



**ANALISIS PENGARUH KINERJA TENAGA KESEHATAN TERHADAP  
TINGKAT KEMATIAN PASIEN RAWAT INAP  
DI RSUD dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :	Asal :	Mediah Pembelian	Klass
<b>FEBY ERAWANTINI</b> :		<b>4 JUL 2006</b>	678.3 ERA a
<b>NIM. 022110101026k</b> :			
Pengantar :			

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2006**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah  
(SKRIPSI)**

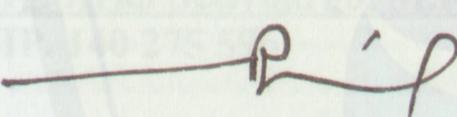
Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Guna Mencapai Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat Pada Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

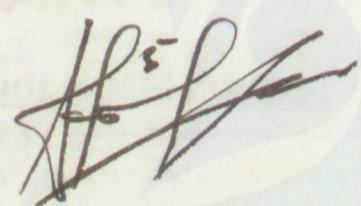
Oleh :  
**FEBY ERAWANTINI**  
022110101026

Menyetujui:

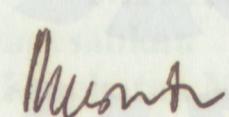
**DOSEN PEMBIMBING I**

**DOSEN PEMBIMBING II**

  
**Drg. Arief Setiyoargo, M.Kes**  
NIP. 140 275 596

  
**Abu Khoiri, S.KM**  
NIP. 132 310 224

Mengetahui  
**KABAG ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN**

  
**Nuryadi, S.KM, M.Kes**  
NIP. 132 299 104

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2006**

## PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini telah disahkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember :

Pada

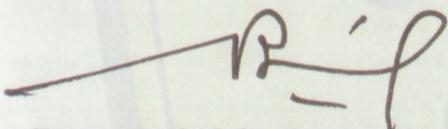
Hari : Kamis

Tanggal : 8 Juni 2006

Tempat : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

### TIM PENGUJI :

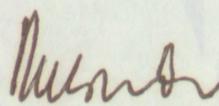
Anggota I



Drg. Arief Setiyoargo, M.Kes.

NIP. 140 275 596

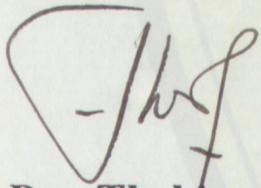
Anggota II



Nuryadi, S.KM.,M.Kes.

NIP. 132 299 104

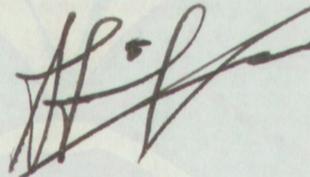
Ketua



Drs. Thohirun, MS.,MA.

NIP. 131 601 513

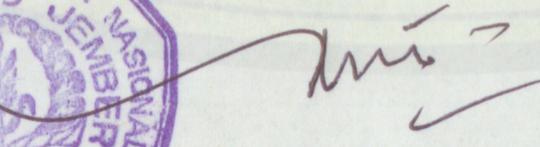
Sekretaris



Abu Khoiri, S.KM.

NIP. 132 310 224

Mengesahkan  
Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Ketua,



Prof. Dr. Murdijanto Pb, SE.,SU.

NIP. 130 350 767

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Feby Erawantini

NIM : 022110101026

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Analisis Pengaruh Kinerja Tenaga Kesehatan Terhadap Tingkat Kematian Pasien Rawat Inap di RSUD dr. Soebandi Jember dalam Rangka Meningkatkan Mutu Pelayanan” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 7 Juni 2006  
Yang menyatakan,

(Feby Erawantini)  
NIM. 022110101026

**ABSTRACT**

*Medical errors and the low quality of performance are the most conspicuous problems occurred in several countries and also in Indonesian health management. The objective of this research is to be out the effect of the performance of the health workers toward degree of the stay-cured patient mortality. The study is a kind of observational analytic research with a retrospective study. This research was conducted on February up to March 2006 that involved all of the stay-cured rooms of Soebandi general hospital in Jember. The respondences are doctors and nurses with the total numbers are 63. the samples are collected by using stratified random sampling with proportional allocation method, the numbers of doctor are 9 and 54 nurses. The result with a parsiall kendall shows that there is no effect between the performance health workers and the degree of patient mortality. with a correlation coefficient  $-0,131$ . So, it can be asumed that there is another effect that is more significant.*

**Key words:** *Performance of health worker, Health eccuipments and The degree of patient mortality, Hospital*

KATA PENGANTAR

ABSTRAK

Kesalahan Medis dan rendahnya kualitas kerja merupakan salah satu masalah yang menonjol di beberapa Negara serta manajemen kesehatan di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap. Penelitian ini merupakan penelitian Analitik Observasional dengan studi retrospektif (*retrospective study*). Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Februari sampai Maret 2006 di semua ruangan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember. Responden penelitian adalah dokter dan tenaga keperawatan dengan total responden 63. Pengambilan sampel secara *stratified random sampling* dengan metode alokasi proporsional diperoleh jumlah dokter 9 dan 54 tenaga keperawatan. Hasil analisis dengan *kendall parsiall* menunjukkan tidak ada pengaruh antara kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap dengan koefisien korelasi -0,131. Berarti ada faktor-faktor pengendali lain yang lebih berpengaruh terhadap tingkat kematian pasien.

**Kata kunci:** Kinerja tenaga kesehatan, Peralatan kesehatan dan Tingkat kematian pasien rawat inap, Rumah sakit

1. Prof. Dr. Muralianto, Ph. D., selaku Ketua Program Studi Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Nuryudi, S.KM., Kes. selaku Ketua Bagian Administrasi Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. RSUD dr. Soebandi Jember sebagai tempat penelitian
4. Dosen-dosen PSKM yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat dan semangat untukku yang tercermin dalam sinar tutur kata ( dr. Pudjo Wanjudi, MS., Drs. Thohirun, MS., MA., Abdul Ghani, MS., Rifan Zulkarnain, S.KM., M. Kes.)

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “ANALISIS PENGARUH KINERJA TENAGA KESEHATAN TERHADAP TINGKAT KEMATIAN PASIEN RAWAT INAP DI RSUD dr. SOEBANDI JEMBER.” Sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijelaskan pengaruh kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember, beserta alternatif upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan sehingga mutu pelayanan dengan pendekatan system (*input, proses* dan *outcome*) dapat menjadi lebih baik.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada **drg. Arief Setiyoarga, M.Kes.** dan **Bapak Abu Khoiri, S.KM.** selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Murdijanto, Pb. SE.SU, selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Nuryadi, S.KM.M.Kes. selaku Ketua Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. RSUD dr. Soebandi Jember sebagai tempat penelitian
4. Dosen-dosen PSKM yang telah memberikan ilmu yang Insya-Allah bermanfaat dan semangat untuk-ku yang tercermin dalam sinar wajah beserta tutur kata ( dr. Pudjo Wahjudi, MS., Drs. Thohirun, MS.,MA., Drs. Husni Abdul Ghani, MS., Elfian Zulkarnain, S.KM.,M. Kes.)

5. Kedua orang tuaku yang selalu memberikan dukungan moril dan materiil atas segala langkah-ku
6. Adik-adikku (Bidadara dan Bidadari di hatiku) yang selalu memberikan semangat serta doa yang senantiasa terpanjatkan untuk-ku
7. Pamanku di Tanggul yang sangat baik kepadaku
8. Temen-teman di DT-9 yang senantiasa memberikan semangat kepadaku
9. Serta berbagai pihak yang turut membantu hingga terselesaikannya skripsi ini

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini berguna bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Jember, 8 Juni 2006

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
ABSTRACT	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ARTI LAMBANG	xvi
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Identifikasi Masalah</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Perumusan Masalah</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Tujuan Penelitian</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Manfaat Penelitian</b>	<b>5</b>
1.5.1 Bagi peneliti	5
1.5.2 Bagi instansi yang diteliti	5
1.5.3 Bagi pembaca	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Mutu Pelayanan Kesehatan</b>	<b>6</b>
2.1.1 Definisi mutu pelayanan kesehatan	6
2.1.2 Mutu pelayanan kesehatan sebagai system	6
2.1.3 Dimensi mutu	8
2.1.4 Angka kematian diatas 48 jam atau NDR ( <i>Net Death Rate</i> )	9

<b>2.2 Pelayanan Kesehatan</b>	11
2.2.1 Definisi pelayanan kesehatan	11
2.2.2 Macam pelayanan kesehatan	12
2.2.3 Syarat pokok pelayanan kesehatan	12
<b>2.3 Rumah Sakit</b>	13
2.3.1 Definisi rumah sakit	13
2.3.2 Jenis rumah sakit	13
2.3.3 Tugas dan fungsi rumah sakit	15
<b>2.4 RSUD dr. Soebandi Jember</b>	16
2.4.1 Visi dan misi	16
2.4.2 Peran/fungsi	17
2.4.3 Fasilitas pelayanan	17
<b>2.5 Tenaga Pelayanan Kesehatan</b>	19
2.5.1 Definisi tenaga kesehatan	19
2.5.2 Jenis tenaga kesehatan	19
2.5.3 Persyaratan tenaga kesehatan	20
2.5.4 Mutu sumber daya manusia di rumah sakit	20
2.5.5 Stress kerja pada tenaga kerja	21
2.5.6 Kewajiban dokter dan perawat	22
2.5.7 Tenaga kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi	23
<b>2.6 Motivasi</b>	24
2.6.1 Definisi motivasi	24
2.6.2 Teori motivasi harapan	24
<b>2.7 Peralatan Kesehatan</b>	25
<b>2.8 Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan</b>	26
2.8.1 Definisi penilaian kinerja	26
2.8.2 Bentuk penilaian kinerja	26
2.8.3 Hal yang perlu dinilai pada karyawan rumah sakit	27

2.8.4 Kegunaan penilaian kinerja	28
<b>2.9 Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan</b>	<b>29</b>
2.9.1 Orientasi manajemen	29
2.9.2 Studi tinjauan luas	29
2.9.3 Pelaporan produktivitas dan kualitas	30
2.9.4 Pengendalian kualitas	30
2.9.5 Studi yang mendalam	30
2.9.6 Sistem kinerja/upah	30
2.9.7 Pemantauan, peninjauan dan perubahan	30
2.9.8 Motivasi/kepuasan tenaga kesehatan	30
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP PENELITIAN DAN HIPOTESIS</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Kerangka Konsep Penelitian</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Hipotesis</b>	<b>33</b>
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Jenis Penelitian</b>	<b>34</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian</b>	<b>34</b>
4.2.1 Populasi	34
4.2.2 Sampel dan besar sampel	34
4.2.3 Cara pengambilan sampel	36
<b>4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian</b>	<b>36</b>
<b>4.4 Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran</b>	<b>37</b>
<b>4.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data</b>	<b>38</b>
<b>4.6 Alur Penelitian</b>	<b>38</b>
<b>4.7 Teknik Analisis Data</b>	<b>39</b>
<b>BAB 5. HASIL PENELITIAN</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Kinerja Tenaga Kesehatan</b>	<b>40</b>
5.1.1 Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan	40

5.1.2 Jumlah pelatihan yang pernah diikuti oleh tenaga kesehatan	41
5.1.3 Tingkat lama kerja tenaga kesehatan pada pelayanan rawat inap	42
5.1.4 Absensi tenaga kesehatan pada pelayanan rawat inap	43
5.1.5 Penilaian tenaga kesehatan terhadap beban kerja yang ditanggung	44
5.1.6 Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap prosedur tetap (PROTAP)	45
5.1.7 Kerjasama antar tenaga kesehatan	46
5.1.8 Motivasi/kepuasan tenaga kesehatan	47
<b>5.2 Tingkat Kematian Pasien Pelayanan Rawat Inap di RSUD dr. Soebandi Jember</b>	<b>48</b>
<b>5.3 Penilaian Tenaga Kesehatan terhadap Peralatan kesehatan yang Tersedia</b>	<b>49</b>
<b>5.4 Pengaruh Kinerja Tenaga Kesehatan terhadap Tingkat Kematian Pasien Rawat Inap di RSUD dr. Soebandi Jember dengan Kontrol Peralatan Kesehatan</b>	<b>50</b>
<b>BAB 6. PEMBAHASAN</b>	<b>52</b>
<b>BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>57</b>
<b>7.1 Kesimpulan</b>	<b>57</b>
<b>7.2 Saran</b>	<b>57</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>58</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
1.	Angka Kematian diatas 48 Jam tahun 1999-2004 di RSUD dr. Soebandi Jember	2
4.1	Jumlah Sampel Masing-Masing Ruangan Berdasarkan Perhitungan	35
4.2	Definisi, Indikator dan Cara Pengukuran Setiap Variabel	37
4.3	Teknik dan Alat Memperoleh Data	38
5.1	Latar Belakang Pendidikan Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	40
5.2	Jumlah Pelatihan yang Pernah diikuti oleh Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	41
5.3	Tingkat Lama Kerja Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	42
5.4	Absensi Tenaga Kesehatan Tahun 2005 di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	43
5.5	Penilaian Tenaga Kesehatan terhadap Beban Kerja yang Ditanggung di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	44
5.6	Kepatuhan Tenaga Kesehatan terhadap Prosedur Tetap (PROTAP) di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	45
5.7	Hubungan Kerjasama antar Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	46
5.8	Motivasi/Kepuasan Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	47

Nomor	Judul Tabel	Halaman
5.9	Tingkat Kematian Pasien di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Tahun 2005	48
5.10	Penilaian Tenaga Kesehatan terhadap Peralatan Kesehatan yang Tersedia di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Hingga Februari 2006	49
5.11	Nilai Median Kinerja Tenaga Kesehatan, Tingkat Kematian, Peralatan Kesehatan di Tiap-Tiap Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006	50

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Mutu pelayanan Kesehatan Sebagai Sistem	7
2.2	Kerangka Konsep Penelitian	32
4	Diagram Alir Penelitian	38

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1.	PERHITUNGAN JUMLAH SAMPEL MASING-MASING RUANG PELAYANAN RAWAT INAP	60
2.	INFORM CONSENT	61
3.	KUESIONER TENAGA KESEHATAN	62
4.	KUESIONER BUKU PADA BAGIAN UMUM DAN KEPEGAWAIAN	66
5.	KUESIONER BUKU PADA REKAM MEDIK	67
6.	ANALISIS DATA DENGAN KORELASI KENDALL TAU	68



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada hakekatnya rumah sakit adalah salah satu jenis industri jasa, dalam hal ini industri jasa kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit harus patuh pada kaidah-kaidah bisnis dengan berbagai peran dan fungsi manajerialnya. Akan tetapi harus diakui bahwa pada kenyataannya “bahan baku” dari industri jasa rumah sakit adalah manusia, pengguna jasa pada industri rumah sakit adalah pasien, serta didominasi oleh tenaga profesional seperti dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, radiografer, ahli gizi dan lain-lain. Oleh karenanya rumah sakit memiliki pendekatan yang berbeda dengan industri lain pada umumnya (Aditama, 2002).

