan keperawatan. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan apakah informasi yang telah dikumpulkan sudah mencukupi dan apakah perilaku yang diobservasi sudah sesuai. Diagnosa juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Tujuan dan intervensi dievaluasi adalah untuk menentukan apakah tujuan tersebut, dapat dicapai, secara efektif. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan.

Evaluasi program dan penilaian kualitas terkait dalam substansi hanya jika program memberi layanan kesehatan pribadi . Jika program hanya ada untuk menyediakan layanan kesehatan pribadi , diharapkan evaluasi program dan penilaian kualitas adalah sama. Menurut Donabedian (1982) sistem penilaian kinerja kesehatan terbagi tiga yaitu :

1. Efisiensi: Barangkali tidak ada istilah dalam literatur kebijakan dan ilmu ekonomi telah didefinisikan dengan cara-cara yang berbeda yang lebih banyak dari pada “efisiensi” . Ide intinya yang mengikat semua ini bersama adalah sebagai ide pencapaian tujuan sebesar mungkin ,dengan sumber daya pasti . Efisiensi telah mencapai nilai rentoris substansial sebagai tujuan yang tidak kontroversial . Ini dapat menjelaskan keinginan berbagai pihak untuk menggunakan istilah itu dalam konsepnya sendiri
2. Akses: Akses sering merupakan perhatian utama . Kurang akses sering diperkenalkan sebagai penyebab buruknya status kesehatan di daerah-daerah pedesaan atau tingkat kepuasan rendah di antara

kaum miskin . Namun , untuk memahami konsep ini secara penuh sebagai ukuran kinerja penengah , kami harus menguraikan berbagai cara istilah itu di gunakan .

3. Kualitas: Kualitas adalah ukuran kinerja, Kualitas buruk sering di tunjukkan sebagai penjelasan untuk kegagalan kinerja . Kualitas nampak merupakan sesuatu yang harus diperhatikan oleh semua orang. Kualitas kadang-kadang didefinisikan dari sudut pandang pasien dan kadang-kadang dari sudut pandang dokter .

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan dalam fungsi manajemen, sebagai satu cara efektif untuk mencapai tujuan pelayanan di suatu tatanan rumah sakit termasuk tatanan pelayanan keperawatan. Supervisi adalah kegiatan kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam meaksanakan kegiatan sehari-hari. Supervisi keperawatan merupakan proses pemberian sumber yang dibutuhkan perawat dalam menyelesaikan tugas. Dengan supervisi seorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan dapat menghargai potensi setiap aggotanya. Untuk dapat melakukan supervisi yang baik, salah satu kemampuan yang diperlukan kepala ruang adalah kemampuan komunikasi. Dengan kemampuan komunikasi yang baik seorang kepala ruangan akan mampu melaksanakan perannya sebagai supervisor berdasarkan kaidah-kaidah supervisi.(Wiyana, 2008 dalam http://www.akpermadiun.ac.id/index.php?link=artikel_dtl.php&id=3).

5. Dokumentasi Asuhan

Dokumentasi keperawatan merupakan tindakan mencatat setiap data yang didapat oleh perawat dalam sebuah dokumen yang sisitematis. Proses mencatat tidak hanya menulis data pada format yang tersedia. Dokumentasi keperawatan menitikberatkan pada proses dan hasil pencatatan. Hal tersebut berarti bahwa mulai dari

proses mencatat sampai mempertahankan kualitas catatan harus diperhatikan, karena dokumen keperawatan memegang peranan yang sangat penting. Kelengkapan dan keakuratan data mejadi sebuah kebutuhan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan. (Potter & Perry, 1997).

Pencatatan yang banyak dan memakan waktu kerja perawat, membuat perawat merasa frustasi sehingga banyak terjadi ketidakakuratan data dalam dokumentasi keperawatan (Cowden & Johnson, 2003, dalam <http://pubmedcentral.nih.gov/fprender.fcgi>). Lebih lanjut Cowden & Johnson menemukan bahwa pencatatan dengan format kertas banyak ditemukan data yang eror artinya data tersebut tidak valid dan membingungkan. Data demikian menyebabkan terjadinya kesalahan interpretasi, prosedur dan kualitas pelayanan kesehatan menjadi kurang baik.

C. Manajemen

Manajemen merupakan suatu proses yang khas, terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumberdaya lainnya. Seseorang manajer atau pemimpin hendaknya mampu menjalankan fungsi-fungsi manajemen sebagaimana mestinya agar dapat dicapai tujuan secara berhasil guna dan berdaya guna (Wiyono, 1997) artinya seseorang manajer hendaknya dapat menjalankan fungsi perencanaan (*planning*), mampu mengorganisasikan (*organizing*), mampu menyusun dan mengatur staf (*staffing*), seharusnya memberikan pengarahan (*directing*), kemana arah tujuan organisasi atau pekerjaannya, pintar melakukan hubungan koordinasinya (*coordinating*) dengan segala pihak yang berkaitan dengan pekerjaan dan tujuannya dan melaksanakan pengamatan dan penilaian (*evaluation*), pengendalian dan

pengawasan (*controlling*), supaya pelaksanaan pekerjaan tetap sesuai rencana dan menghindari penyimpangan-penyimpangan.

Menurut Swanburg (2000), manajemen adalah memperkenalkan dan merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, mengkoordinasikan, dan mengendalikan. Memperkirakan dan merencanakan berarti mempertimbangkan masa depan dan menyusun rencana aktivitas. Mengorganisasikan berarti mengembangkan struktur ganda, yaitu materi dan manusia, dari suatu usaha, memimpin berarti mengikat, menyatukan dan menyelaraskan segala bentuk aktivitas dan usaha. Mengendalikan berarti memperhatikan bahwa segala sesuatu yang terjadi sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah ditetapkan dan tuntunan yang ada

D. Quality Assurance

Menurut Sabarguna, seperti yang disitasi oleh Uduk (2008), *Quality assurance*/menjaga mutu yaitu suatu program berlanjut yang disusun secara obyektif dan sistemik memantau dan menilai mutu dan kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.

1. Komponen mutu:

Mutu pelayanan kesehatan menjadi sulit diukur, karena hasil yang terlihat merupakan resultan dari berbagai faktor yang berpengaruh. Walaupun demikian secara jelas dapat dibedakan komponen itu adalah:

- a. Struktur adalah: sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumberdaya yang lainnya.

- b. Proses adalah: sarana kegiatan dokter, kegiatan perawat, bidan, dan kegiatan administrasi pasien.
 - c. *Out come* adalah: jangka pendek seperti pasien sembuh dari sakit, cacat, dan lain-lainnya. Jangka panjang seperti kemungkinan kambuh dimasa mendatang.
2. Aspek mutu: mutu pelayanan rumah sakit dapat pula dilihat dari segi aspek yang berpengaruh. Aspek berarti hal-hal yang secara langsung atau tidak langsung yang berpengaruh terhadap penilaian. Ada 4 aspek yang berpengaruh terhadap mutu:
- a. Aspek klinis, yaitu menyangkut pelayanan dokter, perawat, bidan, dan terkait dengan teknis medis.
 - b. Efisiensi dan efektifitas, yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tidak ada diagnosa medis dan terapi yang berlebihan.
 - c. Keselamatan pasien, yaitu upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya: perlindungan pasien terjatuh dari tempat tidur dan kebakaran.
 - d. Kepuasan pasien, yaitu berhubungan dengan kenyamanan, keramahan dan kecepatan pelayanan.
3. Ciri mutu yang baik: tersedia dan terjangkau, tepat kebutuhan, tepat sumber daya manusia, dan sumber daya yang lainnya, tepat profesi/etika profesi, wajar dan aman, mutu memuaskan bagi pasien/keluarga yang dilayani.
4. Kepentingan *Quality Assurance*: menjadi penting dari berbagai pihak dengan alasannya masing-masing, diantaranya:
- a. Bagi rumah sakit, yaitu persaingan antar rumah sakit memerlukan pelayanan bermutu agar mampu bertahan. Selain itu adanya kemajuan teknologi yang canggih memerlukan pemilihan yang tepat dan rasional antara mutu pelayanan dan biaya.

- b. Bagi pasien, yaitu pasien semakin kritis, ia mengerti akan hak, maka pasien ingin pelayanan yang aman dan memuaskan. Kemudian pasien punya hak memilih, maka mutu pelayanan akan merupakan salah satu sebab dipilihnya rumah sakit tertentu.
 - c. Bagi dokter, perawat, bidan, yaitu selain standar profesi yang telah ditentukan juga berhadapan dengan asumsi dan tuntunan hukum yang semakin gencar, menyebabkan dokter, perawat, bidan hati-hati dan tertarik akan mutu pelayanan. Selain itu ternyata kesembuhan pasien tidak hanya oleh obat, tetapi juga oleh faktor lain yang terkait.
 - d. Bagi pemerintah, yaitu pemerintah berusaha atas standar minimal pelanggaran, maka pemantauan mutu yang baik akan bermanfaat dalam memutuskan salah benarnya tindakan.
5. Model *Quality Assurance*: merupakan kegiatan-kegiatan yang saling terkait yang berupaya untuk menjaga mutu pelayanan rumah sakit. Komponen modelnya adalah:
- a. Identifikasi nilai, artinya menentukan nilai-nilai atau aturan-aturan tertentu yang berlaku.
 - b. Identifikasi standar dan kriteria, penentuan standar yaitu penentuan patokan tertentu. kriteria yaitu patokan baik dan buruk, benar salahnya pada tingkatan tertentu.
 - c. Melakukan penilaian, yaitu dengan patokan standar, kriteria dalam penilaian apakah ada penyimpangan atau tidak.
 - d. Membuat interpretasi, yaitu hasil penilaian diolah seberapa jauh penyimpangan itu dan apa sebabnya.
 - e. Pembentukan tindakan, yaitu dari masalah yang ada dibuat alternative tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasinya.
 - f. Memilih tindakan, yaitu dipilihnya tindakan yang terbaik dengan memperhatikan segala aspek.

- g. Melakukan tindakan, yaitu melakukan tindakan yang terbaik sehingga dapat menyelesaikan masalah.

E. Dukungan Manajemen

Dukungan manajemen adalah sesuatu yang didukung oleh pimpinan yang bertanggungjawab atas jalannya suatu organisasi dalam bentuk perhatian. Memberikan dukungan, mengembangkan dan memberikan pengakuan merupakan perilaku penting yang berorientasi pada hubungan. Memberikan dukungan meliputi kisaran luas perilaku dimana seorang manajer memperlihatkan pertimbangan, penerimaan, perhatian kepada kebutuhan dan perasaan seseorang. Seorang manajer yang perhatian dan bersahabat terhadap orang-orang akan lebih mungkin memenangkan persahabatan dan kesetiaan mereka. Mengembangkan meliputi perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan yang berhubungan dengan pekerjaan dan memudahkan penyesuaian pekerjaan dan kemajuan karir seseorang. Contohnya meliputi pelatihan, pemberian nasihat dan konseling karir. Memberikan pengakuan melibatkan pemberian pujian dan memperlihatkan apresiasi terhadap orang lain atas kinerja yang efektif, keberhasilan yang signifikan dan kontribusi penting kepada organisasi. Memberikan pengakuan dapat membantu untuk menguatkan perilaku yang diinginkan, meningkatkan hubungan antar pribadi dan meningkatkan kepuasan pribadi (Yukl, 2005, disitasi oleh Kewuan, 2009).

F. Landasan Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka, maka landasan teori dalam penelitian ini adalah focus manajemen menurut *Berwick*, (2006) pada penilaian dan dalam memperbaiki kinerja :

1. *Aid Decision Making* : Mempertimbangkan alternatif-alternatif yang berbeda terhadap tujuan organisasi sehingga alternatif yang terpilih

akan meningkatkan nilai perusahaan bagi pemegang sahamnya adalah lebih mudah bagi manajemen puncak . Akan tetapi , manajemen menengah akan merasa sulit mengetahui hubungan langsung antara tindakan di lapangan dan peningkatan nilai perusahaan . Jadi , kita perlu ukuran kinerja yang mengubah tujuan perusahaan menjadi bahasa operatif . Ukuran kinerja adalah pertengahan antara pembuat keputusan dan tujuan perusahaan.

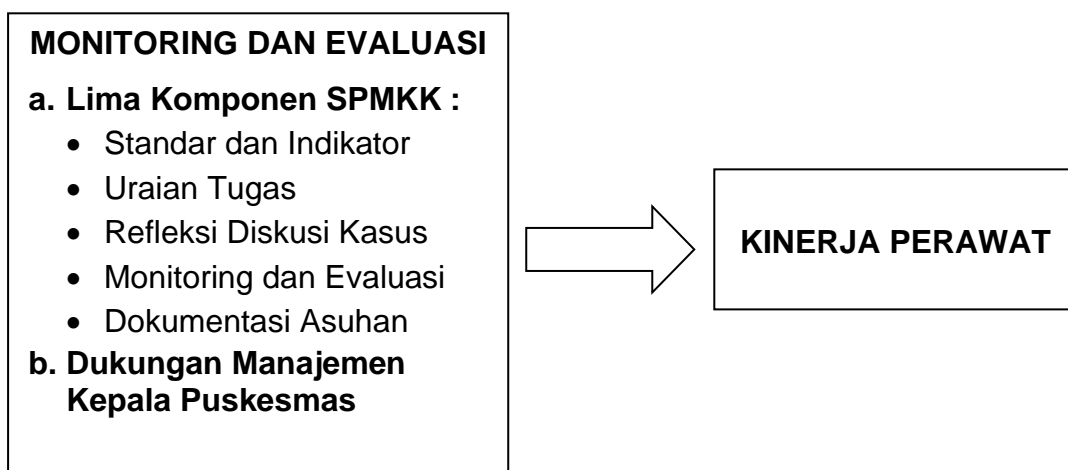
2. *Control* : Ukuran kinerja dapat digunakan oleh manajemen menengah sebagai alat untuk kontrol rutin . Jika pengukuran menampakkan masalah , pengukuran memungkinkan pembenahan masalah . Jika pengukuran menampakkan kinerja yang bagus , maka pengukuran memungkinkan pembelajaran dari keberhasilan dan menggantikannya dalam organisasi . Ukuran kinerja memungkinkan organisasi untuk memantau apakah organisasi maju mencapai tujuannya dalam jangka panjang dan jangka pendek dan tindakan penahanan apa yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja .
3. *Penghargaan dan Evaluasi* : Ukuran kinerja yang baik berfungsi sebagai bagian dari sistem evaluasi dan penghargaan dalam organisasi untuk meningkatkan motivasi pekerja dan mencapai tujuan organisasi .
4. *Kemampuan untuk Desentralisasi* : CEO tidak dapat mengsentralisasi semua keputusan dalam suatu organisasi . Ukuran kinerja yang tepat mengizinkan proses pengambilan keputusan desentralisasi . Ukuran kinerja yang tepat harus mempunyai karakteristik-karakteristik meliputi : global dan efektif, sederhana dan jelas, berdasarkan pada pengumpulan data yang mudah dan sederhana, berdasarkan pada pendekatan *satisficer* (pemuas), terbiasa dengan organisasi

Mekanisme peningkatan mutu menurut *Trilogy Juran* pada pengembangan manajemen kinerja :

1. *Quality Planning* meliputi menentukan pelanggan, kebutuhan pelanggan, mengembangkan gambaran produk sesuai dengan kebutuhan pelanggan, mengembangkan proses yang mampu menghasilkan produk dengan gambaran produk dan mentransfer rencana menjadi kebutuhan pelaksanaan.
2. *Quality Control* yaitu mengevaluasi kinerja produk saat ini, membandingkan kinerja sesungguhnya dengan tujuan produk, melaksanakan atau memperbaiki perbedaan.
3. *Quality Improvement* yaitu mengembangkan infrastruktur, mengidentifikasi proyek peningkatan mutu, membentuk tim proyek, menyiapkan tim dengan sumberdaya pelatihan dan motivasi untuk mendiagnosa penyebab, menstimulasi perbaikan, mengembangkan pengawasan untuk mempertahankan peningkatan (Depkes RI, 2006).

G. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori di atas, maka kerangka konsep dari penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 3: Kerangka Konsep

H. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kinerja perawat yang ada di Puskesmas Mlati II ?
2. Bagaimana kepatuhan perawat terhadap standar dan indikator yang menjadi pedoman dan ukuran kinerja perawat dalam melakukan tindakan keperawatan di puskesmas?
3. Bagaimana kepatuhan perawat dalam melaksanakan uraian tugas yang sudah diberikan kepada masing-masing perawat di puskesmas?
4. Bagaimana aktivitas dan rutinitas perawat dalam melakukan refleksi diskusi kasus di puskesmas?
5. Bagaimana monitoring dan evaluasi yang dilakukan supervisor dan tim monev terhadap asuhan keperawatan di puskesmas?
6. Bagaimana pendokumentasian keperawatan yang dilakukan oleh perawat di puskesmas?
7. Bagaimana dukungan manajemen kepala puskesmas terhadap implementasi SPMKK?