Sejalan dengan perubahan sosial, budaya masyarakat, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan serta perkembangan informasi yang demikian cepat, diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik, mengharuskan pelayanan kesehatan untuk mengembangkan diri secara terus-menerus seiring dengan perkembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Karena hal itu merupakan kebutuhan dasar yang diperlukan manusia.

“Pada 10 tahun terakhir ini mutu pelayanan kesehatan lebih terfokus pada pasien (*patien centered*) yang secara lebih rinci diterjemahkan menjadi *patien safety*” (Dwiprahasto, 2004:105). Menurut Suharjo dan Cahyono (2004) hal ini karena kesalahan medis (*medical error*) telah membunuh hampir 100.000 penduduk Amerika per tahun. Angka ini empat kali lebih besar dari kematian akibat kecelakaan lalu lintas. Hal ini tidak berbeda dengan hasil penelitian di Inggris setiap tahun, 10% dari pasien yang masuk rumah sakit terancam mengalami (*advers events*) yaitu cedera atau komplikasi yang tidak diinginkan, yang dapat berakibat timbulnya kecacatan, kematian atau perawatan yang lebih lama disebabkan oleh manajemen medis dan bukan akibat penyakit yang diderita pasien. *The Harvard Medical Practice Study, Utah and Colorado Study*, dan

*Quality in Australian Health Care Study* melaporkan hasil penelitian kejadian *advers events* didasari oleh faktor kelalaian asuhan klinis dan sebanyak 51 %-58 % dapat dicegah. *Institute of Medicine* (IOM) tahun 1999 (dalam Suparmanto, 2005) memperkirakan 44.000–98.000 pasien rawat inap meninggal karena *medical error*, dibandingkan dengan angka kematian karena AIDS (*acquired imonodeficiency syndrom*) yang 16.500 per tahun atau dibandingkan dengan 32.000 orang per tahun yang meninggal karena senjata maka perkiraan *medical error* lebih tinggi. Belakangan ini dunia kesehatan dan rumah sakit di Indonesia cukup marak dengan pemberitaan sehubungan dengan dugaan “malpraktik”. Beberapa kasus mencuat seperti: ketinggalan gunting di dalam perut, kesalahan obat, dan lain sebagainya. Sejauh ini masih banyak perbedaan pendapat tentang benar tidaknya terjadi malpraktik pada kasus-kasus yang mengemuka itu. Tanpa memandang benar atau tidak terjadi malapraktik, mutu pelayanan kesehatan tetap harus dijaga dan ditingkatkan dengan langkah yang mengarah pada perbaikan kesalahan, menonjolkan pentingnya peningkatan yang terus menerus dalam hal memberikan pelayanan kepada pasien sehingga mutu pelayanan kesehatan dapat meningkat yang ditunjukkan oleh terkendalinya angka kematian pasien.

Berdasarkan profil RSUD dr. Soebandi Jember (2004), RSUD dr. Soebandi Jember merupakan rumah sakit tipe B pendidikan yang ditetapkan menjadi rumah sakit rujukan untuk wilayah bagian timur propinsi Jawa Timur meliputi empat kabupaten sekitar Jember yaitu Banyuwangi, Bondowoso, Situbondo dan Lumajang. dengan angka kematian diatas 48 jam setelah dirawat di rumah sakit atau *Net Death Rate* (NDR) adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Angka Kematian diatas 48 Jam Tahun 1999-2004 di RSUD dr. Soebandi Jember

Tahun	Angka Kematian Diatas 48 jam NDR ( <i>Net Death Rate</i> )
1999	30,5 ‰
2000	38,9 ‰
2001	35,7 ‰
2002	34,2 ‰
2003	33,8 ‰
2004	27,44 ‰

Sumber : profil RSUD dr. Soebandi Jember (2004:1-8)

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa NDR di RSUD dr. Soebandi Jember berada diatas standar Nasional yang ditetapkan untuk NDR yaitu  $< 2,5 \%$  (Muninjaya, 1999) atau  $< 25 \%$ . Dan berada diatas standar pada Penilaian Penampilan Kerja Rumah Sakit (P2KRS) yaitu  $21 \%$ .

Indikator mutu pelayanan kesehatan yang ditunjukkan oleh NDR menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Kematian pasien pada pelayanan kesehatan, termasuk juga di rumah sakit dapat disebabkan kesalahan medis, peralatan kesehatan yang kurang memadai atau dapat juga karena kondisi pasien yang kritis, jenis penyakit yang diderita pasien, rendahnya manajemen mutu dan tuanya usia pasien sehingga menimbulkan risiko kematian yang tinggi.

Namun rendahnya produktivitas dan kualitas kerja merupakan salah satu masalah yang menonjol pada manajemen kesehatan di Indonesia. Tingkat kualitas kerja menjadi pertanyaan besar dan penelitian mengenai kualitas tenaga kesehatan sangat jarang dilakukan di Indonesia (Ilyas, 1999).

Sesungguhnya pasien yang datang untuk dirawat di rumah sakit mengharapkan agar sembuh atau status kesehatannya meningkat, bukan sebaliknya yaitu menjadi semakin buruk atau mengalami kematian. Hal ini merupakan masalah sehingga perlu diteliti hubungan kinerja tenaga kesehatan dan pengaruhnya terhadap kematian pasien rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.

## 1.2 Identifikasi Masalah

Kematian pasien pada pelayanan kesehatan khususnya RSUD dr. Soebandi Jember dapat disebabkan oleh kesalahan medis dari pihak penyedia pelayanan kesehatan (*provider*), kesalahan tersebut berupa peristiwa negatif terhadap pasien yang sedang dirawat di rumah sakit, lebih disebabkan oleh petugas kesehatan dari pada oleh kondisi pasien itu sendiri (Guwandi, 2005). Dapat juga disebabkan oleh tidak tersedia peralatan kesehatan dalam jumlah yang memadai, rendahnya peran organisasi mutu sehingga pelayanan yang diberikan kurang memperhatikan aspek efektivitas dan efisiensi, kondisi pasien yang datang dalam keadaan kritis, yaitu pasien yang datang dalam stadium akhir, akibatnya penanganan sulit dilakukan,

jenis penyakit yang diderita oleh pasien, berisiko tinggi untuk menimbulkan kematian, tuanya usia pasien sehingga sebagian besar penyakit yang diderita adalah penyakit kronis, serta faktor-faktor lain yang memungkinkan.

Tetapi bagaimanapun *provider* memegang peranan penting terhadap kondisi pasien dalam hal ini tenaga kesehatan, karena perannya yang mendominasi kegiatan medis di rumah sakit, serta intervensi pelayanan kesehatan bertujuan untuk memberikan manfaat kepada pasien, tetapi karena kompleksitasnya proses kombinasi, teknologi dan intervensi antar manusia, maka risiko terjadinya kesalahan medis tidak dapat dihindari (Guwandi, 2005:110). Apabila tenaga kesehatan memiliki kinerja yang tinggi dalam menangani pasien, maka pasien yang datang dengan berbagai kondisi dapat ditangani dengan cepat dan akan segera terselamatkan. Hal ini perlu juga didukung oleh sarana penunjang medis yang lengkap dan selalu tersedia saat dibutuhkan, tak luput juga peran dari organisasi mutu yang selalu mengawasi dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Disamping itu tenaga profesional kesehatan di rumah sakit adalah sumber daya terbaik sehingga evaluasi kinerja mereka menjadi salah satu variabel yang penting bagi efektivitas organisasi (Ilyas, 1999).

### 1.3 Perumusan Masalah

1. Bagaimanakah kinerja tenaga kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember ?
2. Bagaimanakah tingkat kematian pasien pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember ?
3. Bagaimanakah penilaian tenaga kesehatan terhadap ketersediaan peralatan kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember ?
4. Bagaimanakah pengaruh kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember ?

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui kinerja tenaga kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.
2. Mengetahui tingkat kematian pasien pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.
3. Mengetahui penilaian tenaga kesehatan terhadap ketersediaan peralatan kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.
4. Mengetahui pengaruh kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.

#### **1.5 Manfaat Penelitian**

##### **1.5.1 Bagi peneliti**

1. Memperluas wawasan Ilmu Administrasi Kebijakan Kesehatan terutama bidang Administrasi Rumah Sakit.
2. Menambah pengalaman dalam melakukan penelitian khususnya penelitian dalam bidang Administrasi Rumah Sakit.

##### **1.5.2 Bagi instansi yang diteliti**

1. Mengetahui kinerja tenaga kesehatan (dokter dan perawat) pada pelayanan rawat inap.
2. Sebagai pertimbangan dalam menentukan kebijakan terkait dengan manajemen sumber daya manusia.

##### **1.5.3 Bagi pembaca**

1. Memberikan informasi tentang kinerja tenaga kesehatan pada masing-masing ruang pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.
2. Memberikan informasi tentang tingkat kematian pasien rawat inap pada masing-masing ruang pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.
3. Memberikan informasi tentang pengaruh kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember.
4. Sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Mutu Pelayanan Kesehatan

#### 2.1.1 Definisi mutu pelayanan kesehatan

Dalam bukunya "*The Definition of Quality and Approach to its Assessment*", Avedis Donabedian (1980) mengatakan bahwa "Mutu adalah suatu sifat yang dimiliki dan merupakan suatu keputusan terhadap unit pelayanan tertentu dan bahwa pelayanan dibagi kedalam paling sedikit dua bagian: teknik dan interpersonal. Perlu dibedakan apa yang merupakan mutu atau kebaikan dalam masing-masing bagian ini. Dan mutu pelayanan kesehatan terdiri dari aplikasi ilmu kedokteran (*medical science*) dan teknologi dalam suatu cara, yang memaksimalkan manfaatnya terhadap kesehatan, tanpa menambah risikonya. Oleh karena itu, derajat mutu, pelayanan yang disediakan diharapkan memberikan keseimbangan yang paling baik antara risiko dan manfaat" (Wijono, 1999:33).

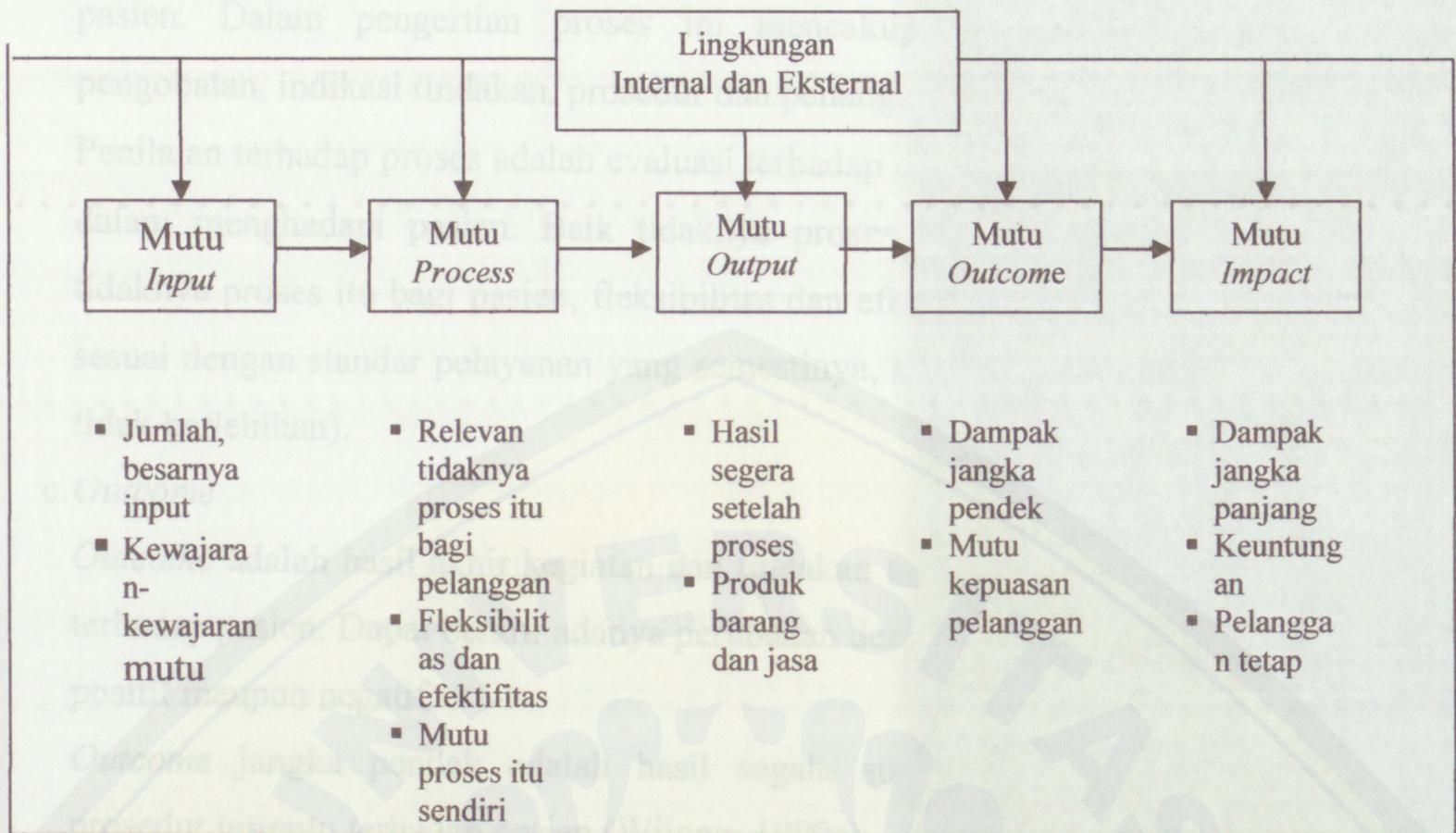
Menurut Wolper (2001:394) kualitas bagi pengurus rumah sakit adalah "Jaminan yang berkesinambungan sehingga pelayanan medis yang diberikan dalam instansi mereka memenuhi standar yang dapat diterima dan bahwa keselamatan dan kepentingan pasien menjadi prioritas tertinggi sepanjang waktu."

Mutu pelayanan kesehatan adalah "Penampilan yang pantas atau sesuai (yang berhubungan dengan standar-standar) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan dampak pada kematian, kesakitan, ketidakmampuan dan kekurangan gizi" (Milton I Roemer dan Agullar dalam Wijono, 1999a:33).

Berdasarkan ketiga pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah intervensi yang sesuai dengan standar dan diketahui aman yang merupakan aplikasi ilmu kedokteran dan teknologi dalam suatu cara yang memaksimalkan manfaatnya terhadap kesehatan.

#### 2.1.2 Mutu pelayanan kesehatan sebagai sistem

Gambaran mengenai mutu dalam sistem pelayanan kesehatan terhadap *input*, *proses*, *output*, *outcome* dan *impact* serta lingkungan yang mempengaruhi, dapat digambarkan dalam model sistem sebagai berikut :



Gambar 2.1 Mutu Pelayanan Kesehatan Sebagai Sistem

#### a. Input

*Input* meliputi sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di fasilitas kesehatan sehingga dapat diasumsikan bahwa jika *input* disuatu organisasi pelayanan kesehatan baik, kemungkinan besar mutu pelayananpun baik pula. Baik tidaknya *input* dapat diukur dari jumlah *input*, mutu *input*, besarnya anggaran dan kewajaran.

Dua asumsi telah dibuat dimana *input* dipakai sebagai indikator mutu :

- 1) Bahwa pelayanan yang baik, adalah akan lebih baik diselenggarakan apabila mutu staf lebih baik, diadakan perbaikan fasilitas fisik, keuangan dan administrasi organisasi.
- 2) Untuk mengidentifikasi mutu staf, struktur fisik dan organisasi formal harus ditekankan bahwa klasifikasi staf, struktur fisik dan organisasi formal adalah tidak disamakan dengan mutu pelayanan.

#### b. Process

Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan

pasien. Dalam pengertian proses ini mencakup pula diagnosa, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus.

Penilaian terhadap proses adalah evaluasi terhadap dokter dan profesi kesehatan dalam menghadapi pasien. Baik tidaknya proses dapat diukur dari relevan tidaknya proses itu bagi pasien, fleksibilitas dan efektif, mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya, kewajaran (tidak kurang dan tidak berlebihan).

### c. *Outcome*

*Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Dapat berarti adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan positif maupun negatif.

*Outcome* jangka pendek adalah hasil segala suatu tindakan tertentu atau prosedur tertentu terhadap pasien (Wijono, 1999a).

Pelayanan kesehatan akan bermutu tinggi apabila proses pelaksanaan pelayanan sesuai dengan prosedur. Hal ini hanya terjadi apabila mutu input (staf, peralatan kesehatan, peran manajemen mutu, keuangan dan lain-lain) adalah baik.

## 2.1.3 Dimensi mutu

### a. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien, mutu informasi yang diterima, waktu tunggu, prosedur perjanjian, fasilitas umum yang tersedia, fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, *privacy* dan pengaturan kunjungan.

### b. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait dengan dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Secara khusus atribut-atribut dari mutu penyelenggara

pelayanan kesehatan meliputi perilaku tenaga kesehatan terhadap pasien, koordinasi antar peran masing-masing interdepartemen, jumlah kontak dengan pasien, ketrampilan medis dan fasilitas kelangsungan perawatan, *follow-up*, penyuluhan pasien, hubungan pasien staf, sistem pencatatan dan penekanan riset.

Yang dimaksud dengan penyelenggara pelayanan kesehatan yaitu pihak-pihak yang bersangkutan dengan praktisi profesional yang mengelola, supervisi atau menyelenggarakan langsung dengan perawatan pasien.

c. Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan terkait dengan dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran, pembiayaan kesehatan dan kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan (Azwar, 1996 dan Wijono, 1999a).

Pelayanan kesehatan disebut bermutu bagi pengguna jasa pelayanan kesehatan khususnya pasien rawat inap apabila pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan memuaskan pihak pengguna jasa pelayanan kesehatan. Hal ini terjadi jika tenaga kesehatan bersikap ramah, selalu memenuhi kebutuhan pasien dan sering berkomunikasi dengan pasien. Bagi penyandang dana, pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila selalu menggunakan prinsip efisiensi. Kesemuanya itu tergantung mutu penyelenggara pelayanan kesehatan. Jika mutu penyelenggara pelayanan kesehatan di rumah sakit rendah maka tidak akan memberikan kepuasan kepada pasien dan pelayanan kesehatan tidak akan efisien, tetapi apabila mutu penyelenggara pelayanan kesehatan tinggi maka akan memberikan kepuasan kepada pasien dan akan lebih meningkatkan efisiensi.

#### 2.1.4 Angka kematian diatas 48 jam atau NDR (*Net Death Rate*)

Angka kematian diatas 48 jam setelah dirawat di rumah sakit untuk tiap-tiap penderita yang keluar dari rumah sakit, dan merupakan salah satu indikator mutu yang mengacu pada aspek pelayanan medis.

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jumlah\_pasien\_mati} > 48\_jam\_dirawat}{\text{Jumlah\_pasien\_keluar\_hidup\_+\_mati}} \times 100 \%$$

Nilai NDR yang masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar (Wijono, 1999b:587). Sedangkan standar NDR pada P2KRS RSUD dr. Soebandi (2004) = 21 %. NDR menggambarkan mutu penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Jika NDR di suatu rumah sakit tinggi maka mutu pelayanan kesehatan adalah buruk, tetapi apabila NDR rendah maka mutu pelayanan baik.

Penyebab kematian pasien rawat inap antara lain:

a. Kinerja tenaga kesehatan

Menurut suharjo dan cahyono (2004) Kesalahan medis telah membunuh 100.000 penduduk di Amerika per tahun. Dan penelitian yang telah dilakukan oleh *The Harvard Medical Practice Study, Utah and Colorado Study*, dan *Quality in Australian Health Care Study* menyimpulkan bahwa *advers events* didasari oleh kelalaian asuhan klinis. Serta penelitian yang telah dilakukan oleh IOM (1999) memperkirakan 44.000-98.000 pasien rawat inap meninggal karena *medical error*. Jika melihat hasil penelitian yang dilakukan di luar negeri, sebagian besar kematian pasien rawat inap disebabkan oleh kesalahan medis, berarti hal ini terkait dengan kinerja tenaga kesehatan. Proses pelaksanaan pemeriksaan diluar negeri hampir selalu menggunakan pemeriksaan biokimia atau laboratorium disamping pemeriksaan secara klinis. Sedangkan di Indonesia sebagian besar pemeriksaan dilakukan secara klinis karena berbagai keterbatasan seperti dana, tenaga dan perlengkapan sehingga kesalahan pemeriksaan jauh lebih besar.

b. Peralatan kesehatan

Peralatan kesehatan sangat mendukung terselenggaranya pelayanan medik, apabila peralatan kesehatan tidak tersedia dalam jumlah yang memadai, maka akan menghambat proses pelayanan medik dan pada akhirnya akan mempengaruhi hidup-mati pasien.

c. Jenis penyakit

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat, Kanada dan beberapa negara di Eropa (dalam Ahmad, 2005) membuktikan bahwa jenis penyakit Pneumonia merupakan penyakit dengan tingkat kematian tinggi di dunia. Sedangkan menurut Haryono (2005). Stroke menduduki urutan ketiga penyebab kematian setelah penyakit Jantung dan Kanker.

Jadi dapat disimpulkan bahwa ada beberapa jenis penyakit yang memiliki risiko kematian yang tinggi seperti Pneumoni, Jantung, Kanker dan Stroke.

d. Usia pasien

Usia pasien juga mempengaruhi tingkat kematian. Pada umumnya pasien-pasien dengan usia tua akan lebih sulit disembuhkan karena pada umumnya penyakit-penyakit yang diderita adalah penyakit kronis seperti penyakit Kanker dan Stroke.

e. Peran organisasi mutu

Organisasi mutu sangat berpengaruh terhadap mutu penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk juga dalam mengendalikan infeksi nosokomial (infeksi yang diperoleh setelah pasien berada di rumah sakit) yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap tingkat kematian pasien. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Martone dkk (1992) ditemukan 19.000 kematian disebabkan oleh infeksi nosokomial walaupun bukan penyebab satu-satunya namun infeksi nosokomial menempati peringkat setelah 10 penyebab utama kematian di Amerika Serikat.

## 2.2 Pelayanan Kesehatan

### 2.2.1 Definisi pelayanan kesehatan

Menurut Levey dan Loomba (Dalam Azwar, 1996:35) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah “Setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.”

### 2.2.2 Macam pelayanan kesehatan

#### a. Pelayanan kesehatan perseorangan

Pelayanan kesehatan yang ditandai dengan pengorganisasian yang bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi (*institution*), untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan serta sasaran utamanya adalah perseorangan dan keluarga.

#### b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang ditandai dengan pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit serta sasaran utamanya adalah kelompok dan masyarakat (Azwar, 1996).

### 2.2.3 Syarat pokok pelayanan kesehatan

#### a. Tersedia dan berkesinambungan (*continous*)

Pelayanan kesehatan yang baik adalah semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.

#### b. Dapat diterima (*acceptable*) dan wajar (*appropriate*)

Pelayanan kesehatan yang ada tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

#### c. Mudah dicapai (*acesible*)

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang lokasinya mudah dicapai, dengan demikian distribusi pelayanan kesehatan harus merata baik di kota maupun di desa.

#### d. Bermutu (*quality*)

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dipihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Jadi Pelayanan kesehatan merupakan usaha yang dilakukan sendiri atau bersama-sama dalam rangka mendukung hidup sehat. Terdiri dari pelayanan

kesehatan diselenggarakan. Rumah sakit khusus (*specilly hospital*) jika hanya satu jenis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

d. Menurut lokasi rumah sakit

Berdasarkan lokasinya rumah sakit dibedakan menjadi beberapa macam yang kesemuanya tergantung dari pembagian sistem pemerintah yang dianut. Seperti rumah sakit pusat jika lokasinya di pusat atau di ibukota negara, rumah sakit propinsi jika lokasinya di ibukota propinsi dan rumah sakit kabupaten jika lokasinya di ibukota kabupaten.

1) Rumah sakit pusat dan propinsi

Rumah sakit pusat dan propinsi dapat dikelola departemen kesehatan seperti rumah sakit dr. Cipto Mangunkusumo di Jakarta dan rumah sakit dr. Soetomo di Surabaya. Dan yang dikelola departemen lain yaitu departemen pertahanan dan keamanan, departemen pertambangan serta departemen perhubungan. Peran departemen kesehatan pada rumah sakit yang dikelola departemen lain hanya merumuskan kebijakan pokok bidang kesehatan.

2) Rumah sakit kabupaten atau rumah sakit pemerintah daerah

Berdasarkan undang-undang pokok pemerintah daerah nomor 5 Tahun 1974, rumah sakit yang berada di daerah dikelola oleh pemerintah daerah. Pengelolaan rumah sakit dalam hal pembangunan sarana, pengadaan peralatan dan ataupun penetapan tarif pelayanan. Peran dari departemen kesehatan adalah dalam bidang pembiayaan, tenaga dan obat-obatan dalam rangka menjalankan asas perbantuan (*medebewind*) dari sistem pemerintah Indonesia.

Sebagai akibat dari telah berlakunya ketentuan tentang swadana maka beberapa rumah sakit pemerintah yang dinilai telah mampu dan dibenarkan untuk mengelola pendapatan (*income*) yang diperoleh secara mandiri.

e. Berdasarkan kemampuan yang dimiliki, rumah sakit di Indonesia dibedakan menjadi lima macam yakni :

1) Rumah sakit kelas A

Rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan spesialisik dan subspecialistik. Oleh pemerintah rumah sakit kelas A telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut juga rumah sakit pusat.

2) Rumah sakit kelas B

Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan spesialisik luas dan subspecialistik terbatas. Rumah sakit kelas B didirikan di ibukota propinsi maupun di ibukota kabupaten.

3) Rumah sakit kelas C

Rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan spesialisik dasar yaitu penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kebidanan/kandungan dan kesehatan anak. Direncanakan rumah sakit kelas C didirikan disetiap ibukota kabupaten (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.

4) Rumah sakit Kelas D

Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi. Rumah sakit kelas D menampung rujukan yang berasal dari Puskesmas.

5) Rumah sakit kelas E

Rumah sakit khusus (*special hospital*) yaitu menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran (Azwar, 1996; Muninjaya, 1999).

### 2.3.3 Tugas dan fungsi rumah sakit

Tugas dan Fungsi rumah sakit berdasarkan keputusan menteri kesehatan No. 134 MENKES/SK/IV/78:1978 (dalam Muninjaya, 1999) adalah:

Tugas rumah sakit

Melaksanakan pelayanan kesehatan (*caring*), dan penyembuhan (*curing*) penderita serta pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa (*rehabilitation*).

Fungsi rumah sakit

1) Melaksanakan usaha pelayanan medik



- 2) Melaksanakan usaha rehabilitasi medik
- 3) Usaha pencegahan komplikasi penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan
- 4) Melaksanakan usaha keperawatan
- 5) Melaksanakan pendidikan dan latihan medis dan paramedis
- 6) Sistem rujukan
- 7) Sebagai tempat penelitian

Apabila rumah sakit telah menjalankan tugas dan fungsinya dengan baik, maka dapat dipastikan derajat kesehatan pasien akan meningkat dan akan memberikan kepuasan bagi pasien.

#### 2.4 RSUD dr. Soebandi Jember

RSUD dr. Soebandi Jember merupakan rumah sakit kelas B pendidikan yang telah menjadi rumah sakit swadana daerah dan ditetapkan menjadi rumah sakit pusat rujukan untuk wilayah bagian timur propinsi Jawa Timur meliputi empat kabupaten sekitar Jember yaitu Banyuwangi, Bondowoso, Situbondo, Lumajang.

##### 2.4.1 Visi dan misi

###### a. Visi

Menjadi rumah sakit yang bermutu, mandiri dan menjadi pilihan utama masyarakat.

###### b. Misi

- 1) Meyelenggarakan pelayanan rumah sakit yang bermutu, berorientasi pada kepuasan pelanggan dan menjadi pilihan utama masyarakat.
- 2) Melaksanakan fungsi rumah sakit pendidikan yang berbasis pada ilmu dan teknologi kedokteran.
- 3) Menjalin kemitraan untuk mencapai kemandirian rumah sakit.
- 4) Menjadi rumah sakit rujukan wilayah Jawa Timur bagian timur.

#### 2.4.2 Peran/fungsi

- a. Pelaksana pelayanan medis, penunjang medis dan non medis.
- b. Pelaksana pelayanan dan asuhan keperawatan.
- c. Pelaksana pelayanan rujukan.
- d. Pelaksana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.
- e. Pelaksana penelitian dan pengembangan kesehatan.