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi Kasus eksploratif, yaitu untuk mengetahui kinerja perawat dalam menerapkan lima komponen SPMKK, meliputi standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan di Puskesmas Mlati II. Studi kasus merupakan strategi yang lebih cocok bila pokok pertanyaan penelitian berkenaan dengan “*how* atau *why*”, bila peneliti hanya memiliki sedikit peluang untuk mengontrol peristiwa-peristiwa yang akan diteliti dan bilamana fokus penelitiannya terletak pada fenomena kontemporer (masa kini) di dalam konteks kehidupan nyata (Yin, 2003).

B. Unit Analisis dan Subjek Penelitian

Unit analisis dalam penelitian ini adalah Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman. Populasi dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas, supervisor keperawatan, perawat pelaksana. Sampel dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas 1 orang, supervisor keperawatan 1 orang, perawat pelaksana 4 orang. Total sampel sebanyak 6 orang. Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah pengambilan sampel yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2002).

C. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional
Kinerja perawat	Asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam menerapkan lima komponen SPMKK yang meliputi standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan.
Standar dan indikator	Kepatuhan perawat terhadap standar dan indikator yang menjadi pedoman dan ukuran kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di Puskesmas Mlati II.
Uraian tugas	Kepatuhan perawat dalam melaksanakan uraian tugas yang sudah diberikan kepada masing-masing perawat di Puskesmas Mlati II.
Refleksi diskusi kasus	Kepatuhan perawat dalam melakukan aktivitas dan rutinitas pertemuan refleksi diskusi kasus di Puskesmas Mlati II.
Monitoring dan evaluasi	Ketaatan yang dilakukan supervisor keperawatan dan tim monev terhadap perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Puskesmas Mlati II.
Dokumentasi asuhan	Kepatuhan perawat dalam mencatat semua tindakan keperawatan yang sudah dilakukan terhadap pasien.
Dukungan manajemen kepala puskesmas	Keikutsertaan dan respon kepala puskesmas terhadap implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini yaitu peneliti sendiri, penggalian informasi dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara mendalam. Peneliti akan berupaya memperoleh sebanyak dan selengkap mungkin dari subyek penelitian dengan menitikberatkan kepada materi yang terdapat dalam tujuan khusus dalam penelitian ini. Peneliti menggunakan beberapa pendukung instrumen yang lazim dipakai dalam penelitian kualitatif seperti tape recorder, camera, lembar panduan wawancara, dan catatan lapangan.

E. Cara Analisis Data

Pada penelitian ini data yang dikumpulkan peneliti ada dua jenis data yaitu data sekunder dan data primer.

1. Data sekunder

Melengkapi informasi yang diperlukan dalam penelitian ini, maka peneliti akan mengambil data sekunder yang berhubungan dengan keadaan wilayah puskesmas, catatan rekam medik, jumlah perawat yang mengikuti pelatihan SPMKK, dokumen-dokumen SPMKK, kunjungan pasien pada pelayanan keperawatan, pendokumentasian asuhan keperawatan, *Standard Operating Procedure (SOP)*, dan Instruksi Kerja (IK).

2. Data Primer

Tahapan yang akan dilakukan dalam pengumpulan data primer yaitu dengan melakukan wawancara mendalam (*indepth Interview*), observasi perilaku terhadap informan inti yang terdiri dari Kepala puskesmas, supervisor keperawatan dan perawat pelaksana.

Data yang telah dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi, masing-masing responden dan observasi dokumen dibuat transkripsi, kemudian dilakukan *coding* dan *editing* untuk melihat kelengkapan data. Selanjutnya dilakukan pengolahan dan disusun menjadi satu kesatuan dalam bentuk kalimat, disajikan dalam bentuk teks dan bersifat naratif.

F. Etika Penelitian

Peneliti akan memberikan penjelasan kepada subyek penelitian yang mencakup kerahasiaan, hak dan kewajiban subyek penelitian. Sebelum melakukan pengumpulan informasi, semua informasi memberikan persetujuan sebagai tanda setuju menjadi informan dari awal sampai selesai penelitian. Penulis juga menjelaskan bahwa penelitian ilmiah ini untuk kepentingan study.

G. Jalannya Penelitian

1. Tahap persiapan
 - a. Melakukan studi awal ke lokasi penelitian untuk mendapatkan data wilayah puskesmas, jumlah perawat yang mengikuti pelatihan sistem pengembangan manajemen kinerja klinik.
 - b. Melakukan kontak dengan pihak-pihak terkait untuk memperoleh informasi lebih lanjut dan informan kunci.
 - c. Mengurus surat izin penelitian kepada instansi yang berwenang.
 - d. Mempersiapkan instrumen pendukung penelitian seperti panduan wawancara mendalam tape recorder.
 - e. Membuat jadwal pelaksanaan wawancara sesuai kesepakatan dengan informan.

2. Tahap Pelaksanaan

Pengumpulan data tentang SPMKK perawat yang dilakukan peneliti dengan responden.

- 1) Wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas Mlati II pada tanggal 6 Juni 2009 di ruang kantor kepala puskesmas.
- 2) Wawancara mendalam dengan supervisor keperawatan pada tanggal 11 Juni 2009 di ruang aula Puskesmas Mlati II.
- 3) Wawancara mendalam dengan perawat pelaksana pada tanggal 20 Juni 2009 di aula Puskesmas Mlati II.
- 4) Wawancara mendalam dengan perawat pelaksana pada tanggal 29 Juni 2009 di aula Puskesmas Mlati II.
- 5) Wawancara mendalam dengan perawat pelaksana pada tanggal 12 Mei 2010, di aula Puskesmas Mlati II.
- 6) Observasi terhadap dokumen-dokumen pelaksanaan lima komponen SPMKK perawat pada tanggal 6 Juli – 29 Agustus 2009.

Wawancara dilakukan sesuai dengan kesepakatan antara peneliti dengan responden mengenai kontrak waktu dan tempat pelaksanaan wawancara mendalam. Sedangkan observasi dokumen dan pelaksanaan SPMKK perawat dilakukan oleh peneliti.

3. Pengolahan Data dan Penyusunan Tesis

Pengolahan informasi ataupun data yang diperoleh merupakan tahap awal dari proses analisa data. Pengolahan data dari informasi yang diperoleh dari wawancara mendalam langsung diolah setiap akhir kegiatan. Hasil pengumpulan data langsung dilakukan *coding* dengan menggunakan kode A untuk hasil wawancara mendalam, kode B untuk hasil observasi. Setelah itu dilakukan *editing*, kemudian dibuat dalam bentuk naratif. Selanjutnya berkonsultasi dengan pembimbing dan melakukan persiapan untuk seminar hasil penelitian.

H. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian yang dialami peneliti yaitu Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik belum banyak diketahui oleh peneliti menyebabkan peneliti harus belajar lebih banyak, khususnya 5 komponen sistem ini adalah standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan. Selain itu responden sulit ditemui dan waktu yang disediakan sangat terbatas karena bertepatan dengan pelayanan keperawatan kepada pasien, sehingga harus mencari waktu yang tepat.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Penelitian

1. Kinerja Perawat

Penerapan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMKK) Perawat dan Bidan yang diselenggarakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2002 yang diikuti oleh perawat dan bidan dari instansi rumah sakit maupun puskesmas. Salah satunya yaitu perawat dan bidan di Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman. Hal ini sesuai dengan wawancara sebagai berikut:

“Implementasi SPMKK itu kan sudah lama jadi sudah dirintis sejak tahun 2002 sejak ada program dari WHO terus kita kembangkan walaupun dulu itu proyek dari WHO, tapi karena kita rasa itu bagus ya kita jalan terus, untuk kinerja perawat kita pantau kita evaluasi dan kita monitoring”(R1)

Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik yang sudah dilaksanakan perawat, yaitu standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus (RDK), monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan. Tetapi lima komponen yang diterapkan oleh perawat dan bidan yang ada di Kabupaten Sleman, berbeda dengan lima komponen yang pernah diterapkan oleh WHO, yaitu terletak pada komponen yang kelima yang terdiri dari standar, uraian tugas, indikator kinerja, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi. Perubahan komponen yang kelima ini dilakukan pada tahun 2008 yang disusun oleh tim trainers Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dengan penanggung jawab Kepala Bidang Yanmed Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan diampu oleh Seksi Litbangkes Bidang Yanmed. Berikut tabel jumlah perawat yang sudah mengikuti pelatihan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik di puskesmas.

Tabel 2: Tenaga Perawat Puskesmas Mlati II yang Mengikuti Pelatihan SPMKK

Tenaga	Tahun							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Perawat	4	-	-	1	1	-	-	15

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa di Puskesmas Mlati II pada tahun 2002 puskesmas sudah mempunyai 4 orang perawat yang sudah mengikuti pelatihan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik yang dilaksanakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia, Departemen Kesehatan dan Universitas Gadjah Mada pada bulan Januari sampai dengan Mei 2002. Ke 4 perawat tersebut mensosialisasikan kepada rekan-rekan perawat, dan kemudian semua perawat menerapkan lima komponen tersebut. Tahun 2005 dan 2006 puskesmas kembali mengirimkan perawat untuk mengikuti pelatihan loka karya di Dinas Kabupaten Sleman yang diadakan oleh tim trainers Kabupaten Sleman. Kemudian pada bulan Maret sampai dengan Mei 2009, tim trainers Kabupaten Sleman mengadakan pembinaan dan penyegaran kembali kepada 15 orang perawat di puskesmas dalam melaksanakan lima komponen. Berikut lima komponen kinerja yang sudah dilaksanakan:

a. Standar dan Indikator.

Komponen utama yang menjadi kunci dalam kinerja perawat adalah standar, yang meliputi standar profesi, standar operasional prosedur, dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat di sarana pelayanan kesehatan. Standar atau pedoman yang digunakan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan di Puskesmas Mlati II, yaitu menggunakan Instruksi Kerja (IK). Setiap tindakan keperawatan mempunyai IK masing-masing dan perawat melakukan tindakan berdasarkan standar tersebut. Hal ini terungkap dalam wawancara berikut ini:

“Kalau disini bentuknya sesuai dengan dalam bentuk tindakan apa, disini punya IK tersendiri misalkan untuk bagian dengan Asma, misalnya apa yang harus dilakukan atau mungkin dengan pasien yang harus dijahit luka, IK untuk menjahit luka itu ada sendiri...”(R4)

“Sebagian besar IK sudah dilaksanakan ya..soalnya kita juga kadang perawat itu kerjanya pagi, sore, malam jadi kerjanya berdasarkan IK itu, selain dari itu kan juga jadi tanggung jawab dan tanggung gugatnya..”(R5)

Hasil observasi juga menunjukkan adanya dokumen-dokumen standar instruksi kerja seperti terlihat pada tabel 3 di bawah ini.

Tabel 3: Standar Instruksi Kerja di Puskesmas Mlati II

Instruksi Kerja	
1) Kriteria pasien langsung keruang tindakan di 24 JT	2) Mengukur suhu tubuh
3) Alur Triase di unit pelayanan 24 jam terbatas.	4) Alur rujukkan pasien
5) Prosedur merujuk ke rumah sakit	6) Kriteria pasien boleh pulang
7) Penanganan Hipertensi tekanan diastole > 110 MmHg	8) Penanganan awal Hipotensi
9) Penanganan awal Infark Miokard Akut	10) Penanganan awal Bradikardi
11) Penanganan Kejang Demam Sederhana	12) Terapi Intra Vena (Infus)
13) Gangguan sesak nafas dan Nebulizer	14) Penanganan awal Strok
15) Penatalaksanaan Syok Hipovolemik	16) Penatalaksanaan Hipoglikemi
17) Penanganan awal Ileus dan Peritinitis	18) Penanganan Syok Anafilaktik
19) Penanganan fraktur pada ekstermitas	20) Pemberian obat
21) Penanganan gigitan hewan dan serangan hewan	22) Memandikan penderita
23) Memberikan tindakan Nasogastrik Tube (NGT)	24) Penanganan Trauma Kepala
25) Rumus untuk membuat larutan Klorin 0,5 %	26) Penanganan Trauma Thorax
27) Memberikan obat-obatan dalam suntikan	28) Menyediakan tempat tidur
29) Persiapan dan perawatan pasien katarak	30) Penanganan keracunan
31) Mengantarkan penderita dengan Brancard	32) Penanganan luka bakar
33) Mengantarkan penderita dengan Roll Stoel	34) Perawatan luka
35) Menerima penderita baru Rawat Inap	36) Menjahit luka
37) Penatalaksanaan Infeksi Saluran Kemih	38) Pengangkatan jahitan luka
39) Penatalaksanaan Asma Bronchiale	40) Pemasangan Infus
41) Persiapan pasien pulang	42) Mencuci linen kotor
43) Penatalaksanaan Henti Jantung	44) Sterilisasi instrumen
45) Penanganan awal Hematimesis	46) Pemeliharaan Rofrigerator
47) Penanganan awal Trauma Mata	48) Pemeliharaan EKG
49) Penanganan awal Retensi Urin	50) Pemeliharaan suction pump
51) Pemeriksaan alat bekas pakai	52) Pemeliharaan Nebulizer
53) Standar ruang 24 jam terbatas.	54) Pemasangan Kateter
55) Sterilisasi ruang bedah minor	

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 3 di atas menunjukkan instruksi kerja yang ada di puskesmas. Instruksi kerja ada yang terpasang disetiap dinding unit ruangan tindakan keperawatan, seperti di ruangan unit gawat darurat dan klinik keperawatan. Tetapi ada juga standar yang tersimpan di dalam map dan diletakkan di dalam lemari, dalam bentuk lembaran-lembaran yang tersusun rapi di dalam map. Seperti terlihat pada gambar 4a dan 4b berikut:



Gambar 4a:
Lemari Tempat Meletakkan
Standar Instruksi Kerja
Keperawatan.

Gambar 4b:
Salah Satu Standar Instruksi
Kerja Keperawatan.

Gambar 4a dan 4b di atas menunjukkan dokumen-dokumen tentang standar maupun dokumen tentang Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik Perawat, yang meliputi standar dan

indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan. Semua dokumen sudah tertata dengan rapi di dalam lemari, Sehingga apabila perawat atau siapapun akan membutuhkan, mereka dapat mengambil di dalam lemari tempat meletakkan dokumen-dokumen tersebut.

Indikator kinerja perawat adalah variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Pengukuran kinerja perawat di puskesmas menggunakan protap dan *check list* monitoring dan evaluasi pendokumentasian, monitoring kegiatan refleksi diskusi kasus, monitoring rawat inap, protap mengukur suhu tubuh, perawatan luka kotor, memberi obat injeksi, memasang infus, melakukan heciting vulnus, dan membuat diagnosa keperawatan. Hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Kalau untuk mengukur kinerja ada *chek list* monev setiap unit tindakan, seperti di klinik keperawatan ada *chek list* tindakan yang akan dilakukan, seandainya pada pasien Ispa apa saja yang perlu dilakukan..”(R5)

Pengukuran kinerja perawat di puskesmas dilakukan oleh tim monev dengan menggunakan protap dan *chek list* untuk setiap tindakan yang dilakukan. Contoh sala satu indikator kinerja pada unit klinik keperawatan pada bulan Juli dan Oktober pada tahun 2009. Aspek kinerja yang dinilai yaitu 1) Perawat menuliskan nama dengan jelas. Semua perawat sudah melaksanakan dengan nilai rata-rata 100%. 2) Menuliskan alamat dengan jelas. Rata-rata 90%-100%. 3) Menuliskan tanggal lahir, bulan dan tahun dengan jelas. Semua sudah melakukan dengan nilai rata-rata 100%. 4) Menuliskan data subyektif dan obyektif. Perawat semua sudah melakukan dengan nilai rata-rata 100%. 5) Membuat diagnosa keperawatan sesuai dengan data subyektif dan obyektif yang mendukung. Rata-rata 100%. 6) Membuat rencana atau tindakan sesuai dengan masalah

pasien. Rata-rata 100% sudah melaksanakan. 7) Membuat bimbingan dan penyuluhan pasien sesuai masalah. Rata-rata 100%. 8) Membuat catatan limbah wenang sesuai kronologis limbah wenang. Nilai rata-rata 100%. 9) Membuat evaluasi tindakan atau respon sesuai dengan masalah dan tindakan yang diberikan. Rata-rata baru 20% perawat melakukan. 10) Menuliskan nama dan paraf setiap akhir catatan. Semua perawat sudah melakukan dengan nilai rata-rata 100%.