#### 2.4.3 Fasilitas pelayanan

- a. Pelayanan rawat jalan
  - 1) Poliklinik Penyakit Anak
  - 2) Poliklinik Penyakit Kandungan dan Kebidanan
  - 3) Poliklinik Penyakit Dalam
  - 4) Poliklinik Bedah (Bedah Umum, Bedah Syaraf, Urologi dan Bedah Mulut)
  - 5) Poliklinik Penyakit Mata
  - 6) Poliklinik Penyakit THT (Telinga, Hidung dan Tenggorokan)
  - 7) Poliklinik Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah
  - 8) Poliklinik Penyakit Paru
  - 9) Poliklinik Penyakit Syaraf
  - 10) Poliklinik Ortopedi
  - 11) Poliklinik Jiwa (psikiatri) dan Psikologi
  - 12) Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin
  - 13) Poliklinik Gigi dan Mulut
  - 14) Instalasi Rehabilitasi Medik
  - 15) Poliklinik Keluarga Berencana
  - 16) Poliklinik Penyakit Kanker
  - 17) Poliklinik Laktasi
  - 18) Poliklinik Hemodialisa
  - 19) Poliklinik Gizi
  - 20) Poliklinik Khusus/Unggulan
  - 21) Poliklinik Akupuntur
  - 22) Poliklinik Umum/Pegawai

## 23) Instalasi Gawat Darurat

(RSUD dr. Soebandi, 2004)

## b. Pelayanan rawat inap

- 1) Ruang Interna Wanita
- 2) Ruang Interna Pria
- 3) Ruang Anak-Anak
- 4) Ruang Bedah Wanita
- 5) Ruang Bedah Ortopedi
- 6) Ruang Bedah Khusus
- 7) Ruang THT/Mata/Stroke
- 8) Ruang Perinatologi
- 9) Ruang Kelas I
- 10) Ruang Psikiatri
- 11) Ruang Obsterti&Gyneкологи
- 12) Pavilyun Anggrek
- 13) Pavilyun Bougenvil
- 14) Pavilyun Mawar/Melati
- 15) Ruang Khemoterapi

(RSUD, dr. Soebandi, 2005)

## c. Pelayanan rawat darurat

Pelayanan di intalasi gawat darurat beroperasi selama 24 jam terdapat; kamar operasi 2 ruang, terdapat ruang triase, ruang observai, ruang post operasi (HCU) dengan kapasitas 4 tempat tidur.

## d. Pelayanan penunjang

- 1) Instalasi Radiologi
- 2) Instalasi Laboratorium Klinik
- 3) Instalasi Laboratorium Pathologi Anatomi
- 4) Instalasi Sterlisasi Sentral
- 5) Instalasi Anesthesi
- 6) Instalasi Farmasi
- 7) Instalasi Sanitasi

- 8) Instalasi Gizi
- 9) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
- 10) Instalasi Perawatan Jenazah
- 11) Instalasi Ambulance/Kereta Jenazah

(RSUD dr. Soebandi, 2004)

## 2.5 Tenaga Pelayanan Kesehatan

### 2.5.1 Definisi tenaga kesehatan

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 22 (1992) tentang kesehatan tenaga kesehatan adalah “setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.”

Jadi yang dimaksud tenaga kesehatan tidak hanya orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan tetapi juga harus memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan.

### 2.5.2 Jenis tenaga kesehatan

Menurut Peraturan Pemerintah No. 32 (1996) tentang tenaga kesehatan disebutkan bahwa jenis tenaga kesehatan, yaitu:

- a. Tenaga kesehatan terdiri dari :
  - 1) Tenaga medis
  - 2) Tenaga keperawatan
  - 3) Tenaga kefarmasian
  - 4) Tenaga kesehatan masyarakat
  - 5) Tenaga gizi
  - 6) Tenaga keterampilan fisik
  - 7) Tenaga keteknisan medis
- b. Tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi
- c. Tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan
- d. Tenaga kefarmasian meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker

- e. Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiologi kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian
- f. Tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien
- g. Tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, akupasiterapis dan terapi wicara
- h. Tenaga keteknisan medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi tranfusi dan perekam medis. (Ilyas, 1999)

### 2.5.3 Persyaratan tenaga kesehatan

- a. Tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan dibidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan.
- b. Tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah tenaga kesehatan yang bersangkutan memiliki izin dari menteri.
- c. Dikecualikan dari pemilikan izin sebagaimana dimaksud, bagi tenaga kesehatan masyarakat ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan, diatur oleh menteri.
- d. Selain izin sebagaimana dimaksud, tenaga medis dan tenaga kefarmasian lulusan dari lembaga pendidikan di luar negeri hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah yang bersangkutan melakukan adaptasi. Ketentuan lebih lanjut mengenai adaptasi, diatur oleh menteri (Wijono, 1999b).

Persyaratan tenaga kesehatan pada point (a) menjadi persyaratan mutlak yang harus dipenuhi bagi tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit. Semakin tinggi latar belakang pendidikan tenaga kesehatan, maka akan memberikan mutu pelayanan yang tinggi pula terlebih lagi bila didukung oleh seringnya pelatihan yang diikuti oleh tenaga kesehatan.

### 2.5.4 Mutu sumber daya manusia di rumah sakit

Sumber daya manusia atau tenaga kerja adalah unsur terpenting dalam institusi rumah sakit. Jika mutu tenaga kerjanya rendah maka dapat dipastikan

mutu pengelolaan dan pelayanan rumah sakit akan rendah (Djojodibroto, 2002:59).

Oleh karena itu untuk memperoleh tenaga kesehatan yang bermutu, selain selektif pada saat perekrutan, perlu upaya-upaya seperti pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

Pendidikan (*education*) berbeda dengan pelatihan (*training*). Pendidikan adalah aktivitas dimana proses belajar diarahkan kepada pekerjaan yang akan datang sedangkan pelatihan adalah aktivitas dimana proses belajar diarahkan untuk pekerjaan saat ini (Djojodibroto, 2002).

#### 2.5.5 Stress kerja pada tenaga kerja

Stress kerja adalah suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berpikir pada tenaga kerja. Penyebab stress kerja terbagi menjadi faktor dari tempat kerja dan faktor di luar tempat kerja.

Faktor dari tempat kerja antara lain:

- a. Beban kerja yang berlebihan
- b. Tekanan atau desakan waktu
- c. Kualitas supervisi yang jelek
- d. Iklim politis yang tidak aman
- e. Umpan balik tentang pelaksanaan kerja yang tidak memadai
- f. Wewenang yang tidak mencukupi untuk melaksanakan tanggung-jawab
- g. Kemenduaan peranan (*role ambiguity*)
- h. Frustrasi
- i. Konflik antar pribadi dan antar kelompok
- j. Perbedaan antara nilai-nilai perusahaan dan karyawan
- k. Berbagai bentuk perubahan

Sedangkan faktor dari luar tempat kerja antara lain:

- a. Kekuatiran finansial
- b. Masalah-masalah yang bersangkutan dengan anak
- c. Masalah-masalah fisik
- d. Masalah-masalah perkawinan (misalnya perceraian)

mutu pengelolaan dan pelayanan rumah sakit akan rendah (Djojodibroto, 2002:59).

Oleh karena itu untuk memperoleh tenaga kesehatan yang bermutu, selain selektif pada saat perekrutan, perlu upaya-upaya seperti pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

Pendidikan (*education*) berbeda dengan pelatihan (*training*). Pendidikan adalah aktivitas dimana proses belajar diarahkan kepada pekerjaan yang akan datang sedangkan pelatihan adalah aktivitas dimana proses belajar diarahkan untuk pekerjaan saat ini (Djojodibroto, 2002).

#### 2.5.5 Stress kerja pada tenaga kerja

Stress kerja adalah suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berpikir pada tenaga kerja. Penyebab stress kerja terbagi menjadi faktor dari tempat kerja dan faktor di luar tempat kerja.

Faktor dari tempat kerja antara lain:

- a. Beban kerja yang berlebihan
- b. Tekanan atau desakan waktu
- c. Kualitas supervisi yang jelek
- d. Iklim politis yang tidak aman
- e. Umpan balik tentang pelaksanaan kerja yang tidak memadai
- f. Wewenang yang tidak mencukupi untuk melaksanakan tanggung-jawab
- g. Kemenduaan peranan (*role ambiguity*)
- h. Frustrasi
- i. Konflik antar pribadi dan antar kelompok
- j. Perbedaan antara nilai-nilai perusahaan dan karyawan
- k. Berbagai bentuk perubahan

Sedangkan faktor dari luar tempat kerja antara lain:

- a. Kekuatiran finansial
- b. Masalah-masalah yang bersangkutan dengan anak
- c. Masalah-masalah phisik
- d. Masalah-masalah perkawinan (misalnya perceraian)

- e. Perubahan-perubahan yang terjadi pada tempat tinggal
- f. Masalah-masalah pribadi lainnya, seperti kematian sanak saudara (Handoko, 2001).

Beban kerja yang diluar kemampuan tenaga kerja secara langsung dirasakan dapat menyebabkan stress kerja. Di rumah sakit beban kerja terkait dengan jumlah pasien yang ditangani oleh tenaga kesehatan. Jika jumlah pasien di rumah sakit selalu banyak sedangkan jumlah tenaga kesehatan tetap, maka akan menimbulkan beban tersendiri bagi tenaga kesehatan dan pada akhirnya akan menimbulkan stress kerja.

#### 2.5.6 Kewajiban dokter dan perawat

##### a. Kewajiban dokter terhadap penderita

- 1) Setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajibannya melindungi hidup makhluk insani.
- 2) Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan penderita. Dalam hal ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, maka ia wajib merujuk penderita kepada dokter lain yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut.
- 3) Setiap dokter harus memberi kesempatan kepada penderita agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasehatnya dalam beribadat dan atau masalah lainnya.
- 4) Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal dunia.
- 5) Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas kemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya (Hanafiah dan Anwar, 1999).

##### b. Kewajiban perawat

Menurut SK Mentri Kesehatan RI No. 552/Menkes/SK/VI/1996 yaitu :

Melakukan bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan, logistik keperawatan serta etika dan mutu keperawatan (Aditama, 2002:87).

Setiap dokter dan perawat harus selalu ingat dan menjalankan kewajibannya sehingga pelayanan yang diberikan senantiasa menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan.

#### 2.5.7 Tenaga kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember

##### a. Tenaga keperawatan terdiri dari :

- 1) Ruang Interna Wanita terdiri dari 11 perawat
- 2) Ruang Interna Pria terdiri dari 10 perawat
- 3) Ruang Anak-Anak terdiri dari 9 perawat
- 4) Ruang Bedah Wanita terdiri dari 10 perawat
- 5) Ruang Bedah Ortopedi terdiri dari 8 perawat
- 6) Ruang Bedah Khusus terdiri dari 10 perawat
- 7) Ruang THT/Mata/Stroke terdiri dari 13 perawat
- 8) Ruang Perinatologi terdiri dari 9 perawat dan 2 bidan
- 9) Ruang Kelas I terdiri dari 9 perawat
- 10) Ruang Psikiatri terdiri dari 7 perawat
- 11) Ruang Obsterti&Gyneкологи terdiri dari 22 bidan
- 12) Pavilyun Anggrek terdiri dari 18 perawat
- 13) Pavilyun Bougenvil terdiri dari 9 perawat
- 14) Pavilyun Mawar/Melati terdiri dari 9 perawat
- 15) Ruang Khemoterapi terdiri dari 1 perawat

##### b. Tenaga medis terdiri dari :

- 1) Dokter spesialis kandungan sebanyak 5 orang
- 2) Dokter spesialis anak sebanyak 2 orang
- 3) Dokter spesialis penyakit dalam sebanyak 3 orang
- 4) Dokter spesialis bedah umum sebanyak 2 orang
- 5) Dokter spesialis bedah urologi sebanyak 1 orang
- 6) Dokter spesialis bedah syaraf sebanyak 1 orang
- 7) Dokter spesialis bedah ortopedi sebanyak 2 orang

8) Dokter spesialis mata sebanyak 3 orang

9) Dokter spesialis THT sebanyak 3 orang

10) Dokter di ruang syaraf sebanyak 3 orang

(RSUD dr. Soebandi, 2005)

## 2.6 Motivasi

### 2.6.1 Definisi motivasi

Motivasi adalah “daya dorong bagi seseorang untuk memberikan kontribusi yang sebesar mungkin demi keberhasilan organisasi mencapai tujuannya” (siagian, 2002:102).

Sehingga motivasi merupakan kekuatan yang mendorong tenaga kesehatan bekerja. Motivasi dapat berupa tambahan gaji, pujian atau kenaikan pangkat. Dan pada umumnya motivasi terkait dengan pemenuhan kebutuhan. Apabila kebutuhan tenaga kesehatan telah terpenuhi, maka ada kecenderungan tenaga kesehatan tersebut untuk bekerja dengan baik, atau lebih bersemangat dalam bekerja. Namun sebaliknya bila kebutuhan tenaga kesehatan tidak terpenuhi, maka tenaga kesehatan tersebut menjadi tidak bersemangat dan pekerjaan yang dilakukan menjadi lambat.

### 2.6.2 Teori motivasi harapan

Kecenderungan seseorang berperilaku tertentu tergantung pada kuatnya harapan bahwa, perilaku tersebut akan diikuti oleh keluaran tertentu dan oleh kuatnya daya tarik keluaran itu bagi orang yang bersangkutan.

Teori harapan memfokuskan analisisnya pada tiga jenis hubungan yaitu :

a. Hubungan upaya dengan kinerja

Yaitu upaya yang lebih besar berakibat pada kinerja yang makin memuaskan.

b. Hubungan kinerja dengan imbalan

Yaitu penampilan kinerja pada tingkat tertentu akan berakibat pada hasil tertentu yang diinginkan.

c. Hubungan imbalan dengan tujuan pribadi

Yaitu sejauh mana imbalan yang diterima dari organisasi memuaskan tujuan dan kebutuhan pribadi dari karyawan dan seberapa besar daya tarik imbalan tersebut bagi yang bersangkutan (Victor Vroom dalam Siagian, 2002).

Apabila rumah sakit memberikan harapan-harapan tertentu kepada tenaga kesehatan yang merupakan motivasi, akan mendorong tenaga kesehatan berupaya meraih harapan itu dengan memperbaiki bahkan meningkatkan kinerjanya dan pada akhirnya tenaga kesehatan tersebut dapat meraih harapan yang diinginkan yaitu berupa imbalan, sehingga dapat memenuhi kebutuhan pribadinya.

## 2.7 Peralatan Kesehatan

“Peralatan kesehatan adalah segala peralatan yang dibutuhkan bagi kegiatan perawatan maupun kedokteran”(Aditama, 2002:128).

Menurut UU RI No 22 (1992) tentang kesehatan, Alat kesehatan adalah “instrumen, apparatus, mesin, implan yang mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan atau untuk membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.”

Dari kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa peralatan kesehatan adalah segala peralatan yang dibutuhkan untuk kegiatan medis pada suatu institusi pelayanan kesehatan.

Peralatan kesehatan di rumah sakit harus tersedia dalam jumlah yang memadai atau sesuai dengan kebutuhan, agar penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak mengalami hambatan serta tidak terjadi pemborosan dalam penggunaannya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Angkasawati dkk (2006) yaitu “Perencanaan pengadaan peralatan dirumah sakit berdasarkan analisa kebutuhan secara klinis dengan studi kelayakan dan sesuai dengan kebijakan.”

## 2.8 Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan

### 2.8.1 Definisi penilaian kinerja

“Penilaian kinerja merupakan proses dimana organisasi berupaya memperoleh informasi yang seakurat mungkin tentang kinerja para anggotanya” (Siagian, 2002:168).

Menurut Hellriegel dan Slocum (dalam Aditama, 2002:50) penilaian prestasi kerja (*performance appraisal*) adalah “suatu proses sistematis untuk mengevaluasi kelebihan dan kekurangan setiap karyawan serta menemukan jalan untuk memperbaiki prestasi mereka.”

Jadi, penilaian kinerja merupakan suatu proses sistematis untuk mengevaluasi kelebihan dan kekurangan setiap karyawan serta menemukan jalan untuk memperbaiki prestasi mereka.

### 2.8.2 Bentuk penilaian kinerja

#### a. Metode penilaian berorientasi masa lalu

##### 1) *Rating scale*

Evaluasi subyektif yang dilakukan oleh penilai terhadap prestasi kerja karyawan dengan skala tertentu dari rendah sampai tinggi. Biasanya 1 untuk nilai yang paling rendah dan 5 nilai yang paling tinggi.

##### 2) *Checklist*

Penilai memilih kalimat-kalimat yang menggambarkan prestasi kerja dan karakteristik-karakteristik karyawan.

##### 3) Metode peristiwa kritis (*critical incident method*)

Metode penilaian yang didasarkan pada catatan-catatan penilai yang menggambarkan perilaku karyawan sangat baik atau sangat jelek dalam keikutsertaannya dengan pelaksanaan kerja.

##### 4) Metode penilaian lapangan (*field review method*)

Penilaian dilakukan oleh wakil ahli departemen personalia turun kelapangan dan membantu para penyelia dalam penilaian mereka.

5) Tes dan observasi prestasi kerja

Bila jumlah pekerjaan terbatas, penilaian prestasi kerja bisa didasarkan pada tes pengetahuan dan keterampilan, tes mungkin tertulis atau peragaan keterampilan. Agar berguna tes harus reliabel dan valid.

6) Metode evaluasi kelompok

a) Metode ranking

Penilai membandingkan karyawan yang satu dengan karyawan yang lain untuk menentukan siapa yang lebih baik.

b) *Grading* atau *forced distributions*

Pada metode ini penilai memisah-misahkan atau menyortir para karyawan ke dalam berbagai klasifikasi yang berbeda.

c) *Point Allocation method*

Metode ini merupakan bentuk lain, metode *grading* penilai memberikan sejumlah total untuk dialokasikan diantara para karyawan dalam kelompok.

b. Metode penilaian berorientasi masa depan

1) Penilaian diri (*self-appraisals*)

Karyawan disuruh menilai sendiri kinerjanya.

2) Penilaian psikologis (*psychological appraisals*)

Biasanya dilakukan oleh psikolog dengan cara wawancara mendalam, tes tes psikologi, diskusi dengan atasan langsung review evaluasi lainnya (Handoko, 2001).

### 2.8.3 Hal yang perlu dinilai pada karyawan rumah sakit

Menurut Willan JA (dalam Aditama, 2002:53) hal yang perlu dinilai pada karyawan rumah sakit meliputi :

- a. Pengetahuan tentang pekerjaan.
- b. Produktivitas.
- c. Kemampuan menyelesaikan tugas.
- d. Perilaku dalam pekerjaan.
- e. Kemampuan mengambil keputusan/tindakan.

f. Hubungan kerja sama dengan orang lain.

Penilaian juga sering dilakukan pada beragam ciri seperti ambisi, karakter, kerja sama, tanggung jawab, kehadiran dan ketepatan waktu (Wolper, 2001).

Menurut Ilyas (1999:102) data personal yang biasanya dikumpulkan dalam penilaian prestasi kerja adalah bolos, kelambanan, lama kerja, pelatihan yang diikuti, dan insiden kritis.

Dari ketiga teori di atas dapat dikombinasikan penilaian kinerja tenaga kesehatan serta beberapa hal yang dianggap perlu yaitu dengan memperhatikan aspek:

- a. Pengetahuan tentang pekerjaan
- b. Pelatihan yang pernah diikuti
- c. Lama kerja
- d. Kehadiran
- e. Beban kerja
- f. Kepatuhan terhadap (Prosedur Tetap) PROTAP atau (Pedoman Diagnosa Terapi) PDT
- g. Kerja sama dengan orang lain
- h. Motivasi

#### 2.8.4 Kegunaan penilaian kinerja

- a. Sebagai alat untuk memperbaiki kinerja para karyawan.
- b. Sebagai instrument dalam melakukan penyesuaian imbalan yang diberikan oleh organisasi kepada para karyawannya.
- c. Membantu manajemen sumber daya manusia untuk mengambil keputusan dalam mutasi karyawan.
- d. Sebagai salah satu sumber informasi untuk perencanaan dan penyelenggaraan kegiatan pelatihan.
- e. Sebagai bahan untuk membantu karyawan melakukan perencanaan dan pengembangan karier.
- f. Sebagai alat untuk mengkaji kegiatan pengadaan tenaga kerja, terutama yang diarahkan pada kemungkinan terjadinya kelemahan didalamnya.

- g. Mempelajari apakah terjadi ketidaktepatan dalam sistem informasi sumber daya manusia.
- h. Mempersiapkan organisasi dan seluruh komponennya menghadapi berbagai tantangan yang mungkin akan dihadapi dimasa depan.
- i. Untuk melihat, apakah terdapat kesalahan dalam rancang bangun pekerjaan.
- j. Sebagai bahan umpan balik bagi manajemen sumber daya manusia, bagi para atasan langsung, dan bagi para karyawan sendiri (Siagian, 2002).

## 2.9 Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Tenaga Kesehatan

### 2.9.1 Orientasi manajemen

Pertama-tama, suatu kerangka kerja filosofis harus ditetapkan, dan kemudian pada gilirannya menentukan mengapa peningkatan produktivitas itu perlu dan manfaat apa yang diharapkan. Orientasi manajemen paling sedikit mempunyai dua tingkatan-manajer atau penyelia departemen individual dan atasan atau pimpinan manajer (dan manajemen puncak).

Serangkaian tujuan selanjutnya harus ditetapkan. Tujuan-tujuan ini harus dihubungkan dengan manfaat yang diharapkan didalam suatu periode waktu tertentu. Tujuan juga harus menyebutkan tanggung jawab manajemen puncak dan tengah serta komitmen dan dukungan yang diberikannya.

### 2.9.2 Studi tinjauan luas

Studi tinjauan luas memberikan tiga keluaran yaitu :

- a. Analisa penyusunan staf
  1. Menggunakan data beban kerja kotor dan standar produktivitas yang sudah ditetapkan sebelumnya untuk menentukan kebutuhan staf total dibandingkan dengan staf yang ada.
- b. Survei kualitas
  1. Mengukur kerja relatif terhadap kualitas. Hal ini penting untuk menjamin bahwa produktivitas yang meningkat tidak mempunyai dampak negatif terhadap kualitas.

c. Tinjauan system dan manajemen

Mengidentifikasi dan menganalisa masalah-masalah yang melibatkan struktur manajemen departemen dan sistem, metode dan prosedur untuk melakukan kerja.

### 2.9.3 Pelaporan produktivitas dan kualitas

Sistem pelaporan produktivitas yang efektif harus menghasilkan sebuah laporan yang tepat waktu berkesinambungan paling sedikit bulanan terhadap produktivitas tiap-tiap departemen dan suatu perbandingan produktivitas terhadap waktu untuk memperlihatkan kecenderungan.

### 2.9.4 Pengendalian kualitas

Sistem pengendalian kualitas, penilaian variabel-variabel operasional dilakukan dengan membandingkan dengan nilai standard kualitas atau paling sedikit dengan nilai kualitas yang telah ditetapkan sebelumnya. Tujuan sistem pengendalian kualitas adalah untuk memberikan jaminan bahwa standar pelayanan tetap dipertahankan.

### 2.9.5 Studi yang mendalam

Studi yang mendalam diarahkan untuk masalah spesifik seperti organisasi, penjadwalan, kepegawaian, pasien, alur dan penanganan informasi, perbaikan metode, pergerakan pasien/material dan tata letak serta peralatan.

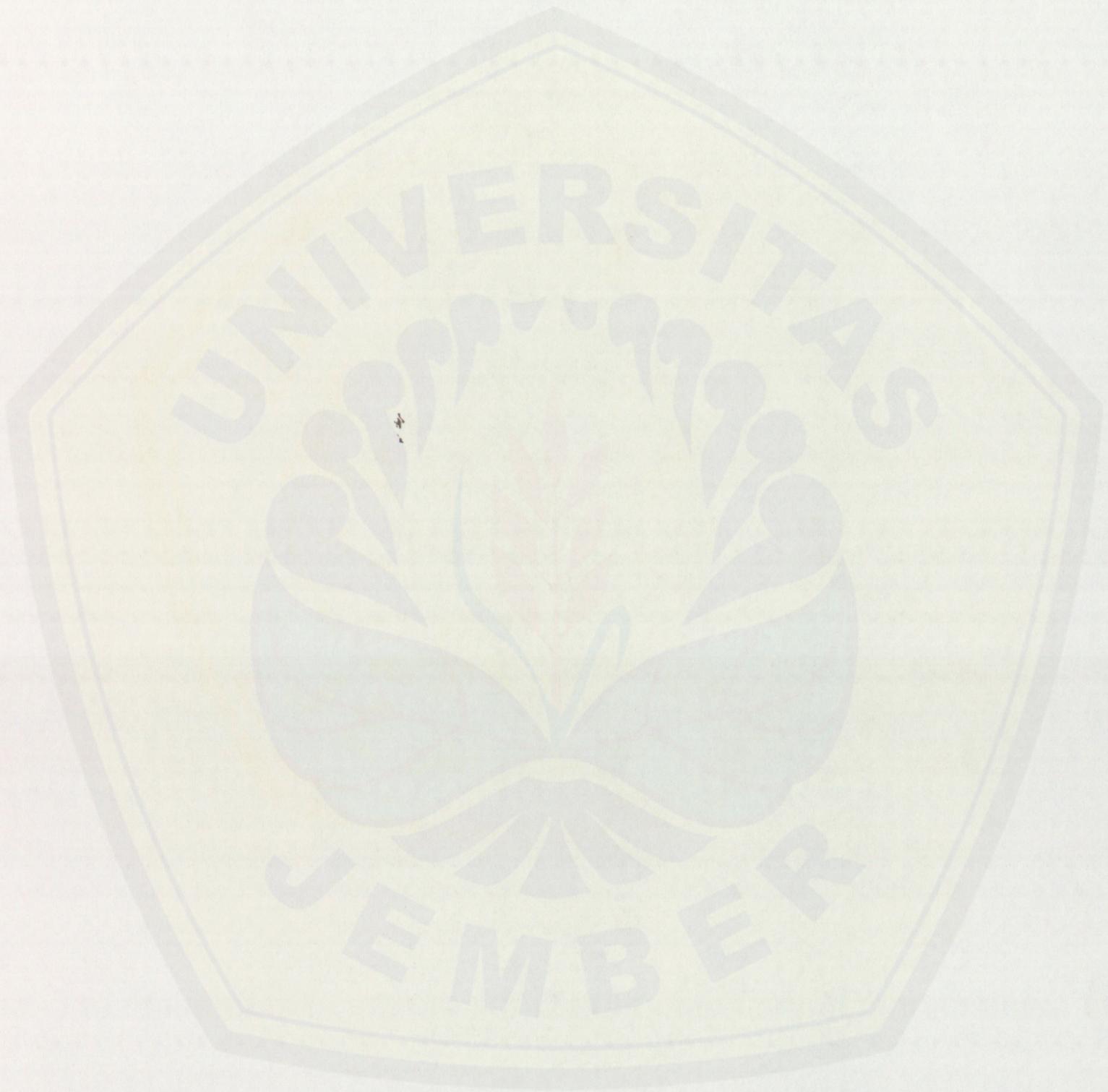
### 2.9.6 Sistem kinerja/upah

Mendasari seluruh proses pengolahan peningkatan produktivitas adalah kesadaran bahwa penghargaan pada akhirnya harus berasal dari kinerja yang meningkat.

### 2.9.7 Pemantauan, peninjauan dan perubahan

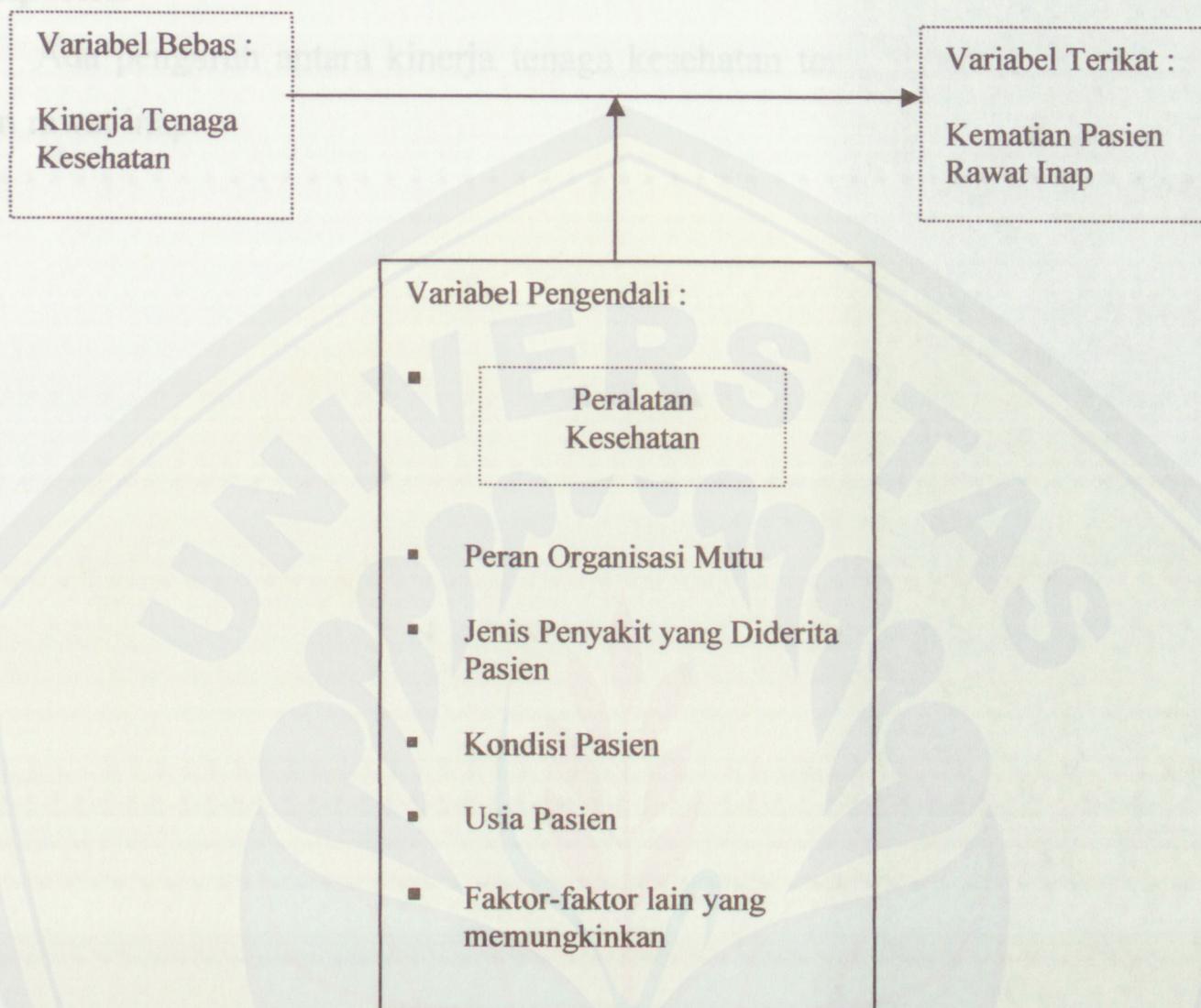
Apabila produktivitas atau kualitas berada di bawah kinerja yang diharapkan, maka hal ini harus diselidiki. Apabila berada diatas kinerja yang

diharapkan hal ini juga harus diperiksa, mungkin penggunaan prosedur layanan atau peralatan baru. Dengan demikian pembaharuan program pengendalian produktivitas atau kualitas (Wolper, 2001).