Hasil indikator kinerja perawat pada unit klinik keperawatan. 10 komponen tindakan yang dilakukan, ada 1 komponen yang jarang dilakukan oleh perawat pada saat melakukan tindakan, yaitu membuat evaluasi tindakan sesuai dengan masalah dan tindakan yang diberikan. Dari 10 perawat, hanya 20% yang melakukan. Hasil dari indikator kinerja perawat dilaporkan kepada kepala puskesmas sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

b. Uraian Tugas

Uraian tugas adalah seperangkat fungsi, tugas dan tanggung jawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara set pekerjaan yang satu dengan yang lainnya. Semua perawat masing-masing mempunyai tugas yang sudah terstruktur, perawat menjalankan tugas sesuai dengan perannya masing-masing. Uraian tugas dari masing-masing perawat ini dibuat oleh tim yang sudah ditunjuk sesuai dengan kesepakatan bersama dan sesuai dengan kompetensinya. Hal ini terungkap berdasarkan wawancara berikut:

“ Yang membuat uraian tugas selama ini kita punya tim, yang terlibat cuma tim itu saja..”(R5)

Hasil observasi terhadap dokumen uraian tugas menunjukkan adanya format-format yang berbentuk F1,F2,F3 dan F4. Seperti pada gambar berikut ini:

**DESKRIPSI PELAYANAN KESEHATAN BERDASARKAN JENIS PELAYANAN
PUSKESMAS MLATI II
TAHUN 2009**

F1

NO	AREA/PROGRAM	PELAYANAN KLINIS	PELAYANAN MASYARAKAT
1	Administrasi	Melaksanakan administrasi	Melaksanakan administrasi
2	Kepemimpinan	Melaksanakan kepemimpinan	Melaksanakan kepemimpinan
3	Komunikasi	Melaksanakan komunikasi	Melaksanakan komunikasi
4	Promkes		1. Melaksanakan penyuluhan kesehatan masyarakat 2. Melaksanakan pembinaan dusun 3. Melaksanakan rapat koordinasi kader kesehatan 4. Melaksanakan Pembinaan kader Usia dalam gedung 5. Melaksanakan pembinaan Posyandu 6. Melaksanakan pelatihan kader 7. Melaksanakan tugas limbah wenang di Pusling
5	P2M		1. Melaksanakan penyelidikan epidemiologi (PE) 2. PE haji 3. Penjarangan kasus TBC
6	Pengobatan	1. Melaksanakan tugas limbah wenang di pelayanan 24 jam terbatas 2. Melaksanakan tugas limbah wenang di Rawat Inap 3. Melaksanakan tugas limbah wenang di Puskesmas Pembantu 4. Melaksanakan tugas limbah wenang di Puskesmas Keliling 5. Melaksanakan tugas limbah wenang di pelayanan PPPK 6. Melaksanakan tugas limbah wenang di Klinik Keperawatan	
7	Perkesmas	1. Melaksanakan proses keperawatan 2. Melaksanakan Askep di Rawat Inap	1. Melaksanakan Askep pada keluarga 2. Melaksanakan Askep pada kelompok

Page 1

Gambar 5: Uraian Tugas F1 Perawat Puskesmas Mlati II

Gambar 5 di atas menunjukkan pada komponen area atau program wajib yang ada di puskesmas yaitu administrasi, kepemimpinan, komunikasi, pemberantasan penyakit menular, promkes, pengobatan, perkesmas, refleksi diskusi kasus, menerapkan standar mutu, melaksanakan monitoring.

Komponen pelayanan klinis yaitu melaksanakan administrasi, melaksanakan kepemimpinan, melaksanakan komunikasi, melaksanakan tugas limbah wenang di pelayanan 24 jam terbatas.

melaksanakan tugas limbah wenang di rawat Inap, melaksanakan tugas limbah wenang di puskesmas pembantu, melaksanakan tugas limbah wenang di puskesmas keliling, melaksanakan tugas limbah wenang di pelayanan pertolongan pertama pada kecelakaan, melaksanakan tugas limbah wenang di klinik keperawatan. Melaksanakan proses keperawatan, melaksanakan askep di rawat Inap, melaksanakan askep di 24 jam terbatas, melaksanakan askep puskesmas pembantu, melaksanakan askep di klinik keperawatan. Melaksanakan penjangkaran kasus tindaklanjut, melaksanakan refleksi diskusi kasus, menerapkan standar mutu, melaksanakan monitoring.

Komponen pelayanan masyarakat, yaitu melaksanakan administrasi, melaksanakan kepemimpinan, melaksanakan komunikasi, melaksanakan penyuluhan kesehatan masyarakat, melaksanakan pembinaan dusun. Melaksanakan rapat koordinasi kader kesehatan, melaksanakan pembinaan kader usila dalam gedung, melaksanakan pembinaan posyandu, melaksanakan pelatihan kader, melaksanakan tugas limbah wenang di puskesmas keliling. Melaksanakan penyelidikan epidemiologi, penjangkaran kasus TBC, melaksanakan askep pada keluarga, melaksanakan askep pada kelompok, melaksanakan askep pada masyarakat menerapkan standar mutu, melaksanakan monitoring. Program-program tersebut dipilih mana yang perawat terlibat langsung, dan pada pelayanan klinis kegiatan utama yang dilakukan di dalam gedung secara garis besarnya saja. Pelayanan masyarakat kegiatan utama yang dilakukan di masyarakat atau di luar gedung.

Uraian tugas pada F1 menunjukkan jenis kegiatan pelayanan di puskesmas. Diantaranya pelayanan klinis atau pelayanan yang ada di dalam gedung, dan pelayanan masyarakat atau pelayanan yang ada di luar gedung. F1 ini disusun oleh tim yang sudah ditunjuk oleh supervisor keperawatan dan kepala puskesmas.

**DESKRIPSI PEKERJAAN PERAWAT
PUSKESMAS MLATI II
TAHUN 2008**

F2

PROGRAM	NO	FUNGSI UTAMA	KEGIATAN	NAMA PERAWAT														STANDAR	INDIKATOR	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
ADMINISTRASI	1	Melaksanakan administrasi	1. Membuat jurnal 2. Mengisi register pasien 3. Membuat laporan VI dan IQG 4. Membuat laporan mingguan 5. Membuat laporan bulanan 6. Membuat laporan tri bulan 7. Membuat laporan tahunan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	G/2/P	1. Register terisi 2. Laporan ada 3. Jurnal ada	
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
KEPEMIMPINAN	1	Melaksanakan kepemimpinan	1. Menompin mahasiswa praktik 2. Membuat program berbingkai pada perawat 3. Mengimpin rapat 4. Melaksanakan pembinaan kelas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Buku Pembelan Berbantuan	Laporan hasil	
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
KOMUNIKASI	1	Melaksanakan komunikasi	1. Mengikuti rapat bulanan 2. Melaksanakan sosialisasi pelatihan 3. Mengkoordinir aktivitas perawat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Buku Pembelan Kerja Puskesmas	1. Presensi rapat 2. Laporan hasil	
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
PROMOSI	1	Melaksanakan penyuluhan kesehatan	1. Mengumpulkan data pendukung 2. Menyusun program penyuluhan 3. Melaks. Koordinasi program dan sektoral 4. Membuat jurnal 5. Melaksanakan penyuluhan 6. Membuat laporan hasil 7. Melaksanakan evaluasi kegiatan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	P/CT/AR	1. Ada Jurnal 2. Ada Laporan hasil	
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

Page 1

6/8/2009 11:48

Gambar 6: Uraian Tugas F2 Perawat Puskesmas Mlati II

Gambar 6 di atas menunjukkan tentang uraian tugas setiap perawat, ada yang memiliki kegiatan yang sama ataupun berbeda, baik pada struktural dan klinis. Seperti contoh: semua perawat mendapatkan tugas untuk mengikuti rapat bulanan, memimpin rapat dan mengisi register pasien. Perbedaan tugas perawat yaitu, mengisi laporan mingguan, bulanan, tahunan. Semua perawat di puskesmas sudah mempunyai uraian tugas masing-masing yang tertuang di dalam F2, dan perawat sudah bekerja sesuai dengan uraian tugas. Perawat tidak lagi bekerja di luar bidang pelayanan keperawatan, seperti dibagian administrasi atau kebersihan.

DESKRIPSI PEKERJAAN PERAWAT
PUSKESMAS MLATI II
TAHUN 2007

F3

PROGRAM	NO	FUNGSI UTAMA	KEGIATAN	STANDAR	INDIKATOR	MONITORING		
						BAGAIMANA	SIAPA	KAPAN
ADMINISTRASI	1	Melaksanakan administrasi	1. Membuat jadwal 2. Mengisi register pasien 3. Membuat laporan W1 dan W2 4. Membuat laporan mingguan 5. Membuat laporan bulanan 6. Membuat laporan tri bulan 7. Membuat laporan tahunan	SP2TP	1. Register terisi 2. Laporan ada 3. Jadwal ada	Observasi kegiatan Melihat catatan	Tim Monev	
KEPEMIMPINAN	1	Melaksanakan kepemimpinan	1. Membimbing mahasiswa praktek 2. Membuat program bimbingan pada perawat 3. Memimpin rapat 4. Melaksanakan pembinaan klinis	Buku Pedoman Bimbingan	Laporan hasil	Observasi kegiatan Melihat catatan	Supervisor	
KOMUNIKASI	1	Melaksanakan komunikasi	1. Mengikuti rapat bulanan 2. Melaksanakan desiminasi pelatihan 3. Mengkoordinir orientasi perawat	Buku Pedoman Kerja Puskesmas	1. Presensi rapat 2. Laporan hasil	Observasi kegiatan Melihat catatan	Tim Monev	
PROMKES	1	Melaksanakan penyuluhan kesehatan	1. Mengumpulkan data pendukung 2. Menyusun program penyuluhan 3. Melaks. Koord. Lintas program dan sektoral 4. Membuat jadwal 5. Melaksanakan penyuluhan 6. Membuat laporan hasil 7. Melaksanakan evaluasi kegiatan	PROTAP	1. Ada Jadwal 2. Ada Laporan hasil	Observasi kegiatan Melihat catatan	Tim Monev	
	2	Melaksanakan rapat koordinasi kader kesehatan	1. Melaksanakan koordinasi lintas program dan penyiapan materi 2. Membuat jadwal 3. Membuat undangan	Buku Pedoman Kerja Puskesmas	1. Jadwal ada 2. Daftar hadir 3. Laporan hasil	Observasi kegiatan Melihat catatan	Tim Monev	

Page 1

6/8/2009 11:39

Gambar 7: Uraian Tugas F3 Perawat Puskesmas Mlati II

Gambar 7 di atas menunjukkan pada komponen: program, fungsi utama, kegiatan, standar dan indikator. Isi komponen ini sama seperti pada F2. Komponen pada monitoring menjelaskan tindakan yang dilakukan oleh tim monev pada setiap tindakan yang ada pada komponen kegiatan tersebut. Monev yang dilakukan dengan cara mengobservasi kegiatan yang berhubungan dengan tindakan keperawatan dan melihat catatan-catatan. Monitoring ini dilakukan tim monev dalam kurun waktu setiap 3 bulan, 6 bulan, dan 1 tahun.

**DESKRIPSI PEKERJAAN PERAWAT
PUSKESMAS MLATI II
TAHUN 2008**

Nama : Suhartini Fx, Amd. Kep
NIP : 140 291 114
Fangkat : Pengatur Tingkat I, II / d
Jabatan : Pelaksana Perawatan

F4

PROGRAM	NO	FUNGSI UTAMA	KEGIATAN	STANDAR	INDIKATOR
ADMINISTRASI	1	Melaksanakan administrasi	1. Mengisi register pasien	SPZP	1. Register terisi 2. Laporan ada 3. Jadwal ada
KEPERAWATAN	1	Melaksanakan kegiatan-kegiatan	1. Membimbing mahasiswa/praktik 2. Membuat program lingkungan kerja perawat 3. Memimpin rapat 4. Melaksanakan pembinaan klinis	Buku Pedoman Lingkungan	Laporan hasil
KOMUNIKASI	1	Melaksanakan komunikasi	1. Mengikuti rapat bulanan 2. Melaksanakan demonstrasi pelatihan 3. Mengkoordinasi asistensi perawat	Buku Pedoman Kerja Puskesmas	1. Peserta rapat 2. Laporan hasil
PROMOSI	1	Melaksanakan penyuluhan kesehatan	1. Melaksanakan penyuluhan 2. Membuat laporan hasil	PROTAP	1. Ada jadwal 2. Ada laporan hasil
	2	Melaksanakan rapat koordinasi kader kesehatan	1. Melaksanakan pertemuan 2. Membuat laporan hasil pertemuan	Buku Pedoman Kerja Puskesmas	1. Jadwal ada 2. Daftar hadir 3. Laporan hasil

Page 1

6/8/2008 11:41

Gambar 8: Uraian Tugas F4 Perawat Puskesmas Mlati II

Gambar 8 menunjukkan uraian tugas salah satu perawat pada setiap komponen: program, fungsi utama, standar dan indikator sama dengan yang ada di F1, F2, dan F3. Uraian tugas disusun oleh tim dan supervisor keperawatan sesuai dengan kesepakatan pada tiap-tiap program dan masing-masing kegiatan. Penyusunan uraian tugas berpedoman pada format yang sudah ditentukan oleh tim trainer Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik Kabupaten Sleman. Masing-masing perawat mempunyai uraian tugas yang tertuang dalam F4, dan perawat bertanggung jawab terhadap tugas yang sudah diberikan.

c. Refleksi Diskusi Kasus (RDK)

Refleksi diskusi kasus adalah suatu metode merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam menerapkan standar dan uraian tugas. Pelaksanaan refleksi diskusi kasus sudah berjalan sejak tahun 2002 dilaksanakan setiap 1 bulan sekali oleh perawat, dan didukung oleh kepala puskesmas yang mewajibkan seluruh perawat untuk mengikuti kegiatan pertemuan secara rutin, terencana, dan terjadual dengan baik. Sebagai mana hasil wawancara berikut:

“Pertemuannya sebulan sekali waktu RDK nanti setelah selesai baru kita ngomong apa yang kurang dari kita, kita harus ngapa-ngapain ancar –ancar kedepan seperti apa, kalau ada pertemuan dari dinas mungkin kita bicarakan...”(R3)

“Kalau pertemuan khusus selama ini biasanya kalau pas dibimbing artinya gini misalkan saya melakukan suatu kesalahan jadi ada pertemuan khusus dengan supervisor keperawatan, tapi untuk yang pertemuan berbanyak orang biasanya melalui RDK..”(R4)

Hasil observasi menunjukkan bahwa pertemuan dilakukan dalam 2 bentuk, yaitu pertemuan refleksi diskusi kasus, yang dihadiri oleh seluruh perawat dan diadakan setiap 1 bulan sekali. Kedua pertemuan secara individu antara perawat dengan supervisor keperawatan dalam kegiatan pembimbingan dan pembinaan atau yang sering disebut dengan *coaching*. Berikut tabel perangkat administrasi dalam refleksi diskusi kasus:

Tabel 4: Perangkat Administrasi dalam RDK

No	Perangkat Administrasi
1	Surat keputusan atasan langsung terhadap pelaksanaan RDK : 1. SK Tim RDK 2. SK Tim SPMKK 3. SK Penunjukan Supervisor Keperawatan SPMKK 4. SK Pembentukan Tim Monitoring dan Evaluasi 5. SK Pelaksanaan Kegiatan Monitoring dan Evaluasi 6. Surat Tugas Tentang Kewajiban mengikuti Kegiatan RDK
2	Jadual RDK
3	Penentuan isu yang diangkat
4	Undangan RDK
5	Daftar hadir peserta RDK
6	Laporan RDK

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Pada tabel 4 menunjukkan perangkat administrasi refleksi diskusi kasus. Komponen utama yaitu Surat Keputusan Tim Refleksi Diskusi Kasus, Surat Keputusan Tim Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik, Surat Keputusan Penunjukkan Supervisor Keperawatan, Surat Keputusan Pembentukan Tim Monitoring dan Evaluasi, Surat Keputusan Pelaksanaan Kegiatan Monitoring dan Evaluasi, dan Surat Keputusan tentang Kewajiban Mengikuti Kegiatan Refleksi Diskusi Kasus.

Komponen ke 2 yaitu tentang pembuatan jadwal dan pelaksanaan refleksi diskusi kasus. Jadwal sudah dibuat untuk pelaksanaan selama 1 tahun. Jadwal sudah terpasang sejak bulan Desember sebelum pergantian tahun baru atau tahun berikutnya. Komponen ke 3 penentuan tentang isu atau masalah yang akan dibahas dalam pertemuan. Isu yang dibahas sesuai dengan masalah yang ditemui oleh perawat dalam melakukan tindakan keperawatan.