**BAB 3. KERANGKA KONSEP PENELITIAN DAN HIPOTESIS**

**3.1 Kerangka Konsep Penelitian**



Keterangan :  Variabel yang diteliti

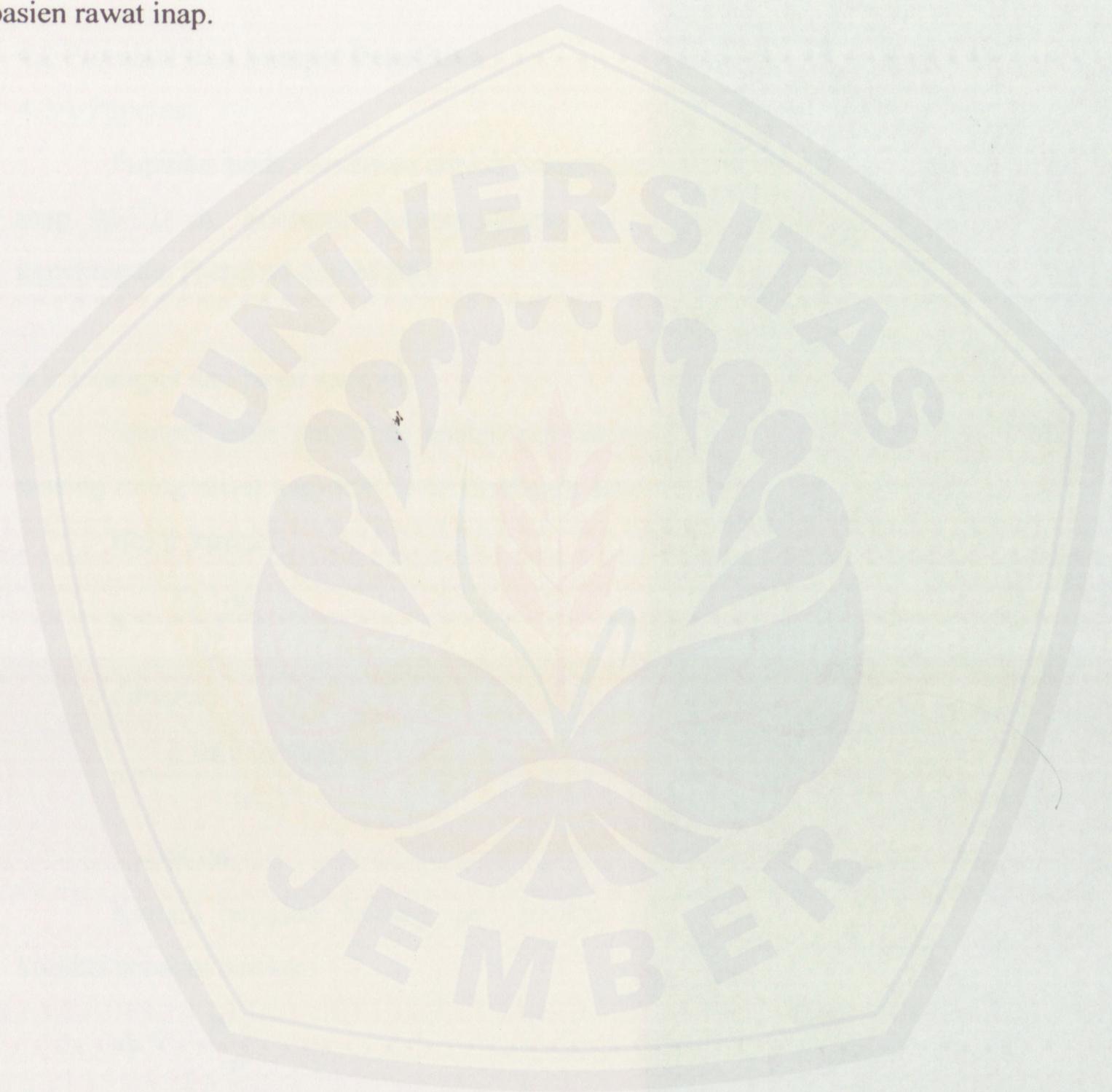
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kematian pasien rawat inap disebabkan oleh kinerja tenaga kesehatan yang rendah, kurangnya peralatan kesehatan yang tersedia, rendahnya peran organisasi mutu, jenis penyakit yang diderita oleh pasien yang berisiko tinggi menimbulkan kematian, kondisi pasien yang parah, tuanya usia pasien, serta faktor-faktor lain yang memungkinkan. Tetapi penyebab utama kematian pasien rawat inap adalah kinerja tenaga kesehatan yang rendah sedangkan penyebab-

sedangkan penyebab-penyebab lain hanya mendukung kejadian kematian pasien rawat inap. Sehingga faktor-faktor penyebab tersebut sebagai variabel pengendali.

### 3.2 Hipotesis

Ada pengaruh antara kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap.



## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Jenis Penelitian

Penelitian berjenis Analitik Observasional dengan studi retrospektif (*retrospective study*).

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian adalah tenaga kesehatan di seluruh ruangan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember dalam hal ini tenaga dokter dan tenaga keperawatan (perawat dan bidan).

#### 4.2.2 Sampel dan besar sampel

Sampel pada penelitian adalah perwakilan tenaga kesehatan di masing-masing ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember.

Besar sampel

$$n = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

dimana:

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,1)^2} \\ &= 96,04 \end{aligned}$$

Karena populasi kurang dari 10.000, maka rumus tersebut dilakukan koreksi sebagai berikut:

$$\begin{aligned} nk &= \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \\ &= \frac{96,04}{1 + \frac{96,04}{182}} \\ &= 62,87 \\ &= 63 \end{aligned}$$

Keterangan:

$N$  = besar populasi

$N$  = besar sampel

$p$  = proporsi variabel yang dikehendaki.

karena tidak diketahui maka diambil proporsi terbesar, yaitu 50% (0,5)

$q = (1-p)$

$= 1-0,5$

$= 0,5$

(Budiarto, 2003:48)

$Z$  = simpangan rata-rata distribusi

normal standar pada derajat

kemaknaan 95 % yaitu 1,96

= kesalahan sampling yang masih

dapat ditoleransi, yaitu 10 %

$n_k$ =besarnya sampel setelah dikoreksi

Sedangkan besar sampel di masing-masing ruangan dapat dilihat pada Tabel 4.1

Tabel 4.1 Jumlah Sampel Masing-Masing Ruangan

Ruang	Jumlah Sampel	
	Dokter	Perawat
Interna	1	7
Anak /Perinatologi	1	7
Bedah Wanita/Khusus	1	7
Bedah Ortopedi	1	3
THT/Mata/Stroke	3	4
Obsgyn	1	8
Kelas 1	0	3
Psikiatri	1	2
Pavilyun Anggrek	0	6
Pavilyun Bougenvil	0	3
Pavilyun Mawar/Melati	0	3
Khemoterapi	0	1
$\Sigma$	9	54

Catatan: Berdasarkan fungsinya, dokter spesialis di rumah sakit dr. Subandi Jember sebagai staf medis fungsional tidak bertugas pada satu ruangan tetapi di ruangan-ruangan yang membutuhkan penanganannya, sehingga apabila dokter tersebut telah menjadi responden pada suatu ruangan, maka tidak diperkenankan untuk menjadi responden di ruangan yang lain. Dokter spesialis akan menjadi responden pada ruangan tertentu berdasarkan tanggung jawab dokter tersebut bekerja. Sehingga jumlah total responden adalah 63.

Perhitungan Tabel 4.1 dapat dilihat pada Lampiran 1.

#### 4.2.3 Cara pengambilan sampel

Karena populasi bersifat heterogen dan akan dibagi menjadi sub populasi berdasarkan strata pendidikan tenaga kesehatan pada setiap ruangan yang bersifat homogen, sehingga teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah "*stratified random sampling*" dengan metode alokasi proporsional.

#### 4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di seluruh ruangan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, meliputi Ruang Interna Wanita dan Interna Pria, Ruang Anak-Anak dan Perinatologi, Ruang Bedah Wanita dan Bedah Khusus, Bedah Ortopedi, Ruang THT/Mata/Stroke, Ruang Obsgyn, Ruang Kelas I, Ruang Psikiatri, Pavilyun Anggrek, Pavilyun Bougenvil, Pavilyun Mawar/Melati, Ruang Khemoterapi. Sedangkan penelitian akan dilaksanakan pada bulan Februari sampai Maret 2006.



#### 4.4 Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

Tabel 4.2 Definisi, Indikator dan Cara Pengukuran Setiap Variabel

Variabel	Definisi	Indikator	Cara Pengukuran
Kinerja	Kemampuan dan motivasi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan prosedur.	1) Latar Belakang pendidikan	Baik : Nilai median $\geq 30$
		2) Pelatihan yang pernah diikuti.	
		3) Lama kerja.	Sedang : Nilai median 20-29
		4) Absensi dalam satu tahun.	
		5) Beban Kerja.	Kurang : Nilai median 10-19
		6) Kepatuhan terhadap PROTAP.	
		7) Kerja sama antar tenaga kesehatan.	
		8) Motivasi/kepuasan bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya	Buruk : Nilai median $< 10$
Kematian pasien rawat inap	Pasien yang mati diatas 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.	Pasien yang mati diatas 48 jam pada masing-masing ruangan pelayanan rawat inap.	Baik : Nilai median $\geq 4$
			Sedang : Nilai median 3
			Kurang : Nilai median 2
			Buruk : Nilai median 1
Peralatan kesehatan	Peralatan medis yang mendukung tindakan medis di rumah sakit berupa barang habis pakai dan barang yang tahan lama.	Penilaian tenaga kesehatan terhadap ketersediaan peralatan kesehatan.	Baik : Nilai median 4
			Sedang : Nilai median 3
			Kurang : Nilai median 2
			Buruk : Nilai median 1

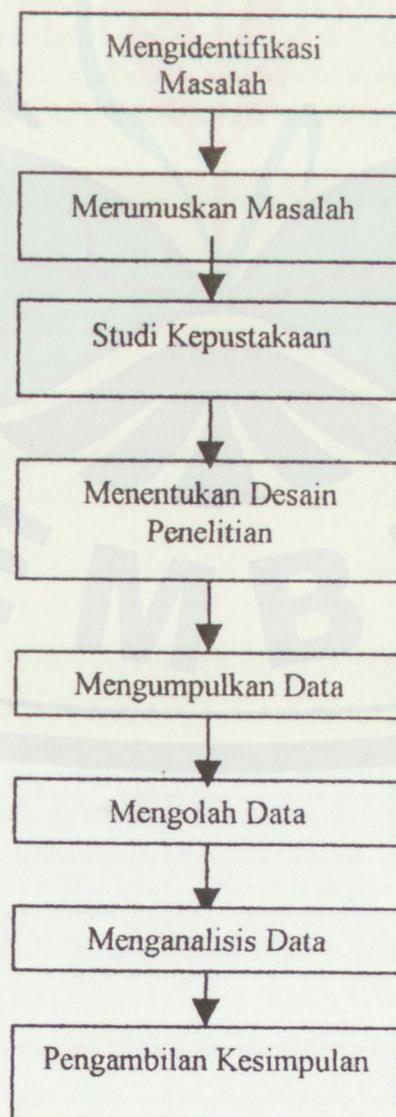
#### 4.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Teknik dan alat memperoleh data dapat dilihat pada Tabel 4.3

Tabel 4.3 Teknik dan Alat memperoleh Data

Data	Teknik perolehan data	Alat perolehan data
Pelatihan yang pernah diikuti	Wawancara	Pedoman Kuesioner
Pendidikan terakhir	Wawancara	Pedoman Kuesioner
Lama kerja	Wawancara	Pedoman Kuesioner
Kehadiran dalam satu tahun	Wawancara Buku	Dokumen Presensi Tahun 2005
Penilaian beban kerja bagi karyawan	Wawancara	Pedoman Kuesioner
Kepatuhan terhadap PROTAP Kerja sama antar tenaga kesehatan	Wawancara	Pedoman Kuesioner
Motivasi atau kepuasan tenaga kesehatan	Wawancara	Pedoman Kuesioner
Kematian pasien rawat inap	Wawancara Buku	Dokumen Laporan Tahunan 2005
Penilaian tenaga kesehatan terhadap peralatan yang tersedia	Wawancara	Pedoman Kuesioner