Komponen ke 4 tentang undangan yang diberikan sebelum pertemuan dilaksanakan. Undangan dibuat oleh tim refleksi diskusi kasus yang sudah ditunjuk oleh supervisor keperawatan. Komponen ke 5 daftar kehadiran yang harus ditanda tangani oleh peserta. Komponen ke 6 pembuatan hasil laporan pelaksanaan kegiatan. Setelah pertemuan refleksi diskusi kasus selesai, hasil dibuat laporan, dilaporkan kepada kepala puskesmas dan disosialisasikan kepada perawat.

Berikut salah satu gambar bentuk Surat Keputusan/Surat Tugas tentang Kewajiban Mengikuti Refleksi Diskusi Kasus yang ditetapkan Kepala Puskesmas:




Gambar 9: Surat Tugas Kewajiban Mengikuti Refleksi Diskusi Kasus

Gambar 9 di atas menunjukkan Surat Tugas tentang Kewajiban Mengikuti Kegiatan Refleksi Diskusi Kasus yang diadakan setiap 1 bulan sekali dan berlangsung selama 1 jam. Kegiatan harus dilaporkan setiap 1 bulan sekali dengan dilampiri laporan hasil kegiatan dan daftar hadir. Bagi perawat yang tidak hadir dalam pertemuan selama 2 bulan berturut-turut dengan alasan yang tidak jelas akan diberikan sanksi. Observasi yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa sanksi tersebut selama ini baru hanya sebatas teguran dan bimbingan. Sebagai mana hasil wawancara berikut:

“Belum ada ya, tapi selama ini paling pertama supervisornya yang menegur, kalau seandainya supervisornya tidak bisa baru ke kepala puskesmasnya”(R5)

“Perawatnya dipanggil kemudian diajak bicara begitu, dulu ada perawat yang dipanggil kepala puskesmas dikasih bimbingan seperti itu”(R6)


PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SLEMAN
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS MLATI II
 Alamat : Cebongan, Sumberadi, Mlati, Sleman (0274) 865909

JADUAL PELAKSANAAN RDK PERAWAT TAHUN 2009

BL.	HARI, TGL.	JAM S/D	FASILITATOR	PENYAJI		ISSU
				AREA	NAMA	
1	Kamis, 22 Januari 09	12.00- 13.00	Isti Indriyani	UGD	Heru Dwiastara	Perawatan Ripitur Hymen
2	Kamis, 26 Februari 09	12.00- 13.00	Nur Alifah Zulfa	Rawat Inap	Anggit Sofiyah	Perawatan Luka Conduito pada Glevida
3	Selasa, 24 Maret 09	12.00- 13.00	Widarti	Rawat Inap	Hariyastri	Riesik infeksi pada tindakan Infusiva
4	Senin, 06 April 09	12.00- 13.00	Hariyastri	Rawat Inap	Nur Alifah Zulfa	Askep Klien dengan Psikomatika
5	Selasa, 12 Mei 09	12.00- 13.00	Ninik Purwanti	Rawat Inap	Rochmi Iamiyati	Management regimen insipiditas tak efektif
6	Jumat, 26 Juni 09	12.00- 13.00	Etik Damini	Klinik Keperawatan	Suhartini FX	Etika Keperawatan / Socialisasi Klinik Keperawatan
7	Selasa, 14 Juli 09	12.00- 13.00	Heru Dwiastara		Ninik Purwanti	
8	Selasa, 11 Agustus 09	12.00- 13.00	Rini Yulianti		Mujiyati	
9	Selasa, 15 Sept 09	12.00- 13.00	Anggit Sofiyah		Etik Damini	
10	Selasa, 13 Oktober 09	12.00- 13.00	Suhartini FX		Rini Yulianti	
11	Selasa, 10 Nov 09	12.00- 13.00	Rochmi Iamiyati		Isti Indriyani	
12	Selasa, 15 Des 09		Mujiyati		Widarti	

Sleman, 2 Januari 2009

Mengetahui,
Kepala Puskesmas

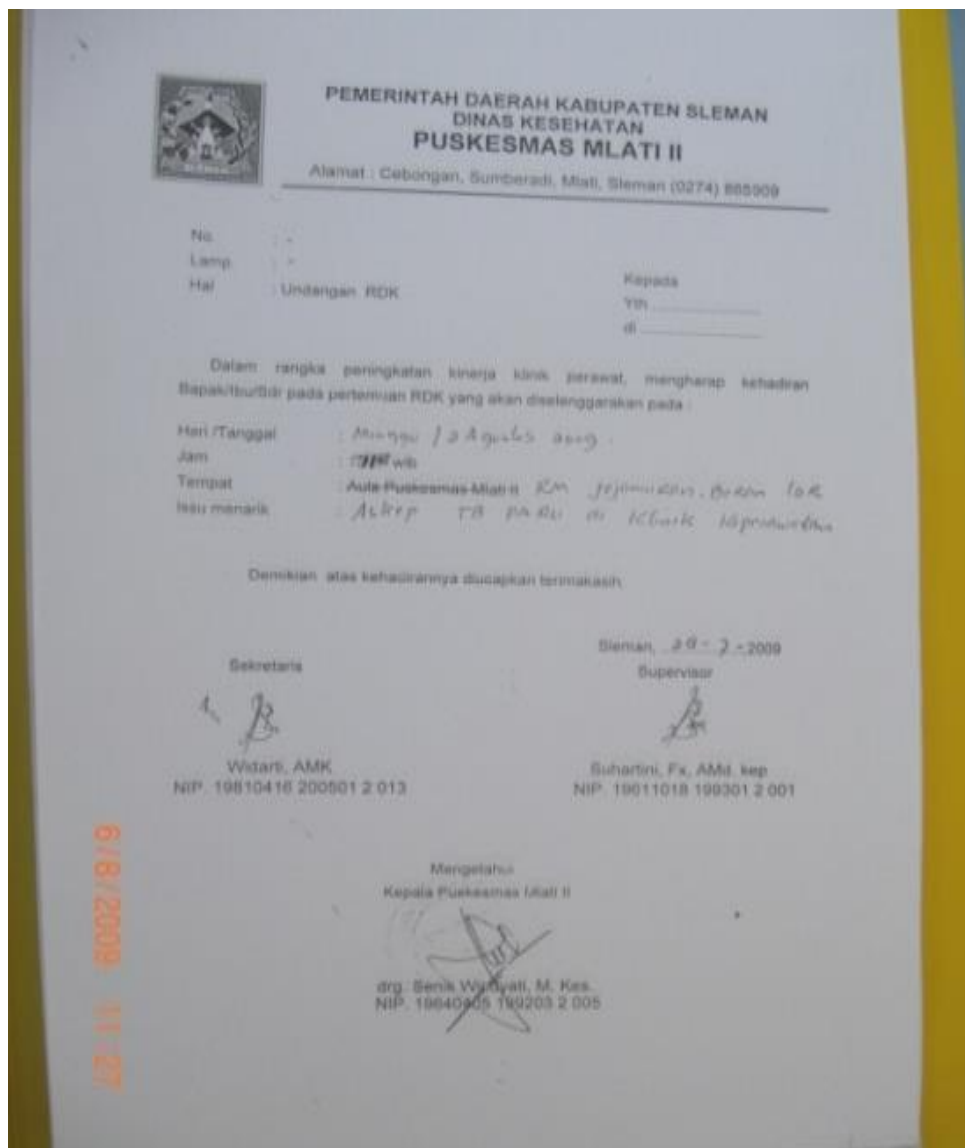
Supervisor

drg. Senik Windiyati, M. Kes.
 NIP. 19640405 199203 2 005

Suhartini, Fx, AMT, kep.
 NIP. 19611016 199301 2 001

Gambar 10: Jadwal Pelaksanaan Refleksi Diskusi Kasus

Gambar 10 di atas menunjukkan jadwal pertemuan refleksi diskusi kasus yang sudah dibuat untuk kegiatan pertemuan selama 1 tahun yaitu bulan Januari sampai dengan Desember 2009. Jadwal ini sudah terpasang dipapan pengumuman sejak bulan Desember 2008. Terlihat pada jadwal nama-nama perawat, tanggal pelaksanaan, jam pelaksanaan, dan isu yang akan dibahas. Setiap perawat mendapat giliran sebagai fasilitator dan penyaji.



Gambar 11: Undangan Refleksi Diskusi Kasus

Gambar 11 di atas menunjukkan bahwa kehadiran perawat dalam mengikuti kegiatan refleksi diskusi kasus yang diadakan setiap bulannya, ini berdasarkan undangan yang diberikan kepada perawat sejak 3 hari sebelum refleksi diskusi kasus dimulai. Undangan diketahui dan ditanda tangani oleh kepala puskesmas, supervisor keperawatan dan sekretaris refleksi diskusi kasus.

**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SLEMAN
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS MLATI II**

Alamat : Cebongan, Sumberadi, Mlati, Sleman (0274) 855509

DAFTAR HADIR RDK

Hari/Tanggal : *Kamis 18 Juni 2009*
 Isu : *Belief, Kemandirian, Harapan*
 Penyelenggara : *Sumberadi*
 Fasilitator : *Nurul Munifah*

NO	NAMA	JABATAN	KEHADIRAN		TANDA TANGAN	KETERANGAN
			YA	TIDAK		
1	Suhartini Fx		✓		<i>[Signature]</i>	
2	M. Rini Y	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	
3	Heru Dewantara	"	✓		<i>[Signature]</i>	
4	Rochani I			X		
5	Suroda			X		<i>izin melawat</i>
6	Haryesthi			X		<i>izin melawat</i>
7	Si Yuliasih	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	<i>Manajemen Hospital</i>
8	Esti Darmi			X		
9	Nisik Purwati	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	<i>izin</i>
10	M. Ibi Indriyani	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	
11	Nur Adiah Z.			X		<i>cuti beresah</i>
12	Witarti	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	
13	Mulyati	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	
14	Anggit Sofiah	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	
15	Nurul Munifah	Perawat	✓		<i>[Signature]</i>	

Sleman, 18 Juni 2009

Mengetahui
Kepala Puskesmas
[Signature]
drg. Sema Widyati, M. Kes.
NIP. 196404051992032005

Supervisor
[Signature]
Suhartini, Fx, Amd. kep.
NIP. 196310151983012001

6/8/2009 12:38

Gambar 12: Daftar Hadir Perawat dalam Pelaksanaan Refleksi Diskusi Kasus

Gambar 12 di atas menunjukkan daftar hadir yang meliputi hari dan tanggal, nama perawat, jabatan, kehadiran, tanda tangan dan keterangan tentang ketidakhadiran perawat. Daftar hadir ini disediakan setiap kali pertemuan dan wajib ditanda tangani oleh semua peserta yang hadir. Observasi yang dilakukan pada bulan Juni 2009 menunjukkan kehadiran perawat hanya 10 orang dari 15 orang perawat yang ada. Berikut tabel kehadiran perawat sejak tahun 2007 sampai dengan 2009.

Tabel 5: Jumlah Persentase Kehadiran Perawat dalam Pelaksanaan Kegiatan Refleksi Diskusi Kasus

No	Bulan	Tahun		
		2007	2008	2009
1	Januari	62 %	56 %	40 %
2	Pebruari	77 %	64 %	53 %
3	Maret	69 %	50 %	67 %
4	April	62 %	56 &	73 %
5	Mei	69 %	50 %	53 %
6	Juni	77 %	79 %	67 %
7	Juli	69 %	71 %	67 %
8	Agustus	62 %	71 %	53 %
9	September	-	-	73 %
10	Oktober	-	64 %	73 %
11	November	69 %	79 %	73 %
12	Desember	54 %	71 %	67 %
Jumlah Perawat		13	14	15

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 5 di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2007 pelaksanaan refleksi diskusi kasus hanya dilaksanakan 83 % atau 10 kali pertemuan selama 1 tahun dan kehadiran perawat rata-rata 69 %. Tahun 2008 pelaksanaan refleksi diskusi kasus dilaksanakan sebanyak 92 % atau 11 kali pertemuan dalam 1 tahun dan kehadiran perawat rata-rata 71 %. Tahun 2009 dalam pelaksanaan kegiatan refleksi diskusi kasus dilakukan sebanyak 92 % atau 11 kali pertemuan, dan kehadiran perawat rata-rata 73 %. Ketidakhadiran perawat dalam kegiatan tersebut adanya berbagai alasan yaitu perawat dapat tugas di posyandu, ada kepentingan keluarga, adanya perawat yang masih menempuh pendidikan, dan adanya perawat yang sedang cuti.


**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SLEMAN
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS MLATI II**


Alamat : Cebongan, Sumberadi, Mlati, Sleman (0274) 865909


NOTULEN RDK PERAWAT


Hari/Tanggal : Selasa / 12 Mei 2009
 Issu : Manajemen Regimen Terapeutik tidak Efektif
 Penyaji : Rohmi Ismiyati
 Fasilitator : M Iati Indriyani

MATERI	WAKTU	HASIL
Pemberian obat pada pasien rawat inap, di puskesmas mlati II yang dilaksanakan selama ini masih kurang tepat, tepat waktu, tepat dosis, tepat pada sasaran dan cepat sembuh. Masih ada atau pernah di temukan obat dibuang atau disimpan di bawah kasur.	12:00	<p>Hasil diskusi terdapat beberapa pendapat. Heru pemberian obat belum sesuai dengan jadwal, Hariyanti menemukan obat di bawah kasur, FX sebetulnya Protap pemberian obat sudah ada, tetapi kenapa hal itu masih terjadi sehingga perlu tinjau ulang Protap yang ada. Maka dari hasil dapat disimpulkan sbb :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusi menghasilkan kesepakatan bahwa pemberian obat harus di tunggu oleh perawat. - Pemberian obat sesuai dengan Jadwal - Kontrol perawat sebelum dan sesudah pemberian obat. - Kesempatan untuk Refsi Protap pemberian obat pada pasien Rawat Inap.

Supervisor: 
 Suharti, Fx, AMK, kep
 NIP. 19811018 199301 2 001

Penyaji: 
 Rohmi Ismiyati, AMK
 NIP. 19700307 199203 2 005

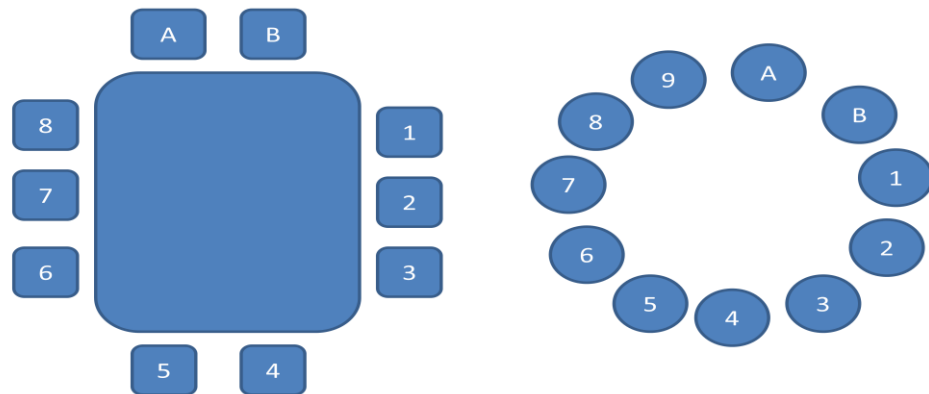
Fasilitator: 
 M Iati Indriyani, AMK
 NIP. 19841217 200501 2 003

Mengetahui
 Kepala Puskesmas

 Drg. Senik Widyanti, M. Kes
 NIP. 19640405 199203 2 008

01/8/2009 12:39

Gambar 13: Notulen Refleksi Diskusi Kasus

Gambar 13 di atas notulen dalam kegiatan refleksi diskusi kasus meliputi hari dan tanggal, waktu, isu yang dibahas yaitu manajemen terapeutik tidak efektif, nama penyaji dan fasilitator. Materi yang dibahas pada saat refleksi diskusi kasus yaitu pemberian obat pada pasien rawat inap selama ini masih kurang tepat dan masih ada ditemukan obat dibuang dan disimpan di bawah kasur. Hasil dari materi tersebut disimpulkan bahwa pemberian obat harus ditunggu, pemberian obat harus sesuai dengan waktu, kontrol sebelum dan sesudah pemberian obat.