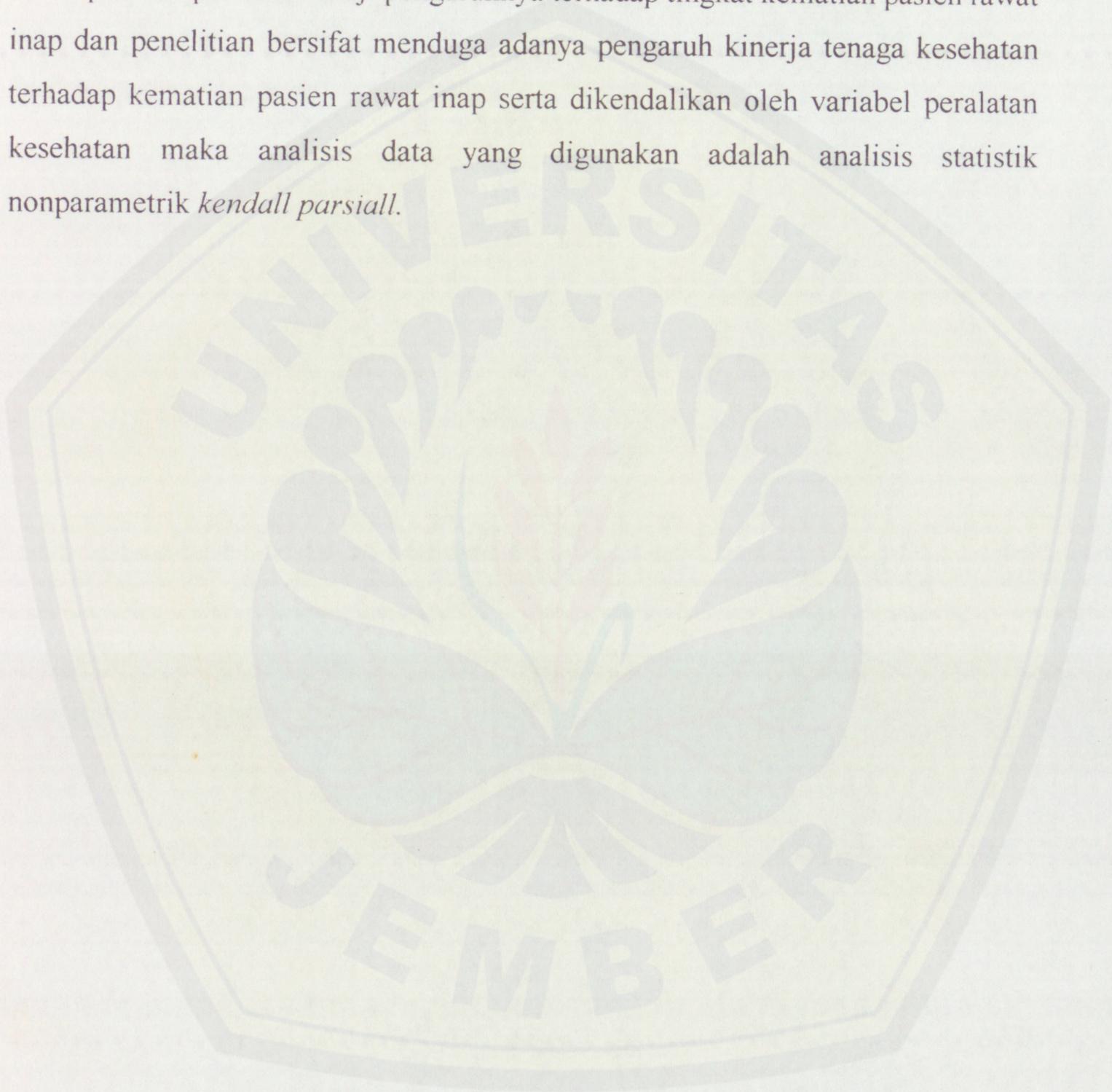
#### 4.6 Alur Penelitian



Gambar 4. Diagram Penelitian

#### 4.7 Teknik Analisis Data

Jenis data yang diperoleh berupa data ordinal dari masing-masing indikator variabel kinerja tenaga kesehatan, setelah diperoleh nilai kinerja sampel pada kelompok sampel, kemudian mencari median kinerja pada masing-masing kelompok sampel untuk diuji pengaruhnya terhadap tingkat kematian pasien rawat inap dan penelitian bersifat menduga adanya pengaruh kinerja tenaga kesehatan terhadap kematian pasien rawat inap serta dikendalikan oleh variabel peralatan kesehatan maka analisis data yang digunakan adalah analisis statistik nonparametrik *kendall parsiall*.



## BAB 5. HASIL PENELITIAN

## 5.1 Kinerja Tenaga Kesehatan

## 5.1.1 Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan

Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan di masing-masing ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada Tabel 5.1

Tabel 5.1 Latar Belakang Pendidikan Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006

Ruang	Latar Belakang Pendidikan									
	SPK/Sede rajat		DIII AKPER/AK BID		Dokter Umum/Dokter Gigi		Dokter Spesialis		Dokter Subspesialis	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Interna	1	12,5	6	75	0	0	1	12,5	0	0
Anak/Perinatologi	2	28,6	4	57,1	0	0	1	14,3	0	0
Bedah	0	0	7	87,5	0	0	1	12,5	0	0
Wanita/Khusus							1	14,3	4	57,1
Bedah Ortopedi	0	0	3	75	0	0	1	25	0	0
THT/Mata/Stroke	0	0	4	57,1	0	0	3	42,9	0	0
Obstetri									4	44,4
Obstetri dan Gyn	2	22,2	6	66,6	0	0	1	11,1	0	0
Psikiatri	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3	0	0
Kelas I	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0
Anggrek	2	33,3	4	66,7	0	0	0	0	0	0
Pavilyun Mawar/Melati	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0
Pavilyun Bougenvil	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0
Khemoterapi	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
$\Sigma$		129,9		918,3		0		151,6		0

Sumber data primer:2006

Dari Tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar tenaga kesehatan diseluruh ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, berpendidikan DIII AKPER/AKBID.

### 5.1.5 Penilaian tenaga kesehatan terhadap beban kerja yang ditanggung

Penilaian Tenaga Kesehatan terhadap beban kerja yang ditanggung pada masing-masing ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada Tabel 5.5

Tabel 5.5 Penilaian Tenaga Kesehatan terhadap Beban Kerja yang Ditanggung di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006

Ruang	Pendapat Responden terhadap Beban Kerja									
	Sangat Memberatkan		Memberatkan		Sedang		Tidak Memberatkan		Sangat Tidak Memberatkan	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Interna	0	0	3	37,5	4	50	1	12,5	0	0
Anak/Perinatologi	1	14,3	0	0	6	85,7	0	0	0	0
Bedah	2	25	4	50	2	25	0	0	0	0
Wanita/Khusus										
Bedah Ortopedi	1	25	1	25	1	25	1	25	0	0
THT/Mata/Stroke	1	14,3	3	42,9	1	14,3	2	28,6	0	0
Obsgyn	0	0	0	0	5	55,6	4	44,4	0	0
Psikiatri	0	0	0	0	2	66,7	1	33,7	0	0
Kelas I	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Anggrek	1	16,7	3	50	2	33,3	0	0	0	0
Pavilyun										
Mawar/Melati										
Pavilyun Bougenvil	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0
Khemoterapi	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
$\Sigma$		95,3		238,7		655,6		177,5		33,3

Sumber data primer:2006

Berdasarkan Tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar tenaga kesehatan dari seluruh ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, mengaggap beban kerja yang di tanggung adalah sedang.

### 5.1.6 Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap prosedur tetap (PROTAP)

Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap PROTAP pada masing-masing ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada Tabel 5.6.6 Kepatuhan Tenaga Kesehatan terhadap Prosedur Tetap (PROTAP) di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006

Ruang	Pendapat Responden terhadap PROTAP									
	Tidak Mengetahui		Mengetahui tetapi Tidak Menggunakan dalam Diagnosa Terapi		Mengetahui tetapi Jarang Menggunakan dalam Diagnosa Terapi		Mengetahui dan Sering Menggunakan dalam Diagnosa Terapi		Mengetahui dan Selalu Menggunakan dalam Diagnosa Terapi	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Interna	0	0	0	0	2	25	1	12,5	5	62,5
Anak/Perinatologi	0	0	0	0	1	14,3	0	0	6	85,7
Bedah Wanita/Khusus Bedah Ortopedi	0	0	0	0	1	12,5	5	62,5	2	25
THT/Mata/Stroke	0	0	0	0	0	0	0	0	7	100
Obsgyn	0	0	0	0	1	11,1	1	11,1	7	77,8
Psikiatri	0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7
Kelas I	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
Anggrek	0	0	0	0	2	33,3	4	66,7	0	0
Pavilyun Mawar/Melati	0	0	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0
Pavilyun Bougenvil	0	0	0	0	0	0	2	66,7	1	33,3
Khemoterapi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
$\Sigma$		0		0		162,9		286,1		726

Sumber data primer:2006

Dari Tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar tenaga kesehatan dari seluruh ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, telah mengetahui dan selalu menggunakan PROTAP dalam diagnosa terapi.

### 5.1.7 Kerjasama antar tenaga kesehatan

Kerjasama tenaga kesehatan dengan tenaga kesehatan yang lain di masing-masing ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada Tabel 5.7

Tabel 5.7 Hubungan Kerjasama antar Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006

Ruang	Hubungan Responden dengan Tenaga Kesehatan Lain									
	Tidak Pernah Bekerjasama		Jarang Bekerjasama		Sering Bekerjasama		Selalu Bekerjasama		Selalu Bekerjasama dengan Baik	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Interna	0	0	0	0	2	25	3	37,5	3	37,5
Anak/Perinatologi	0	0	0	0	0	0	1	14,3	6	85,7
Bedah Wanita/Khusus	0	0	0	0	0	0	5	62,5	3	37,5
Bedah Ortopedi	0	0	0	0	1	25	2	50	1	25
THT/Mata/Stroke	0	0	0	0	3	42,9	1	14,3	3	42,9
Obsgyn	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100
Psikiatri	0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7
Kelas I	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Anggrek	0	0	0	0	3	50	0	0	3	50
Pavilyun Mawar/Melati	0	0	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0
Pavilyun Bougenvil	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0
Khemoterapi	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
$\Sigma$	0	0	0	0	276,2	276,2	445,2	445,2	478,6	478,6

Sumber data primer:2006

Dari Tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar tenaga kesehatan di seluruh ruang pelayanan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, selalu bekerja sama dengan baik dengan tenaga kesehatan yang lain.

### 5.1.8 Motivasi/kepuasan tenaga kesehatan

Motivasi/kepuasan tenaga kesehatan di masing-masing ruang rawat inap, terkait dengan imbalan yang diberikan oleh Pemerintah/RSUD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada Tabel 5.8

Tabel 5.8 Motivasi/Kepuasan Tenaga Kesehatan di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006

Ruang	Penilaian Responden Terhadap Imbalan yang Diterima									
	Sangat Tidak Puas		Tidak Puas		Sedang		Puas		Sangat Puas	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Interna	3	37,5	2	25	3	37,5	0	0	0	0
Anak/Perinatologi	1	14,3	5	71,4	1	14,3	0	0	0	0
Bedah Wanita/Khusus	5	62,5	2	25	0	0	1	12,5	0	0
Bedah Ortopedi	1	25	1	25	1	25	1	25	0	0
THT/Mata/Stroke	2	28,6	2	28,6	3	42,9	0	0	0	0
Obsgyn	0	0	3	33,3	3	33,3	3	33,3	0	0
Psikiatri	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0
Kelas I	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3	0	0
Anggrek	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0	0	0
Pavilyun Mawar/Melati	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0
Pavilyun Bougenvil	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	0	0
Khemoterapi	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0
$\Sigma$		284,6		441,7		236,3		170,7	0	0

Sumber data primer:2006

Dari Tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar tenaga kesehatan di seluruh ruang rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, tidak puas terhadap imbalan yang diterima.

## 5.2 Tingkat Kematian Pasien Pelayanan Rawat Inap di RSUD dr. Soebandi Jember

Tingkat kematian pasien di Masing-Masing Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Tahun 2005 dapat dilihat pada Tabel 5.9

Tabel 5.9 Tingkat Kematian Pasien di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember Tahun 2005

Ruang	NDR ‰	Tingkatan	Kategori
Interna	2,22	5	Baik
Anak/Perinatologi	38,14	1	Buruk
Bedah Wanita/Khusus	3,33	5	Baik
Bedah Ortopedi	2,25	5	Baik
THT/Mata/Stroke	80,39	1	Buruk
Obsgyn	0,69	5	Baik
Kelas I	5,61	4	Baik
Psikiatri	25,64	1	Buruk
Pavilyun Anggrek	12,25	3	Sedang
Pavilyun Mawar/melati	4,20	5	Baik
Pavilyun Bougenvil	0	5	Baik
Khemoterapi	0	5	Baik

Sumber: Laporan Tahunan RSUD dr. Soebandi Jember Tahun 2005

Berdasarkan Tabel diatas diketahui bahwa tingkat kematian pasien rawat inap secara keseluruhan di RSUD dr. Soebandi Jember dalam kategori baik dengan nilai median 4 atau lebih. Dengan kata lain secara keseluruhan nilai NDR kurang dari atau sama dengan 10 ‰. Ada satu ruangan yaitu Pavilyun Anggrek dengan kategori sedang atau nilai median 3. Namun ada tiga ruangan dengan kategori buruk atau nilai median 1 yaitu ruang, Anak/Perinatologi, ruang THT/Mata/Stroke dan ruang Psikiatri.

### 5.3 Penilaian Tenaga Kesehatan terhadap Peralatan Kesehatan yang Tersedia

Penilaian tenaga kesehatan terhadap peralatan kesehatan di seluruh ruang pelayanan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember, dapat dilihat pada Tabel 5.10

Tabel 5.10 Penilaian Tenaga Kesehatan terhadap Peralatan Kesehatan yang Tersedia di Seluruh Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006

Ruang	Pendapat Tenaga Kesehatan Terhadap Peralatan Kesehatan							
	Peralatan kesehatan sangat kurang membantu kegiatan medis		Peralatan kesehatan kurang membantu kegiatan medis		Peralatan kesehatan cukup membantu kegiatan medis		Peralatan kesehatan cukup membantu kegiatan medis dengan persediaan yang memadai	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Interna	0	0	3	37,5	3	37,5	2	25
Anak/Perinatologi	1	14,3	0	0	1	14,3	5	71,4
Bedah	0	0	1	12,5	6	75	1	12,5
Wanita/Khusus Bedah Ortopedi	1	25	0	0	0	0	3	75
THT/Mata/Stroke	1	14,3	4	57,1	0	0	2	28,6
Obsgyn	1	11,1	1	11,1	2	22,2	5	55,6
Psikiatri	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Kelas I	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7
Anggrek	0	0	4	66,7	2	33,3	0	0
Pavilyun Mawar/Melati	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3
Pavilyun Bougenvil	2	66,7	0	0	0	0	1	33,3
Khemoterapi	0	0	0	0	1	100	0	0
Jumlah		131,4		284,9		248,9		434,7

Sumber data primer:2006

Berdasarkan Tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar tenaga kesehatan di Seluruh ruang rawat inap berpendapat bahwa peralatan kesehatan cukup membantu kegiatan medis dengan persediaan yang memadai.