A : Fasilitator
 B : Penyaji
 1,2,3.. : Peserta



Gambar 14: Posisi Duduk dan Pelaksanaan Refleksi Diskusi Kasus Bulan Mei-Juni 2009

Gambar 14 di atas menunjukkan perawat sedang melaksanakan refleksi diskusi kasus yang diadakan di aula puskesmas. Posisi duduk seperti yang disarankan oleh tim trainers dalam modul materi komponen dasar Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik, yaitu bisa berbentuk segi empat ada meja di depan peserta dan berbentuk lingkaran, dan tanpa meja di depan para peserta. Semua perawat duduk secara sejajar tanpa ada yang duduk membelakangi peserta yang lain. Ini menunjukkan bahwa diantara perawat semua derajat adalah sama tanpa

membedakan golongan dan jabatan. Di tengah berlangsungnya pertemuan para peserta disajikan minuman dan makanan yang sudah disediakan oleh puskesmas. Pada saat pertemuan sedang berlangsung ada tim yang melakukan monev terhadap kegiatan refleksi diskusi kasus tersebut. Kinerja yang dinilai meliputi perawat menyediakan jadwal, perawat mengisi daftar hadir, fasilitator membuat kesepakatan waktu, penyaji menyampaikan permasalahan/kasus, perawat menyampaikan klarifikasi, perawat menyampaikan kesimpulan, fasilitator mencatat hasil, fasilitator membuat kesimpulan akhir, fasilitator membacakan jadwal yang akan datang. Kemudian pada akhir pertemuan tersebut, hasil dari kegiatan dibuat laporan untuk diketahui oleh kepala puskesmas. Kepala puskesmas memberikan masukan pada format rencana tindak lanjut yaitu dengan terus meningkatkan dan mempertahankan kegiatan refleksi diskusi kasus yang sudah baik.

Walau sudah berjalan sesuai dengan alur yang ada, tetapi untuk melakukan pertemuan ini juga sering mengalami hambatan yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu masih adanya perawat yang tidak hadir pada saat waktu yang sudah ditentukan, dikarenakan perawat masih sibuk melayani pasien, dan masih adanya perawat yang menempuh pendidikan. Waktu pertemuan tidak sesuai dengan jadwal. Faktor lain yaitu masih kurangnya kesadaran dan motivasi dari perawat itu sendiri.

d. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi bermanfaat untuk mengidentifikasi masalah keperawatan, mengambil langkah korektif untuk perbaikan secepatnya, dan mengukur pencapaian sasaran atau target. Kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja perawat di puskesmas dilakukan tim monev yang sudah dibentuk oleh supervisor keperawatan. Tim melakukan monev pada perawat sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, dan monev dilakukan kepada perawat

saat melakukan tindakan seperti perawatan luka kotor, mengukur suhu tubuh, memasang infus, memberikan obat injeksi, melakukan hecing vulnus, dan membuat diagnosa keperawatan. Ini terungkap dalam wawancara berikut:

“Ya sesuai dengan jadwal, ada jadwal untuk monitoring saya sebulan mengobservasi 1 perawat, tapi karena jumlahnya lebih dari 12 ada yang sebulan saya mengobservasi 2 perawat. kalau disini ada 4 tindakan keperawatan yang saya observasi misalnya, memasang infus, misale ne’ saya pas dinas dirawat inap itu kalau perawat yang saya observasi, saya ngikuti sesuai nggak dengan IK saya punya catatan kecil, evaluasi ada bukti nyata, ini lho belum sesuai IK, nah..itu untuk bahan atau bukti nanti untuk evaluasi akhir, akhir bulan...” (R2)

Tabel 6: Perangkat Monitoring dan Evaluasi

No	Perangkat Monitoring dan Evaluasi
1	Surat keputusan atasan langsung terhadap pelaksanaan Monev : 1. SK Pembentukan Tim Monev 2. SK Pelaksanaan Kegiatan Monev 3. Daftar Tim Monev Perawat
2	Jadual Monev
3	Rencana Tindak lanjut Monev
4	Instrumen Evaluasi kepuasan Pelanggan terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan
5	Instrumen Monitoring dan Evaluasi
6	Instrumen Monitoring dan Evaluasi Dokumentasi Keperawatan

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 6 di atas menunjukkan bahwa dalam melaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi, ini didukung dengan Surat Keputusan Kepala Puskesmas Mlati II nomor : 9 / Pusk.Mlati II / 2009 tentang Pembentukan Tim Monitoring dan Evaluasi Kinerja Perawat. Hal ini tertuang di dalam perangkat monitoring dan evaluasi yang terdiri dari komponen yaitu Surat Keputusan Pembentukan Tim Monev, Surat Keputusan Pelaksanaan Kegiatan Monev, dan daftar tim monev, jadual monev pada tindakan-tindakan keperawatan yang dilakukan perawat dalam satu tahun. Bulan Maret dan Juni 2009 perawat melakukan monev terhadap tindakan

keperawatan yang meliputi dokumentasi askep di pustu, dan mengukur suhu badan dipelayanan rawat inap.

PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SLEMAN
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS MLATI II
Alamat : Cebongan, Sumberadi, Mlati, Sleman (0274) 865909

Lampiran Surat Keputusan
Kepala Puskesmas Mlati II
No : 09/441 / Pusk Mlati II / 2009
Tanggal : 9 Januari 2009

**DAFTAR TIM MONEV PERAWAT
PUSKESMAS MLATI II TAHUN 2009**

NO	NAMA	JABATAN
1	drg. Senik Windyanti, M. Kes.	Penanggung Jawab
2	Suhartini, Fx, AMd, Kep.	Koordinator Pelaksana
3	1. Rochmy Ismiyati, AMK 2. Widarti, AMK	Pelaksana Teknis

Ditetapkan di : Sleman
Pada tanggal : 9 Januari 2009

Kepala Puskesmas Mlati II
drg. Senik Windyati, M. Kes.
NIP. 19940405 199203 2 005

6/8 2009 17 02

Gambar 15: Daftar Tim Monev Perawat Puskesmas Mlati II

Gambar 15 di atas menjelaskan daftar nama-nama tim monev yang terdiri dari 3 orang perawat yang akan melakukan monev terhadap kinerja perawat sesuai dengan jadwal mereka masing-masing. Observasi dokumen terhadap protap pada perawatan luka kotor yang sudah dilakukan tim monev kepada perawat, yaitu berisi persiapan alat meliputi set steril dalam bak instrument yang berisi 1 buah gunting jaringan, 1 buah pinset anatomis, 1 buah pinset sirurgis dan 2 buah com kecil. Tromol yang berisi kassa, sarung tangan steril dan alat pelindung diri yang lain (masker dan baju pelindung), perlak/pengalas, bengkok, cairan pembersih luka/larutan disinfektan, seperti : NaCl 0,9%, betadin, rivanol, perhidrol, plester, kassa gulung, gunting plester, kapas alkohol, tempat sampah.

Persiapan pasien meliputi memberikan salam, panggil pasien dengan namanya, berikan penjelasan kepada pasien/keluarga tentang tujuan, prosedur dan lama tindakan yang akan dilakukan pada pasien, beri kesempatan pasien/keluarga untuk bertanya, tanyakan keluhan pasien, jaga privasi pasien (menutup pintu/tirai). Pelaksanaan meliputi cek catatan keperawatan dan program perawatan luka, cuci tangan, pakai alat pelindung diri dan sarung tangan, atur posisi pasien, pasang pernak/pengalas dan bengkak, pakai sarung tangan, lepaskan plester dan balutan lama dengan menggunakan pinset/sarung tangan dan kapas alkohol, kemudian buang ke bengkak/tempat sampah, pinset yang telah dipakai diletakkan pada bengkak. Kaji dan observasi kondisi luka, buka set steril, tuangkan larutan disinfektan sesuai kebutuhan pada kom kecil, masukkan kassa/depers pada larutan disinfektan, bersihkan luka dengan kassa/depers yang telah dibasahi larutan disinfektan, dan dilakukan satu arah dari dalam ke luar. Luka diberi obat yang telah ditentukan, tutup luka dengan kassa sesuai dengan kondisi luka, fiksasi kassa dengan plester atau dibalut dengan kassa gulung, lepas sarung tangan, kembalikan pasien ke posisi semula, buang sampah pada tempatnya. Evaluasi hasil kegiatan (subjektif dan objektif), bersihkan peralatan dan kembalikan ke tempat semula, cuci tangan, catat waktu perawatan luka, kondisi luka dan cara perawatan.

Hasil observasi menunjukkan, hasil monev yang dilakukan oleh tim monev terhadap kinerja perawat pada perawatan luka kotor seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 7: Hasil Monev Perawatan Luka Kotor Tahun 2009

No	Tindakan Keperawatan yang Tidak Dilakukan Perawat	%
1	Tidak memberikan kesempatan pasien untuk bertanya	13 %
2	Tidak pakai sarung tangan	40 %
Jumlah Perawat		15

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 7 menunjukkan bahwa pada saat tim melakukan monev terhadap kinerja perawat dalam melakukan tindakan perawatan luka kotor, dari 29 tindakan keperawatan ada 2 tindakan yang tidak dilakukan oleh perawat, yaitu 1) Tidak memberi kesempatan pasien untuk bertanya, dari 15 orang perawat hanya 13% yang tidak melakukan. 2) Perawat tidak memakai sarung tangan, dari 15 orang perawat hanya 40% yang tidak melakukan. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh tim monev dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

Tabel 8: Hasil Monev Mengukur Suhu Tubuh Tahun 2009

No	Tindakan Keperawatan yang Tidak Dilakukan Perawat	%
1	Tidak memberi salam, panggil pasien dengan namanya	7 %
2	Tidak memberikan kesempatan pasien untuk bertanya	27 %
3	Tidak pakai sarung tangan	80 %
4	Tidak cuci tangan	80 %
5	Tidak menurunkan air raksa di bawah angka 36°C	60 %
Jumlah Perawat		15

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 8 di atas menunjukkan bahwa pada saat tim monev melakukan monev terhadap perawat dalam memberikan tindakan keperawatan mengukur suhu tubuh, dari 23 tindakan keperawatan ada 5 tindakan yang tidak dilakukan oleh perawat, yaitu 1) Tidak memberi salam dan panggil pasien dengan namanya, dari 15 orang perawat hanya 7% yang tidak melakukannya. 2) Tidak memberikan kesempatan pasien untuk bertanya, dari 15 orang perawat yang tidak melakukan hanya 27%. 3) Perawat tidak pakai sarung tangan, dari 15 orang perawat yang tidak melakukan 80%. 4) Perawat tidak cuci tangan, dari 15 orang perawat yang tidak melakukan sebanyak 80%.

5) Perawat tidak menurunkan air raksa di bawah angka 36⁰c, dari 15 orang perawat yang tidak menurunkan air raksa di bawah 36⁰c sebanyak 60%. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh tim monev dilaporkan kepada kepala puskesmas sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindaklanjut.

Tabel 9: Hasil Monev Pendokumentasian Keperawatan Pada Unit Rawat Inap

No	Kinerja yang Dinilai	Tahun		
		2007	2008	2009
1	Perawat mempersiapkan alat dengan lengkap	77 %	100 %	100 %
2	Perawat melakukan anamnesa dengan ramah dan lengkap	100 %	100 %	100 %
3	Perawat memberikan tindakan sesuai dengan SOP/Standar	69 %	64 %	100 %
4	Perawat memberikan konseling dengan jelas	100 %	100 %	100 %
5	Perawat melakukan pendokumentasian lengkap	77 %	54 %	80 %
6	Perawat cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	31 %	36 %	13 %
Jumlah Perawat		13	14	15

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 9 di atas menunjukkan monitoring dan evaluasi yang dilakukan tim monev terhadap perawat pada saat melakukan pendokumentasian pada pasien. Kinerja yang dinilai pada tahun 2007 hingga 2009, yaitu 1) Perawat mempersiapkan alat dengan lengkap, rata-rata setiap tahun 75% - 100%. 2) Perawat melakukan anamnesa dengan ramah dan lengkap sudah 100% dilakukan. 3) Perawat memberikan tindakan sesuai dengan SOP/standar, rata-rata 65% - 100%. 4) Perawat memberikan konseling dengan jelas, sudah 100% dilakukan. 5) Perawat melakukan pendokumentasian lengkap, rata-rata 50% - 80%. 6) Perawat cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, rata-rata 10% - 40%. Hasil monitoring yang dilaksanakan

tim monev dilaporkan kepada kepala puskesmas sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindaklanjut.

Tabel 10: Hasil Monev Pendokumentasian Keperawatan Pada Unit Klinik Keperawatan Tahun 2009

NO	Aspek yang Dinilai	Bulan	
		Juli	Oktober
1	Menuliskan nama dengan jelas	100 %	100 %
2	Menuliskan alamat dengan jelas	90 %	100 %
3	Menuliskan tanggal lahir, bulan dan tahun dengan jelas	100 %	100 %
4	Menuliskan data subyektif dan obyektif	100 %	100 %
5	Membuat diagnosa keperawatan sesuai dengan data subyektif dan obyektif yang mendukung	100 %	100 %
6	Membuat rencana/tindakan sesuai dengan masalah pasien	100 %	100 %
7	Membuat Bimbingan dan Penyuluhan pasien sesuai masalah	100 %	100 %
8	Membuat catatan limbah wenang sesuai kronologis limbah wenang	100 %	100 %
9	Membuat evaluasi tindakan/respon sesuai dengan masalah dan tindakan yang diberikan	20 %	0 %
10	Menuliskan nama dan paraf setiap akhir catatan	100 %	100 %
Jumlah Perawat		10	10

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 10 di atas menunjukkan hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh tim monev terhadap kinerja perawat pada unit klinik keperawatan pada bulan Juli dan Oktober pada tahun 2009. Aspek kinerja yang dinilai yaitu 1) Menuliskan nama dengan jelas, semua perawat sudah melaksanakan dengan nilai rata-rata 100%. 2) Menuliskan alamat dengan jelas, rata-rata 90%-100%. 3) Menuliskan tanggal lahir, bulan dan tahun dengan jelas, semua sudah melakukan dengan nilai rata-rata 100%. 4) Menuliskan data subyektif dan obyektif, perawat semua sudah melakukan dengan nilai rata-rata 100%. 5) Membuat diagnosa keperawatan sesuai dengan data

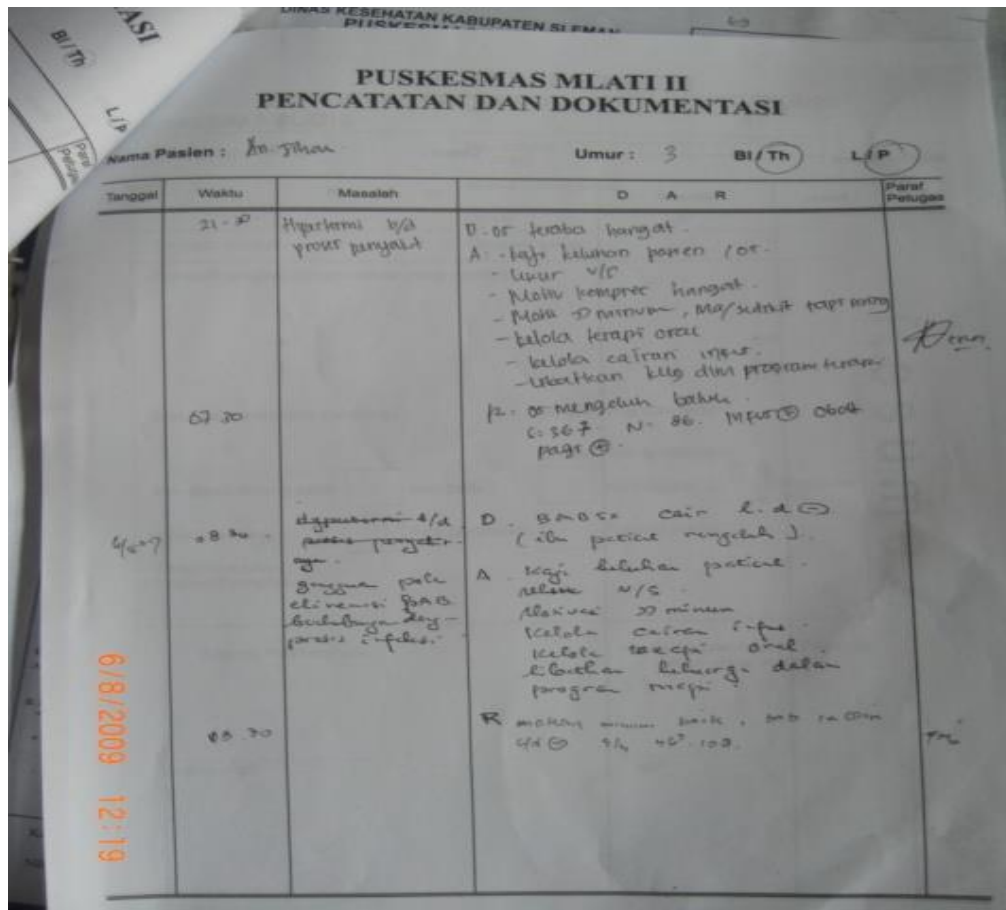
subyektif dan obyektif yang mendukung, rata-rata 100%. 6) Membuat rencana atau tindakan sesuai dengan masalah pasien, rata-rata 100% sudah melaksanakan. 7) Membuat bimbingan dan penyuluhan pasien sesuai masalah, dengan rata-rata 100%. 8) Membuat catatan limbah wenang sesuai kronologis limbah wenang, nilai rata-rata 100%. 9) Membuat evaluasi tindakan atau respon sesuai dengan masalah dan tindakan yang diberikan, rata-rata baru 20% perawat melakukan. 10) Menuliskan nama dan paraf setiap akhir catatan, semua perawat sudah melakukan dengan nilai rata-rata 100%. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh tim monev dilaporkan kepada kepala puskesmas sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

e. Dokumentasi Asuhan

Dokumentasi asuhan adalah hasil tindakan/kegiatan asuhan yang dilaksanakan oleh perawat meliputi asuhan keperawatan dan merupakan unsur pokok dalam pertanggung jawaban kinerja profesi. Di puskesmas, pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat menggunakan format dalam bentuk *Data Action Respon* (DAR). Pendokumentasian dilakukan perawat dengan berpedoman pada buku Nanda untuk mendiagnosa kasus keperawatan. Ini terungkap dalam wawancara sebagai berikut:

“Pendokumentasiannya ya kita punya format DAR kita isi disitu datanya setelah kita pengkajian terus actionnya kita tulis disitu dan ada lagi tanggal jam sendiri jam berapa kita pengkajian dan terus melakukan tindakan jam berapa nanti kita lihat responnya, kita dapat memastikan diformat DAR. Protap dalam memberikan Asuhan Keperawatan kita mengacu pada IK dalam memberikan asuhan keperawatan, selain IK kita juga menggunakan Nanda untuk mendiagnosa”. (R3)

“Kalau pendokumentasian selama ini kita biasanya ada khusus format tersendiri yaitu DAR, selama ini masih pakai DAR jadi data subyektif, obyektif kemudian action dan respon yang selama ini kita lakukan” .(R4).



Gambar 16: Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perawat di Puskesmas Mlati II

Gambar 16 di atas menunjukkan bentuk format dan pendokumentasian yang dilakukan perawat. Pendokumentasian yang dilakukan pada setiap tindakan keperawatan berpedoman pada instruksi kerja, dan untuk menegakkan diagnosa keperawatan, perawat menggunakan buku Nanda. Berikut tabel cara pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Mlati II:

Tabel 11: Petunjuk Pengisian Format DAR

No	Komponen	Keterangan
1	Nama Pasien, Umur, Jenis Kelamin, Tanggal, bulan, tahun.	Dituliskan ketika pertama kali pasien mendaftar di Puskesmas Mlati II
2	Jam	Dituliskan sesuai dengan kronologis atau urutan waktu kejadian, seperti kapan data subyektifnya muncul dan kapan data dikaji.
3	(D) Data : <ul style="list-style-type: none">• Data Subyektif (DS)• Data Obyektif(DO)• Diagnosa Keperawatan (Dx)	DS :Data yang didapatkan dari pasien seperti perasaan, persepsi dan ide tentang kesehatan. Misalkan pasien mengeluh pusing, mual, nyeri, dll. Data juga bisa didapat dari keluarga, dan teman. DO : data yang dapat diamati dipertunjukan secara faktual, diobservasi dan pengukuran. Dx : diagnosa keperawatan dirumuskan sesuai dengan data yang ada dengan karakteristik yang sesuai untuk memunculkan diagnosa keperawatan terpilih. Diagnosa keperawatan yang dipakai sesuai dengan klasifikasi diagnosa keperawatan menurut Nanda.
4	(A) Action	Merencanakan dan melakukan tindakan yang bisa dilaksanakan di unit pelayanan yang sesuai dengan prosedur atau standar yang berlaku
5	(R) Respon	Evaluasi terhadap proses, evaluasi terhadap tindakan dan evaluasi hasil. Bandingkan keluhan kesehatan sebelumnya dengan kondisi pasien pada saat evaluasi.
6	TTD (Tertanda)	Menuliskan nama dan tanda tangan setiap kali selesai mengisi dokumen sebagai pertanggung jawaban.

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Mlati II

Tabel 11 di atas menunjukkan tentang pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan. Saat pergantian tugas jaga, perawat melaporkan pendokumentasian yang sudah dilakukan terhadap pasien kepada perawat yang tugas berikutnya, dan perawat menjelaskan tindakan apa saja yang sudah dilakukan dan respon apa saja yang sudah didapatkan dari pasien. Tetapi dalam melakukan pendokumentasian, perawat juga sering menemui kendala, seperti yang terungkap pada wawancara berikut:

“Kita melaporkan sama temen pergantian tugas jaga.., jadi format-format yang sudah diisi dan tindakan yang sudah dilakukan responnya bagaimana”(R3)

“Memang masih lemah ya perawat masih sering lupa, kalau yang sudah jalan itu pendokumentasian dirawat inap itu sudah bagus yang sudah sesuai standar dokumentasi keperawatan di Nanda, tapi kalau yang dirawat jalan, diPustu terutama itu yang masih perlu sekali ditingkatkan...”(R2)

Kelemahan perawat dalam melakukan pendokumentasian, yaitu perawat sering lupa untuk melakukan pendokumentasian, perawat terlalu sibuk melayani pasien sehingga waktu untuk mengerjakan pendokumentasian terlalu sedikit. Sedangkan waktu yang dibutuhkan dalam pendokumentasian antara 5 sampai 10 menit.

3. Dukungan Manajemen Kepala Puskesmas

Dukungan manajemen merupakan hal yang sangat penting ketika hendak melaksanakan suatu kegiatan, termasuk dukungan kepala puskesmas terhadap Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik. Kepala puskesmas menerima sistem ini sebagai kebutuhan dari organisasi. Puskesmas menindaklanjuti pelatihan sebagai bagian tak terpisah dari manajemen puskesmas. Kepala puskesmas bekerja bersama perawat yang telah dilatih untuk mengimplementasikan di lembaga mereka. Kepala puskesmas membuat keputusan-keputusan resmi yang mendukung kinerja klinik. Tahun 2009, puskesmas telah mengeluarkan 6 keputusan resmi berkaitan dengan pelaksanaan SPMKK, seperti yang terlihat pada tabel berikut:

Tabel 12: Tentang Dukungan Kepala Puskesmas Terhadap SPMKK

No	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Mlati II Tahun 2009	Catatan Pelaksanaan
1	Pembentukan Tim SPMKK	Pembentukan tim sudah dilaksanakan, ditandai dengan adanya penanggung jawab kepala puskesmas, ketua, koordinator, sekretaris, dan anggota 13 perawat.
2	Ketugasan Tim SPMKK Perawat	Tim yang sudah ditugaskan melaksanakan SPMKK berjumlah 15 perawat. Uraian tugas masing-masing perawat sudah tercantum di dalam format F1, F2, F3 dan F4. Perawat sudah berkerja sesuai yang ada diuraian tugas. Perawat tidak lagi bekerja dibagian administrasi.
3	Penunjukkan Supervisor Keperawatan	1 orang perawat sudah ditunjuk sebagai supervisor keperawatan. Supervisor sudah memonitoring kinerja perawat dalam melaksanakan SPMKK, misalnya pelaksanaan refleksi diskusi kasus. Supervisor mewajibkan kepada semua perawat untuk memberikan ide tentang kasus yang sedang dibahas.
4	Pembentukan Tim Monitoring dan Evaluasi Kinerja Perawat	Tim monev yang sudah dibentuk berjumlah 3 orang, termasuk supervisor keperawatan. Monev dilakukan sudah sesuai dengan jadwal.
5	Pelaksanaan Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Bagi Perawat	Kepala puskesmas menugaskan 3 perawat melaksanakan monev. Perawat sudah melakukan monev setiap 3 bulan sekali, yaitu bulan Maret dan Juni 2009.
6	Kewajiban Mengikuti Refleksi Diskusi Kasus Bagi Perawat	Refleksi diskusi kasus sudah dilakukan 1 bulan sekali, berlangsung selama 1 jam. Kehadiran perawat bulan Mei 2009 berjumlah 8 orang, dan bulan Juni 2009 berjumlah 10 orang. Sanksi yang diberikan kepada perawat yang tidak hadir, berupa teguran dan pembinaan.

Sumber: Data Sekunder Dokumen SPMKK Puskesmas Mlati II

Tabel 12 di atas menunjukkan tentang Surat Keputusan sebagai dukungan kepala puskesmas pada Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik. Implementasi Surat Keputusan, yaitu Pembentukan tim, sudah dilaksanakan ditandai dengan adanya penanggung jawab oleh kepala puskesmas, diketuai oleh seorang dokter puskesmas, dikoordinator oleh seorang supervisor keperawatan, adanya seorang sekretaris, dan beranggotakan 13

perawat. Berdasarkan observasi yang dilakukan di puskesmas, bahwa Surat Keputusan tentang Pembentukan Tim SPMKK sudah ada, dan sudah diimplementasikan di puskesmas.

Ketugasan tim, yaitu tim yang sudah ditugaskan melaksanakan SPMKK di puskesmas berjumlah 15 perawat. Uraian tugas masing-masing perawat puskesmas sudah tercantum di dalam format F1, F2, F3 dan F4. Perawat sudah berkerja sesuai yang ada diuraian tugas. Perawat tidak lagi bekerja dibagian administrasi dan kebersihan. Uraian tugas perawat di puskesmas sudah terdokumentasi.

Penunjukkan supervisor keperawatan, yaitu 1 orang perawat sudah ditunjuk sebagai supervisor keperawatan. Masa kerja 21 tahun dan sudah dilatih pada tahun 2002 oleh WHO, Departemen Kesehatan dan Universitas Gadjah Mada. Supervisor sudah memonitoring kinerja perawat dalam melaksanakan SPMKK, misalnya pelaksanaan refleksi diskusi kasus. Supervisor mewajibkan kepada semua perawat untuk memberikan ide tentang kasus yang sedang dibahas. Supervisor keperawatan sudah menjalankan tugas dengan memonitoring dan mengevaluasi kinerja perawat dalam mengimplementasikan Sistem Pengembangan Kinerja Klinik di puskesmas.

Pembentukan tim monitoring dan evaluasi. Tim dibentuk berjumlah 3 orang, termasuk supervisor keperawatan. Monev sudah dilakukan sesuai dengan jadwal tindakan keperawatan, 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun. Contohnya pada salah satu tindakan yaitu pendokumentasian yang dilakukan pada bulan Maret, Juni, September dan Desember 2009.

Pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi. Kepala puskesmas menugaskan 3 perawat melaksanakan monev. Perawat sudah melakukan monev setiap 3 bulan, 6 bulan, 1 tahun sesuai dengan tindakan yang sudah diatur dalam jadwal.

Kewajiban mengikuti refleksi diskusi kasus. Refleksi diskusi kasus dilakukan 1 bulan sekali selama 1 jam. Kehadiran perawat bulan Mei 2009 berjumlah 8 orang, dan bulan Juni 2009 berjumlah 10 orang. Sanksi yang diberikan kepada perawat yang tidak hadir, berupa teguran dan pembinaan. Implementasi refleksi diskusi kasus sudah berjalan, tetapi kehadiran perawat belum sepenuhnya hadir.

Kegiatan refleksi diskusi kasus yang sudah dilakukan setiap 1 bulan sekali dan hasil pertemuan yang dilaporkan dan ditindaklanjuti oleh kepala puskesmas, dan dukungan dana yang setiap tahun selalu dianggarkan untuk mengimplementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik. Hal ini sesuai dengan wawancara berikut:

“Kalau dukungannya baguslah, kepala puskesmas sangat mendukung, dukungannya misalnya mendampingi pas ada kegiatan yang perawat lakukan, ada dukungan dana juga, seperti itu kan salah satu dukungan kepala puskesmas, kalau nggak ada dukungan nggak akan jalan seperti ini, munculnya klinik keperawatan jugakan karena adanya dukungan bahwa perawat itu ada...”(R5).

a. Keikutsertaan kepala puskesmas dalam implementasi

Kepala turun bekerja dalam pembuatan *job description*. Ia bahkan melakukan perubahan posisi perawat agar lebih cocok untuk uraian tugas tertentu. Dukungan serupa juga ditampakkan pada saat peneliti mengobservasi kegiatan refleksi diskusi kasus pada bulan Maret 2009, kepala puskesmas hadir diantara peserta. Walau tidak secara langsung ikut membahas kasus keperawatan, tetapi kepala puskesmas ikut memantau di dalam proses kegiatan refleksi diskusi. Sebagaimana hasil wawancara berikut ini:

“Ketika tim SPMKK membuat *job description* saya sebagai pengambil keputusan, seandainya perawat X ini care dibidang ini, maka saya letakan di bidang ini..”(R1).

“Setiap kegiatan refleksi diskusi kasus saya hampir selalu hadir, terkecuali kalau saya ada acara, di dalam pembahasan kasus saya tidak ikut, tapi saya intervensi keprosesnya..”(R1).

Hal ini menunjukkan bahwa dukungan kepala puskesmas terhadap pembuatan uraian tugas dan kegiatan refleksi diskusi kasus sangat tanggap yaitu dengan ikutserta dalam pengambilan kesimpulan dan memonitoring dalam proses kegiatan.

b. Dukungan dana

Puskesmas setiap tahun mengalokasikan dana untuk implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik. Hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Setiap tahun saya mengalokasikan untuk kegiatan SPMKK, tahun 2009 anggaran yang saya keluarkan Rp.11.800.000.”(R1)

Dukungan tentang dana yang dikeluarkan oleh kepala puskesmas pada tahun 2009 Rp. 11.800.000, ini digunakan dengan berbagai kegiatan dan tindakan operasional sistem pengembangan manajemen kinerja klinik, meliputi pemberian insentif kepada penanggung jawab SPMKK, untuk pembelian ATK, konsumsi untuk setiap pertemuan kegiatan seperti pada saat pelaksanaan refleksi diskusi kasus, dan untuk pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja perawat. Kepala puskesmas sangat tanggap terhadap implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik. Terlihat dari besarnya jumlah anggaran yang disediakan dalam setiap tahun.

c. Penghargaan

Penghargaan terhadap perawat yang kinerjanya baik yang diwujudkan dalam bentuk jasa pelayanan yang bertanggung jawab baik secara langsung dan tidak langsung. Tanggung jawab langsung yaitu semakin banyak perawat melakukan tindakan pelayanan, maka indeks kinerjanya akan semakin tinggi. Tanggung

jawab tidak langsung yaitu perawat yang diberi kewenangan dalam memegang jabatan tertentu seperti supervisor, maka penghargaan yang diberikan berupa insentif yang akan diterima pada setiap bulannya. Dukungan manajemen kepala puskesmas yang berhubungan dengan pengembangan dan peningkatan kinerja perawat, dapat diwujudkan dengan adanya pelatihan-pelatihan. Sebagaimana hasil wawancara berikut:

“Kita mengundang PPNI untuk membahas pentingnya asuhan keperawatan, kemudian kita mengirimkan perawat untuk mengikuti pelatihan..”(R1)

PPNI diundang untuk melakukan refresing asuhan keperawatan kepada perawat. Puskesmas mengirimkan perawat untuk mengikuti pelatihan dan seminar yang berhubungan dengan asuhan keparawatan seperti komunikasi terapeutik perawat dan pasien. Puskesmas mengikutkan perawat dalam latihan pendiagnosaan asuhan keperawatan Nanda yang diselenggarakan oleh instansi Universitas Gadjah Mada.

B. Pembahasan

1. Kinerja Perawat

Perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, cedera, dan proses penuaan. Perawat terdiri dari dua kategori yaitu perawat profesional dan perawat vokasional. PPNI menuntut otonomi perawat dengan menekankan kekhususan bidang perawatan. Perawat secara garis besar mempunyai peranan sebagai peran perawatan, peran koordinatif, peran terapeutik (PPNI, 1990 disitasi oleh Sciortino, 2008).

Menurut Sciortino (2008), lebih khusus, perawat dipercaya dengan empat macam peran. Pertama, perawat tidak lagi dididik untuk perawatan kustodial (*bed-side care*), tetapi dididik agar mampu

menjalankan peran sebagai 'organisor' dan pemberi pelayanan perawatan' di masyarakat sesuai dengan kebutuhan penduduk setempat. Tugas-tugas keperawatan yang dilakukan oleh perawat memprioritaskan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Kedua, perawat diharapkan dapat menjalankan peran sebagai 'guru' dan 'pendidik' bagi tenaga kesehatan dan penduduk. Ketiga, peran mereka sebagai 'manajer' dan 'supervisor' perawat diharapkan dapat memimpin tenaga paramedis lainnya dan kader kesehatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Keempat, peran sebagai 'peneliti' dan 'evaluator' perawat harus memonitor dan menganalisa keadaan maupun pelayanan kesehatan di kawasannya.

Kinerja perawat adalah pemberian asuhan keperawatan kepada pasien berdasarkan standar praktik profesional. Standar praktik dalam keperawatan ada lima : Pengkajian keperawatan, yaitu perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Diagnosa keperawatan, yaitu perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Perencanaan keperawatan, yaitu perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Pelaksanaan tindakan keperawatan, yaitu perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan, yaitu perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien terhadap tindakan dalam mencapai tujuan (Depkes RI, 1997).

Hasil dari penelitian terdahulu Wandrati (1999) menunjukkan ada hubungan antara prilaku, kepuasan kerja, usia, dan masa kerja dengan kinerja perawat. Ada hubungan antara sikap, perilaku, dan penampilan perawat dengan kepuasan pasien (Supangat, 2008)

Dalam rangka mewujudkan terciptanya pelayanan profesional keperawatan perlu disediakan pedoman pelaksanaan SPMKK yang mengacu pada lima komponen dasar SPMKK yaitu standar dan

indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan (Dinkes Sleman, 2008).

Di puskesmas, perawat menerapkan dan melakukan tindakan asuhan keperawatan kepada pasien berdasarkan lima komponen sistem pengembangan manajemen kinerja klinik perawat, meliputi standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan. Berikut lima komponen sistem kinerja klinik yang sudah diterapkan dan dilakukan oleh perawat:

a. Standar dan Indikator

Adanya standar yang menjadi pedoman asuhan pelayanan menjamin tindakan dan keputusan klinis yang dilakukan oleh perawat dan bidan agar dapat dipertanggungjawabkan secara profesional (Koentjoro, 2005).

Indikator kinerja perawat adalah variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu, indikator yang berfokus pada hasil asuhan keperawatan kepada pasien. Indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur kualitas dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien yang berdampak terhadap pelayanan (Dinkes Sleman, 2008).

Standar yang menjadi pedoman atau acuan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan di puskesmas, mengacu pada Instruksi Kerja (IK), atau Prosedur Tetap (Protap). Semua perawat dalam melakukan tindakan keperawatan harus melihat dan berpedoman pada IK yang sudah ditetapkan, hal ini dilakukan agar perawat terhindar dari kesalahan-kesalahan yang disebabkan oleh tindakan perawat itu sendiri, dan ini juga dapat sebagai pelindung tanggung jawab dan tanggung gugat kalau terjadi sesuatu pada pasien.

Indikator kinerja untuk perawat di puskesmas yaitu dengan menggunakan protap dan *check list* diantaranya : *check list*

monitoring dan evaluasi pendokumentasian, monitoring kegiatan refleksi diskusi kasus, monitoring rawat inap, monitoring UGD, protap mengukur suhu tubuh, perawatan luka kotor, memberi obat injeksi, memasang infus, melakukan heciting vulnus, dan membuat diagnosa keperawatan. Hasil indikator kinerja perawat pada unit klinik keperawatan. 10 komponen tindakan yang dilakukan, ada 1 komponen yang jarang dilakukan oleh perawat pada saat melakukan tindakan, yaitu membuat evaluasi tindakan sesuai dengan masalah dan tindakan yang diberikan. Dari 10 perawat, hanya 20% yang melakukan. Hasil dari indikator kinerja perawat dilaporkan kepada kepala puskesmas sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

b. Uraian tugas

Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggung jawab serta akuntabilitas setiap perawat dalam melaksanakan peran dan fungsinya. Kejelasan uraian tugas yang dimaksud dapat memandu setiap perawat untuk melaksanakan kegiatan sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan setempat. Dengan adanya uraian tugas yang jelas bagi setiap jabatan klinis akan memudahkan atasan untuk menilai kinerja perawat secara obyektif dan dapat digunakan sebagai dasar upaya promosi perawat ke jenjang yang lebih tinggi (Depkes RI, 2005).

Komponen uraian tugas untuk perawat di puskesmas berpedoman pada SPMKK dalam bentuk format F1, F2, F3 dan F4. Pada F1 menjelaskan diskripsi pelayanan kesehatan berdasarkan jenis pelayanan. Memuat tentang identifikasi area/program dan jenis pelayanan yang ada dalam pelaksanaan kegiatan organisasi. Dalam format ini setiap jenis pelayanan tidak perlu dijelaskan secara terinci, hanya dituliskan secara garis

besarnya. F2 yaitu memuat tentang identifikasi area/program, fungsi dan kegiatan yang mencerminkan keterlibatannya untuk masing-masing personil dalam kegiatan baik dalam posisi struktural maupun klinis. F3 memuat seluruh area/program, fungsi, kegiatan, standar dan indikator sama dengan format F2, ditambahkan dengan sistem dan waktu pelaksanaan monitoring sebagai langkah evaluasi pelaksanaan kegiatan. F4 merupakan diskripsi pekerjaan perorangan. Dalam format ini masing-masing personil yang terdapat dalam F2 akan mendapatkan rincian area/program, fungsi dan kegiatan sesuai dengan posisi struktural dan posisi klinisnya dalam organisasi. Format ini harus ditandatangani atasan langsung sebagai pemberi tugas dan personil yang bersangkutan sebagai penerima tugas.

Uraian tugas perawat di puskesmas disusun oleh tim yang sudah ditunjuk oleh supervisor keperawatan dan kepala puskesmas. Perawat melaksanakan tindakan pelayanan, sudah berdasarkan struktur yang ada diuraian tugas yang tertuang di dalam format F1,F2,F3 dan F4.

c. Refleksi Diskusi Kasus (RDK)

Refleksi diskusi kasus dilaksanakan dengan tujuan untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan antar peserta diskusi (Ujeng, 2007). Tindak lanjut DRK ini dapat berupa kegiatan penyusunan SOP baru sesuai dengan masalah yang ditemukan (Depkes RI, 2005). Proses diskusi sering mendapat ide dan isu yang baik, namun kemampuan mengungkapkan merupakan masalah tersendiri karena tidak cukupnya pengetahuan penunjang sehingga dapat dieksplorasi oleh pasangan kerja tapi bukan saat diskusi. Hal ini dapat dipakai sebagai suatu pendekatan klinik

personal dan adanya *trust* pasangan kerja (Teekman, 2000, disitasi oleh Kewuan, 2009).

Menurut Hennesy seperti yang disitasi oleh Ujeng (2007) Refleksi terhadap praktik merupakan alat yang berharga untuk menilai intervensi pelayanan kesehatan dan meningkatkan keterampilan mengatasi masalah. Hal tersebut merupakan alat yang berguna dan membutuhkan lingkungan yang mendukung sehingga para praktisi merasa aman dan tidak terancam ketika mereka mengeluarkan gagasan tentang praktik.

Refleksi diskusi kasus di puskesmas sudah berjalan sesuai dengan alur yang ada dan sudah dilaksanakan setiap 1 bulan sekali. Untuk melakukan pertemuan ini juga sering mengalami hambatan yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu masih adanya perawat yang tidak hadir pada saat waktu yang sudah ditentukan. Dikarenakan perawat masih sibuk melayani pasien, dan masih adanya perawat yang menempuh pendidikan, dan waktu pertemuan tidak sesuai dengan jadwal. Faktor lain yaitu masih kurangnya kesadaran dan motivasi dari perawat itu sendiri.

d. Monitoring dan Evaluasi

Holzemer dalam swanburg seperti yang disitasi oleh Geno (2007), menggambarkan evaluasi sebagai “proses deskripsi dan penilaian, dilaksanakan untuk tujuan penentuan keefektifan program dan atau memperbaiki program itu sendiri”. Dengan melakukan pengukuran kinerja individu dalam organisasi maka akan diketahui seberapa jauh seorang karyawan berpartisipasi aktif dan berprestasi dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kepada pelanggan. Hal ini menjelaskan bahwa dengan monitoring dan evaluasi yang efektif terhadap individu atau karyawan akan meningkatkan prestasi kerja dari karyawan atau individu tersebut dan pada akhirnya akan meningkatkan kinerja karyawan.

Gibson et. All, (1994) seperti yang disitasi oleh Saripawan (2007), Dengan pengawasan akan diketahui sejauhmana suatu peraturan dilaksanakan, demikian pula jika terjadi suatu penyimpangan atau kesalahan dapat segera diketahui untuk selanjutnya diadakan perbaikan atau penyempurnaan, karena pengawasan mempunyai tujuan untuk mengetahui dan memahami kenyataan sebenarnya tentang pelaksanaan pekerjaan atau kegiatan yang menjadi obyek pengawasan apakah sesuai dengan semestinya atau tidak, sebagai bahan untuk melakukan perbaikan-perbaikan diwaktu yang akan datang. Pengawasan sebagai suatu kegiatan pembinaan, bimbingan dan pengarahan oleh pengelola program terhadap pelaksana ditingkat administrasi yang lebih rendah dalam rangka memantapkan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran. (Depkes RI, 1995).

Murer & Brick, (1997) yang disitasi oleh Astika (2005), mengatakan bahwa pemantauan dan evaluasi harus dilakukan untuk memastikan telah diberikan pelayanan optimal dan kepuasan konsumen atas pelayanan yang diterima. Kepatuhan petugas pengawas melakukan pengawasan kemungkinan akan menyebabkan kepatuhan petugas terhadap standar-standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Monitoring dan evaluasi terhadap kinerja perawat di Puskesmas Mlati II terhadap 5 komponen sistem ini sudah berjalan dan dilaksanakan oleh tim monev sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan. Monitoring dilakukan dengan menggunakan protap dan *check list* sesuai dengan tindakan keperawatan dan langsung mengobservasi perawat ketika memberikan tindakan keperawatan kepada pasien. Hal ini dilakukan guna mengetahui apakah asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien sudah berjalan sesuai dengan standar. Kemudian hasil dari monev tersebut dibuat rekap dan dilaporkan

kepada kepala puskesmas sebagai bahan pertimbangan dan pengembangan kinerja perawat dimasa yang akan datang.

e. **Dokumentasi Asuhan**

Dokumentasi asuhan adalah dokumentasi hasil tindakan atau kegiatan asuhan yang dilaksanakan oleh perawat , meliputi asuhan keperawatan. Kegiatan pendokumentasian merupakan unsur pokok dalam pertanggungjawaban kinerja profesi. Tanpa dokumentasi yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan oleh seorang tenaga profesional akan tidak membawa makna baik dalam penilaian kinerja, peningkatan mutu pelayanan, dan perbaikan status kesehatan pasien sebagai tujuan utama pelayanan. Dokumentasi merupakan sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien. (Dinkes Sleman, 2008)

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Hidayat, 2002). Dokumentasi keperawatan merupakan tindakan mencatat setiap data yang didapat oleh perawat dalam sebuah dokumen yang sistematis. Proses mencatat tidak hanya menulis data pada format yang tersedia. Dokumentasi keperawatan menitikberatkan pada proses dan hasil pencatatan (Potter & Perry, 1997).

Pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat di Puskesmas Mlati II menggunakan format DAR, pengkajian, pendiagnosaan, perencanaan, tindakan dan evaluasi mengacu pada buku NANDA. Kelemahan perawat dalam melakukan pendokumentasian, yaitu perawat sering lupa untuk melakukan pendokumentasian, perawat terlalu sibuk melayani pasien

sehingga waktu untuk mengerjakan pendokumentasian terlalu sedikit. Sedangkan waktu yang dibutuhkan dalam pendokumentasian antara 5 sampai 10 menit. Pendokumentasian keperawatan yang dilakukan oleh perawat sudah berjalan sesuai dengan standar. Perawat melakukan pendokumentasian setelah selesai memberikan tindakan keperawatan kepada pasien.

2. Dukungan Manajemen Kepala Puskesmas

Memberikan dukungan, mengembangkan dan memberikan pengakuan merupakan perilaku penting yang berorientasi pada hubungan. Memberikan dukungan meliputi kisaran luas perilaku dimana seorang manajer memperlihatkan pertimbangan, penerimaan, perhatian kepada kebutuhan dan perasaan seseorang. Seorang manajer yang perhatian dan bersahabat terhadap orang-orang akan lebih mungkin memenangkan persahabatan dan kesetiaan mereka. Mengembangkan meliputi perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan yang berhubungan dengan pekerjaan dan memudahkan penyesuaian pekerjaan dan kemajuan karir seseorang. Contohnya meliputi pelatihan, pemberian nasihat dan konseling karir. Memberikan pengakuan melibatkan pemberian pujian dan memperlihatkan apresiasi terhadap orang lain atas kinerja yang efektif, keberhasilan yang signifikan dan kontribusi penting kepada organisasi. Memberikan pengakuan dapat membantu untuk menguatkan perilaku yang diinginkan, meningkatkan hubungan antar pribadi dan meningkatkan kepuasan pribadi (Yukl, 2005, disitasi oleh Kewuan, 2009).

Dukungan dan peran Kepala Puskesmas Mlati II dalam implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik Perawat yaitu keikutsertaan kepala puskesmas dalam implementasi. Kepala puskesmas turun bekerja dalam pembuatan uraian tugas. Kepala puskesmas bahkan melakukan perubahan posisi perawat agar

lebih cocok untuk uraian tugas tertentu. Dukungan serupa juga ditampakkan pada saat kegiatan refleksi diskusi kasus, kepala puskesmas hadir diantara peserta, walau tidak secara langsung ikut membahas kasus keperawatan, tetapi kepala puskesmas ikut memantau di dalam proses kegiatan refleksi diskusi kasus tersebut. Puskesmas setiap tahun mengalokasikan dana untuk SPMKK, dana ini digunakan berbagai kegiatan dan tindakan operasional sistem pengembangan manajemen kinerja klinik meliputi pemberian insentif kepada penanggung jawab SPMKK, untuk pembelian ATK, konsumsi untuk setiap pertemuan kegiatan seperti pada saat pelaksanaan refleksi diskusi kasus, dan untuk pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja perawat. Dukungan penghargaan kepada perawat yang memiliki kinerja yang baik diwujudkan dalam bentuk jasa pelayanan yaitu semakin banyak perawat melakukan tindakan pelayanan, maka indeks kinerjanya akan semakin tinggi. Tanggung jawab tidak langsung yaitu perawat yang diberi kewenangan dalam memegang jabatan tertentu seperti supervisor, maka penghargaan yang diberikan berupa insentif akan diterima pada setiap bulannya. Bentuk dukungan yang lain yaitu puskesmas mengirimkan perawat untuk mengikuti pelatihan dan seminar yang berhubungan dengan asuhan keperawatan seperti komunikasi terapeutik perawat dan pasien dan pendiagnosaan asuhan keperawatan Nanda yang diselenggarakan oleh Universitas Gadjah Mada.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

a. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Kinerja Perawat

Pelatihan dan Pembinaan SPMKK yang dilakukan tahun 2002 oleh Organisasi Kesehatan Dunia, Departemen Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, dan Tim Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik kabupaten Sleman yang meliputi lima komponen yaitu standar dan indikator, uraian tugas, refleksi diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, dan dokumentasi asuhan. Komponen ini sudah diterapkan dan dilakukan oleh semua perawat di puskesmas. Perawat dalam melaksanakan pekerjaannya sudah berpedoman pada standar IK, dan indikator pengukuran kinerja dengan menggunakan protap dan *check list* untuk semua tindakan keperawatan. Perawat sudah memiliki uraian tugasnya masing-masing pada tiap-tiap program. Perawat dalam satu bulan sekali sudah melakukan refleksi diskusi kasus. Tim monev sesuai dengan jadwal sudah melakukan monitoring dan evaluasi kepada perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Perawat sudah melakukan pendokumentasikan asuhan keperawatan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan.

a. Standar dan Indikator

Standar yang digunakan sebagai pedoman dan acuan perawat di puskesmas dalam memberikan tindakan keperawatan menggunakan instruksi kerja (IK). Perawat melakukan tindakan keperawatan masih ada yang belum sesuai dengan standar. Indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja perawat, yaitu menggunakan protap dan *check list* pada setiap tindakan keperawatan.

b. Uraian Tugas

Semua perawat sudah mempunyai uraian tugas yang sudah terstruktur tertuang di dalam F1, F2, F3, dan F4. Perawat menjalankan tugas sudah sesuai dengan tugasnya masing-masing, sehingga perawat tidak lagi bingung terhadap semua pekerjaan yang selama ini harus dikerjakan. Uraian tugas dari masing-masing perawat ini dibuat oleh tim yang sudah ditunjuk oleh supervisor keperawatan dan kepala puskesmas.

c. Refleksi Diskusi Kasus

Di puskesmas perawat sudah melakukan refleksi diskusi kasus 1 bulan sekali, sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan. Kehadiran perawat pada tahun 2007, rata-rata 69%, tahun 2008 rata-rata 92%, dan tahun 2009 rata-rata 92%. Ketidakhadiran perawat dengan berbagai alasan, yaitu perawat dapat tugas di posyandu, ada kepentingan keluarga, pergi melayat, adanya perawat yang masih menempuh pendidikan, dan adanya perawat yang sedang cuti bersalin.

d. Monitoring dan evaluasi

Monitoring dan evaluasi terhadap kinerja perawat di puskesmas sudah dilaksanakan oleh tim monev yang terdiri dari 3 orang perawat. Setiap anggota tim monev melakukan monev sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan. Anggota tim langsung memonitoring setiap orang perawat ketika melakukan tindakan keperawatan. Hasil dari monev terhadap tindakan keperawatan luka kotor dari 29 tindakan keperawatan ada 2 tindakan yang tidak dilakukan oleh perawat. Hasil dari monev tindakan mengukur suhu tubuh, dari 23 tindakan keperawatan ada 5 tindakan yang tidak dilakukan oleh perawat. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh tim monev dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

e. Dokumentasi Asuhan

Perawat sudah melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di puskesmas menggunakan format *Data Action Respon* (DAR). Diagnosa keperawatan yang digunakan adalah buku NANDA. Perawat dalam melakukan pendokumentasian masih mengalami kelemahan, yaitu perawat sering lupa untuk melakukan pendokumentasian, perawat terlalu sibuk melayani pasien sehingga waktu untuk mengerjakan pendokumentasian terlalu sedikit. Sedangkan waktu yang dibutuhkan dalam pendokumentasian antara 5 sampai 10 menit.

2. Dukungan Manajemen Kepala Puskesmas

Dukungan kepala puskesmas terhadap Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik, yaitu kepala puskesmas membuat keputusan-keputusan resmi yang mendukung kinerja klinik. Puskesmas menerima sistem ini sebagai kebutuhan dari organisasi. Puskesmas menindaklanjuti pelatihan sebagai bagian tak terpisahkan dari manajemen puskesmas. Kepala puskesmas bekerja bersama perawat yang telah dilatih untuk mengimplementasikan di lembaga mereka. Kepala puskesmas mengalokasikan dana setiap tahun untuk implementasi sistem kinerja klinik. Puskesmas memberikan penghargaan kepada perawat yang memiliki kinerja yang baik.

A. Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian, maka saran yang dapat disampaikan adalah:

1. Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman

- a. Selalu memberikan dukungan dan pendampingan terhadap perawat dalam menerapkan dan melaksanakan 5 komponen SPMKK.

- b. Standar Instruksi Kerja hendaknya diletakkan pada meja kerja perawat, agar standar tersebut mudah dibaca dan diingat oleh perawat.
 - c. Uraian tugas perawat selama ini masih dijadikan satu di dalam map, sebaiknya dicetak masing-masing sesuai perannya. Uraian tugas perlu dilakukan monitoring dan evaluasi apakah semua uraian tugas tersebut sudah dikerjakan oleh semua perawat.
 - d. Diskusi refleksi kasus yang dilaksanakan selama ini, Hendaknya dilakukan harus sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan. Perawat yang tidak hadir 2 bulan berturut-turut harus diberikan sanksi, sesuai dengan Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Kewajiban Mengikuti Refleksi Diskusi Kasus.
 - e. Hendaknya dilakukan pembenahan terutama dalam hal waktu pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap perawat. Selalu memonitoring secara teratur, berkesinambungan dan memotivasi setiap perawat dalam menerapkan lima komponen SPMKK.
 - f. Pendokumentasian asuhan keperawatan hendaknya dilakukan disemua unit pelayanan keperawatan. Supervisor keperawatan hendaknya selalu memotivasi perawat agar selalu melakukan pendokumentasian setelah selesai melakukan tindakan.
2. Dukungan Manajemen Kepala Puskesmas
- Perlunya dukungan motivasi dan pendekatan secara terus menerus oleh manajemen kepala puskesmas kepada perawat, agar hasil SPMKK dapat tercapai dengan maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Aphredite, (2008) *Tipe-tipe Pertemuan*. dalam <http://one.indoskripsi.com/click/5445/0>. diperoleh tanggal 1 April 2009.
- Astika, I. W. (2005) *Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Terhadap Pengawasan Kepala Ruangan Di Ruang Rawat Inap badan RSU Tabanan Bali*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Berwick, D. M. (2006) *Focused Operations Management for Health Services Organizations*. America : JOSSEY-BASS.
- Bethune, C. & Brown, J. B. (2007) *Residents Use of Case Based Reflection Excercises*, Canadian, Biomed Central.
- Cowden & Johnson. (2003). *A Process for Consolidation of Redundant Nursing Documentation Forms*. dalam <http://pubmedcentral.nih.gov/fprender.fcgi>, diperoleh tanggal 10 Maret 2008.
- Departemen Kesehatan RI. (1995) *Pedoman Supervisi dan Monitoring Program Perbaikan Gizi Bagi Petugas Propinsi dan Kabupaten/Kota Madya*. Bina Gizi Masyarakat Depkes RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (1997) *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Direktorat RSU dan Pendidikan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2005) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 836/Menkes/SK/VI/2005 Tentang Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat Dan Bidan*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2006) *Modul Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (PMKK) Perawat & Bidan*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI., WHO., PMPK-UGM. (2003) *Implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik Untuk Perawat Dan Bidan Di Rumah Sakit Dan Puskesmas*. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, (2007) *Profil Puskesmas Mlati II*, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

- Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, (2008) *Modul Materi Komponen Dasar SPMKK*, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Yogyakarta.
- Donabedian, A. (1982) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume II : The Criteria and Standards of Quality*, Michigan: Health Administration Press.
- Geno, J. P. (2007) *Pengaruh Efektifitas Supervisi Terhadap Kinerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. DR.W.Z. Johannes Kupang*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Haryanto, (2007) *Beberapa Puskesmas Di Kabupaten Sleman Meraih Sertifikat ISO 9001:2000*, dalam http://www.dinkes-sleman.go.id/agenda.php?id_agenda=5, diperoleh tanggal 29 April 2010.
- Henderson, P. & Johnson, M. H. (2002) *An Innovative Approach to Developing The Reflective Skill of Medical Students*, Cambridge, Biomed Central.
- Hidayat, A. A. (2001) *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Iriani, R. (2007) *Penilaian Kinerja Perawat Puskesmas Tanah Tinggi Dalam Persiapan Pengembangan Puskesmas Rawat Inap*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Jais, A. (2007) *Evaluasi Pelatihan Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat dan Bidan di Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Kewuan, N. N. (2009) *Dukungan Manajemen Terhadap Implementasi Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat dan Bidan Di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Koentjoro, T. (2005) *Pengembangan manajemen kinerja klinik (PMK) perawat dan bidan sebagai strategi dalam peningkatan mutu klinis*. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Koentjoro, T. (2007) *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Edisi 1, Andi, Yogyakarta.
- Kusnanto, H. (2005) *Pedoman Penyusunan Tesis*, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

- Notoatmodjo, S. (2002) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nursalam, (2001) *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep Dan Praktik*, Salemba Medika, Jakarta.
- Potter & Perry. (1997). *Fundamental of Nursing: Concept, Process and Practice*, Philadelphia : Mosby-Year Book Inc.
- Saripawan, Y. (2007) *Pengawasan Pelaksanaan Program Posyandu Di Kota Pontianak*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Sciortino, R. (2008) *Perawat Puskesmas Di Antara Pengobatan Dan Perawatan*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Supangat. (2008) *Analisis Kinerja Perawat dan Kepuasan Pasien Di RS. Dr. H. Ibnu Sutowo dan Puskesmas Rawat Inap Di Batu Raja Kabupaten OKU*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Swanburg, R. C. (2000) *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. EGC, Jakarta.
- Uduk, E. (2008) *Quality Assurance/Menjaga Mutu Pelayanan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Atambua Kabupaten Belu*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Ujeng, (2007) *Refleksi Diskusi Kasus dalam Implementasi Pengembangan Manajemen Kinerja Studi Kasus DI RSUD Gunung Jati Cirebon*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Wandrati, M. (1999) *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Bagian Rawat Inap di RS Telogorejo Semarang*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Wiyana, M. (2008) *Supervisi dalam Keperawatan* http://www.akpermadiun.ac.id/index.php?link=artikel_dtl.php&id=3. diperoleh tanggal 9 Apr 2009.
- Wiyono, D. (1997) *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan: Dasar-dasar Bimbingan*. Airlangga University Press, Surabaya.
- Yin, R. K. (2003) *Applications of Case Study Research*. Second Edition. London. Sage Publications.

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Untuk penelitian dengan judul : **“Monitoring dan Evaluasi Kinerja Perawat Di Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman Yogyakarta”**.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan/Jabatan :
Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta manfaat penelitian, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi subjek penelitian yang dilakukan oleh saudara Muhlisin Nalahudin dari Minat Utama Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari siapapun.

Yogyakarta,.....2010

Peneliti,

Informan,

Muhlisin Nalahudin

.....

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Montoring dan Evaluasi Kinerja Perawat Di Puskesmas Mlati II Kaupaten Sleman Yogyakarta.

A. Pengantar

1. Mengucapkan salam.
2. Memperkenalkan diri.
3. Mengucapkan terima kasih atas kesediaannya menjadi responden.

B. Penjelasan

Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara mendalam. Pada pertemuan ini diharapkan informan dapat memberikan tanggapan/pendapat atau usul seputar tentang monitoring dan evaluasi kinerja perawat yang ada di Puskesmas Mlati II Sleman Yogyakarta.

1. Informasi yang diperlukan adalah informasi mengenai monitoring dan evaluasi kinerja perawat yang ada di Puskesmas Mlati II.
2. Informasi tentang masalah tersebut semata-mata hanya untuk kepentingan penelitian dan kerahasiaan responden dijamin.
3. Informan bebas menyatakan pendapat, karena semua pendapat atau masukan dari informan tidak dinilai salah atau benar.
4. Peneliti yakin informan memiliki informasi tentang masalah yang akan disampaikan.
5. Selama wawancara dilakukan pembicaraan akan direkam pada alat perekam elektronik yang digunakan untuk membantu melengkapi catatan pewawancara.

C. Prosedur

1. Wawancara dilakukan oleh seorang pewawancara (peneliti sendiri)
2. Pewawancara memperkenalkan diri dan asistennya.
3. Pewawancara mengajukan beberapa pertanyaan untuk ditanggapi oleh informan.
4. Informan dipersilahkan memberikan tanggapan yang seluas-luasnya tanpa ada rasa takut mengungkapkan pendapatnya.
5. Semua pertanyaan dan jawaban direkam pada alat perekam yang digunakan.
6. Mengklarifikasi dan menyimpulkan hasil wawancara dihadapan responden.
7. Mengakhiri wawancara dengan mengucapkan terima kasih.

D. Pokok bahasan dalam wawancara mendalam dengan Responden di Puskesmas Mlati II (pertanyaan yang sifatnya umum), pertanyaan dapat berkembang sesuai dengan situasi :

Identitas Responden :

Nama :

Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan (lingkari salah satu)

Umur :tahun

Pendidikan terakhir :

Jenis Kepegawaian : 1. PNS 2. CPNS (lingkari salah satu)
3. Honor 4. Lainnya

Masa Kerja :tahunbulan

Jabatan :

Tanggal pengisian :
.....

**Pedoman Wawancara Mendalam dengan Kepala Puskesmas
Mlati II Kabupaten Sleman.**

1. Bagaimana dukungan manajemen kepala puskesmas terhadap implementasi SPMKK?
2. Apakah terdapat perawat yang memiliki kinerja yang baik, apakah diberi penghargaan?
3. Apabila terdapat perawat yang kinerjanya kurang baik, apakah anda melakukan upaya-upaya perbaikan atau peningkatan?
4. Apakah kinerja perawat selama ini sudah memenuhi standar keperawatan?
5. Bagaimana motivasi perawat dalam implementasi SPMKK?
6. Apakah ibu sering melakukan pertemuan bersama perawat?
7. Apakah ibu sering melakukan monitoring terhadap kinerja perawat?
8. Bagaimana cara ibu memonitoring kinerja perawat?
9. Apakah ada strategi khusus ibu dalam memonitoring kinerja perawat?
10. Apakah ibu sering melakukan evaluasi terhadap kinerja perawat?
11. Bagaimana tanggapan ibu tentang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien?
12. Menurut ibu bagaimana tanggapan pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan?
13. Apakah ada upaya ibu untuk terus meningkatkan mutu kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan?

**Pedoman Wawancara Mendalam dengan Supervisor
Keperawatan Di Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman.**

1. Bagaimana tanggapan ibu terhadap kinerja perawat di Puskesmas Mlati II ?
2. Apakah kinerja perawat selama ini sudah memenuhi standar keperawatan?
3. Apakah ibu sering melakukan monitoring terhadap kinerja perawat?
4. Bagaimana cara ibu memonitoring kinerja perawat?
5. Apakah ada strategi khusus ibu dalam memonitoring kinerja perawat?
6. Apakah ibu sering melakukan evaluasi terhadap kinerja perawat?
7. Bagaimana cara ibu melakukan evaluasi terhadap kinerja perawat?
8. Bagaimana tanggapan ibu tentang perawat dalam melakukan pendokumentasian?
9. Apakah perawat selalu melaporkan pendokumentasian asuhan keperawatan?
10. Apakah ada upaya yang dilakukan, apabila ibu merasa kurang puas terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat?
11. Apakah ibu sering mengadakan pertemuan bersama perawat?
12. Apakah ada upaya ibu untuk terus meningkatkan mutu kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan?
13. Apakah terdapat perawat yang memiliki kinerja yang baik, apakah diberi penghargaan?
14. Apabila terdapat perawat yang kinerjanya kurang baik, apakah anda melakukan upaya-upaya perbaikan atau peningkatan?

Pedoman Wawancara Mendalam dengan Perawat Di Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman

1. Bagaimana dukungan kepala puskesmas terhadap perawat dalam menerapkan SPMKK di Puskesmas Mlati II?
2. Apakah bapak/ibu mempunyai SOP atau Protap dalam memberikan asuhan keperawatan?
3. Apakah semua standar atau IK sudah dilakukan oleh perawat di Puskesmas Mlati II?
4. Apa bentuk indikator kinerja perawat yang ada di Puskesmas Mlati II?
5. Bagaimana cara perawat membuat uraian tugas F1,F2,F3 dan F4?
6. Apakah bapak/ibu sering melakukan pertemuan bersama perawat?
7. Apakah pada saat RDK kepala puskesmas juga ikut mendampingi kegiatan tersebut?
8. Apakah ada kesulitan dalam melaksanakan kegiatan RDK?
9. Bagaimana tanggapan bapak/ibu tentang monitoring dan evaluasi yang sudah diterapkan?
10. Apakah monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh tim monev sangat dibutuhkan oleh perawat? mengapa?
11. Bagaimana cara ibu melakukan pendokumentasian keperawatan?
12. Bagaimana sistem pengkajian keperawatan yang bapak/ibu lakukan terhadap pasien?
13. Bagaimana bapak/ibu mendiagnosa keperawatan terhadap pasien?
14. Bagaimana perencanaan keperawatan yang bapak/ibu lakukan terhadap pasien?

15. Bagaimana bapak/ibu dalam memberikan tindakan keperawatan terhadap pasien?
16. Bagaimana evaluasi yang bapak/ibu lakukan terhadap semua asuhan keperawatan yang sudah dilakukan?
17. Bagaimana cara bapak/ibu melaporkan pendokumentasian yang sudah dilakukan?
18. Apakah ada masalah dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan kepada pasien?
19. Apakah semua pendokumentasian keperawatan sudah dilakukan oleh perawat? apa kesulitan perawat dalam melakukan pendokumentasian?
20. Apakah ada penghargaan yang diberikan kepala puskesmas pada perawat yang kinerjanya baik? bentuknya apa?
21. Apakah ada sanksi yang diberikan oleh kepala puskesmas atau supervisor keperawatan pada perawat yang kinerjanya kurang baik?
22. Apakah ada keluhan dari pasien tentang pelayanan keperawatan yang diberikan?