#### 5.4 Pengaruh Kinerja Tenaga Kesehatan terhadap Tingkat Kematian Pasien Rawat Inap di RSUD dr. Soebandi Jember dengan kontrol Peralatan Kesehatan

Nilai median Kinerja Tenaga Kesehatan, Tingkat Kematian Pasien dan Peralatan yang Tersedia di seluruh pelayanan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada Tabel 5.11

Tabel 5.11 Nilai Median Kinerja Tenaga Kesehatan, Tingkat Kematian, Peralatan Kesehatan di Tiap-Tiap Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember hingga Februari 2006

NO	Ruang	Kinerja	Tingkat Kematian Pasien Rawat Inap	Peralatan Kesehatan
1.	Interna	21,5	5	3
2.	Anak/Perinatologi	23,5	1	4
3.	Bedah Wanita/Khusus	22	5	3
4.	Bedah Ortopedi	27,5	5	3
5.	THT/Mata/Stroke	30	1	2
6.	Obsgyn	28	5	4
7.	Kelas I	28	4	4
8.	Psikiatri	24	1	3
9.	Pavilyun Anggrek	24,5	3	2
10.	Pavilyun Mawar/melati	23	5	2
11.	Pavilyun Bougenvil	26	5	1
12.	Khemoterapi	26	5	3

Hubungan antara variabel kinerja tenaga kesehatan, tingkat kematian pasien rawat inap dan peralatan kesehatan dianalisis dengan statistik non parametrik *Kendall tau* untuk pengolahan data *Kendall tau* dapat dilihat pada Lampiran 6.

Berdasarkan Lampiran 6. Diperoleh hubungan antara Kinerja Tenaga Kesehatan dan Peralatan Kesehatan terhadap Tingkat Kematian Pasien Rawat Inap. Kinerja Tenaga Kesehatan dan Peralatan Kesehatan sebagai variabel bebas sedangkan Kematian Pasien Rawat Inap sebagai variabel terikat. Hubungan antara kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap adalah -0,135 berarti mempunyai nilai hubungan yang rendah karena tidak mendekati 1,00. Dan jika dilihat dari nilai signifikansinya tampak bahwa tidak ada hubungan antara kinerja dan tingkat kematian pasien rawat inap dengan nilai signifikansi

0,584. Hubungan antara peralatan kesehatan dan kinerja tenaga kesehatan menunjukkan nilai 0,053 atau menjauhi 1,00 berarti peralatan kesehatan tidak mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan. Dan jika dilihat dari nilai signifikansinya tampak bahwa tidak ada hubungan antara peralatan kesehatan dan kinerja tenaga kesehatan dengan nilai signifikansi 0,826. Sedangkan hubungan antara peralatan kesehatan dan tingkat kematian pasien rawat inap menunjukkan nilai -0,087. berarti peralatan kesehatan juga tidak mempengaruhi kematian pasien rawat inap, dengan signifikansi 0,742.

Apabila peralatan kesehatan sebagai variabel pengendali atau analisis menjadi *Kendall Parsial* dimana:

$$\tau_{xy} = -0,135$$

$$\tau_{zy} = -0,087$$

$$\tau_{xz} = 0,053$$

$$\tau_{xyz} = \frac{\tau_{xy} - \tau_{zy} \cdot \tau_{xz}}{\sqrt{(1 - \tau_{zy}^2)(1 - \tau_{xz}^2)}}$$

$$\tau_{xyz} = \frac{(-0,135) - (-0,087)(0,053)}{\sqrt{(1 - (-0,087)^2)(1 - (0,053)^2)}}$$

$$\tau_{xyz} = -0,131$$

Berdasarkan perhitungan diatas dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap.

## BAB 6. PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, diperoleh hasil bahwa kinerja tenaga kesehatan pada sebagian besar tenaga kesehatan di pelayanan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember dalam kategori sedang dengan nilai median 20-29, ada satu ruangan dengan kinerja tenaga kesehatan baik (nilai median  $\geq 30$ ) yaitu ruang THT/Mata/Stroke (lihat Tabel. 5.11). Hal ini karena tenaga kesehatan dari seluruh ruang rawat inap sebagian besar adalah tenaga keperawatan dengan latar belakang pendidikan DIII AKPER/AKBID, sehingga telah memenuhi syarat sebagai tenaga kesehatan sesuai dengan (Wijono, 1999b) yaitu tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan dibidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan. Disamping itu sebagian besar tenaga kesehatan telah mengikuti pelatihan sebanyak 4 kali atau lebih sehingga pengetahuan dan ketrampilan yang terkait dengan profesi mereka telah cukup dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di ruang rawat inap. Karena tenaga kesehatan selain diarahkan kepada pekerjaan yang akan datang, juga diarahkan untuk pekerjaan saat ini (Djojodibroto, 2002). Serta didukung pula dengan pengalaman kerja selama 5 tahun atau lebih merupakan bekal yang sangat cukup untuk menyelenggarakan pelayanan dan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap PROTAP, sehingga dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur. Kemampuan tenaga kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan terkait pula dengan tingkat kehadiran tenaga kesehatan tersebut di ruangan kerja. Apabila tenaga kesehatan di suatu ruangan banyak yang tidak hadir, maka penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak dapat berjalan dengan baik. Sebagian besar tenaga kesehatan dari ruang rawat inap absen atau tidak hadir tanpa alasan lebih dari sama dengan 10 kali dalam satu tahun. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga didukung oleh kerjasama antar tenaga kesehatan, apabila tenaga kesehatan disuatu ruangan dapat bekerjasama dengan baik maka proses penyelenggaraan pelayanan dapat berjalan dengan baik, serta dapat memotivasi karyawan dalam menjalankan tugas. Sebagian besar tenaga kesehatan dari seluruh pelayanan rawat inap bekerjasama dengan baik sehingga

berpengaruh terhadap tingkat kematian

proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat berjalan lancar. Sebagian besar tenaga kesehatan dari seluruh ruang rawat inap mengaggap beban kerja yang ditanggung adalah sedang hal ini karena stress kerja yang disebabkan oleh faktor dari tempat kerja yaitu berupa beban kerja (Handoko, 2001), tidak dialami oleh sebagian besar tenaga kesehatan, sehingga mereka mampu untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Namun motivasi yang terkait dengan imbalan yang diterima tenaga kesehatan dari pengabdian mereka kepada RSUD dr. Soebandi Jember, sebagian besar mereka menjawab tidak puas, sehingga daya dorong tenaga kesehatan untuk bekerja kurang. Hal ini sesuai dengan (Victor Vroom dalam Siagian, 2002) yaitu kecenderungan seseorang berperilaku tertentu tergantung pada kuatnya harapan bahwa, perilaku tersebut akan diikuti oleh keluaran tertentu dan oleh kuatnya daya tarik keluaran itu bagi orang yang bersangkutan.

Tingkat kematian pasien rawat inap sebagian besar dari tiap-tiap ruangan dengan kategori baik atau nilai median lebih dari atau sama dengan 4 dengan kata lain nilai NDR sebagian besar dari tiap-tiap ruangan  $\leq 5$  ‰. Berarti mutu pelayanan terkait dengan efektivitas pelayanan di RSUD dr. Soebandi adalah baik karena dibawah standar Nasional yaitu 25 ‰ (Wijono, 1999b).

Pendapat responden terhadap peralatan kesehatan yang tersedia di sebagian besar ruangan adalah baik yaitu dengan nilai median 4 dengan kata lain berarti peralatan kesehatan cukup membantu kegiatan medis dengan persediaan yang memadai sehingga tidak akan menghambat proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan di ruang rawat inap. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Angkasawati, dkk (2006) bahwa “Proses perencanaan pengadaan peralatan dirumah sakit berdasarkan analisa kebutuhan secara klinis dengan studi kelayakan dan sesuai dengan kebijakan.”

Berdasarkan analisis pengaruh kinerja tenaga kesehatan terhadap tingkat kematian pasien rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember dengan statistik non parametrik *Kendall Parsiall* dengan variabel bebas Kinerja Tenaga Kesehatan, variabel terikat Tingkat Kematian Pasien Rawat Inap serta variabel pengendali adalah Peralatan Kesehatan diperoleh hasil bahwa kinerja tenaga kesehatan tidak

berpengaruh terhadap tingkat kematian pasien rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember dengan korelasi  $-0,131$ . Dimungkinkan bahwa ada faktor-faktor pengendali lain yang lebih dominan mempengaruhi kematian pasien rawat inap seperti jenis penyakit. Beberapa jenis penyakit tertentu memiliki risiko kematian yang tinggi seperti Pneumonia (Ahmad, 2005), Jantung, Kanker dan Stroke (Haryono, 2005). Hal ini sesuai dengan kondisi di ruang THT/Mata/Stroke RSUD dr. Soebandi Jember, walaupun kinerja tenaga kesehatan dalam kategori baik dengan nilai median 30, namun tingkat kematian pasien tinggi atau kategori buruk dengan nilai median 1 ( $\geq 20\%$ ) hal ini berarti bukan kinerja tenaga kesehatan yang berpengaruh terhadap tingkat kematian pasien rawat inap, tetapi penyakit Stroke merupakan penyakit dengan risiko kematian yang tinggi. Kondisi pasien yang parah dan terlambat datang ke rumah sakit juga sangat mungkin menjadi penyebab kematian pada pasien rawat inap, mengingat bahwa RSUD dr. Soebandi Jember adalah rumah sakit rujukan, sehingga pasien yang datang sebagian besar sudah dalam kondisi parah. Penyebab lain dari kematian pasien rawat inap adalah rendahnya peran organisasi mutu hal ini terkait dengan mutu penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk juga dalam mengendalikan infeksi nosokomial yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap tingkat kematian pasien (Martone dkk, 1992) serta usia pasien, Pada umumnya pasien-pasien dengan usia tua akan lebih sulit disembuhkan karena pada umumnya penyakit-penyakit yang diderita adalah penyakit kronis seperti penyakit Kanker dan Stroke.

Jika mutu pelayanan di RSUD dr. Soebandi Jember ditinjau sebagai system yaitu meliputi *input*, *process* dan *outcome*. *Input* pelayanan mencakup mutu tenaga kesehatan, mutu peralatan kesehatan dan sumber daya yang lain, diketahui bahwa sebagian besar tenaga kesehatan memiliki latar belakang DIII AKPER/AKBID, dengan lama kerja 5 tahun atau lebih dan didukung peralatan kesehatan yang tersedia dalam jumlah yang memadai, sehingga dapat disimpulkan bahwa mutu input pada pelayanan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember adalah baik, sedangkan *process* mencakup semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien. Dalam pengertian proses ini mencakup pula diagnosa, rencana pengobatan, indikasi

tindakan, prosedur dan penanganan kasus yang kesemuanya itu terangkum dalam pedoman diagnosa terapi. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar tenaga kesehatan telah mengetahui dan menggunakan PROTAP sebagai pedoman diagnosa terapi serta didukung dengan kerja sama yang baik antar tenaga kesehatan sehingga proses penyelenggaraan pelayanan medik di RSUD dr. Soebandi Jember dapat berjalan dengan baik. *Outcome* merupakan hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Hasil akhir dari tindakan medis dapat berupa kesembuhan, kecacatan atau kematian pasien. Karena input dan proses pada pelayanan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember adalah baik, maka dapat dipastikan bahwa *outcome* yang berupa angka kematian akan kecil atau dalam kategori baik (nilai median 4). Secara keseluruhan berarti manajemen medik di RSUD dr. Soebandi Jember telah berjalan baik.

Walaupun demikian upaya-upaya penilaian kinerja tenaga kesehatan harus senantiasa dilakukan agar dapat selalu memperbaiki kinerja para karyawan, sebagai instrument dalam melakukan penyesuaian imbalan yang diberikan oleh organisasi kepada para karyawannya, membantu manajemen sumber daya manusia untuk mengambil keputusan dalam mutasi karyawan, sebagai salah satu sumber informasi untuk perencanaan dan penyelenggaraan kegiatan pelatihan, sebagai bahan untuk membantu karyawan melakukan perencanaan dan pengembangan karier, dapat mengkaji kegiatan pengadaan tenaga kerja, terutama yang diarahkan pada kemungkinan terjadinya kelemahan didalamnya, mempelajari apakah terjadi ketidaktepatan dalam sistem informasi sumber daya manusia, mempersiapkan organisasi dan seluruh komponennya menghadapi berbagai tantangan yang mungkin akan dihadapi dimasa depan, untuk melihat, apakah terdapat kesalahan dalam rancang bangun pekerjaan, sebagai bahan umpan balik bagi manajemen sumber daya manusia, bagi para atasan langsung, dan bagi para karyawan sendiri (Siagian, 2002).

Upaya-upaya yang dapat lebih meningkatkan mutu pelayanan yaitu dengan:

1. Orientasi manajemen

Yaitu kerangka kerja filosofis dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang didukung oleh manajemen puncak maupun tingkatan manajemen yang ada dibawahnya serta seluruh tenaga medis dan keperawatan.

2. Studi tinjauan luas

Perencanaan sumber daya manusia, seleksi tenaga karyawan serta selalu menganalisis masalah-masalah yang terkait dengan struktur manajemen dan prosedur kerja.

3. Pelaporan produktivitas dan kualitas

Sistem pelaporan yang efektif adalah laporan yang tepat waktu dan berkesinambungan dan selalu dibandingkan dengan periode-periode sebelumnya.

4. Pengendalian kualitas

Yaitu adanya standar sebagai tolak ukur keberhasilan.

5. Studi yang mendalam

Berupa peningkatan pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan dan karyawan lain.

6. Sistem kinerja/upah

Agar lebih meningkatkan produktivitas tenaga kesehatan perlu ada penghargaan kepada tenaga kesehatan yang memiliki kinerja baik. Penghargaan dapat berupa upah/insentif, jaminan kesehatan bagi tenaga kontrak maupun penghargaan lainnya.

7. Pemantauan, peninjauan dan perubahan

Apabila produktivitas atau kualitas berada di bawah kinerja yang diharapkan, maka hal ini harus diselidiki. Apabila berada diatas kinerja yang diharapkan hal ini juga harus diperiksa, mungkin penggunaan prosedur layanan atau peralatan baru. Dengan demikian pembaharuan program pengendalian produktivitas atau kualitas.

## BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1 Kesimpulan

1. Kinerja sebagian besar tenaga kesehatan pada pelayanan rawat inap RSUD dr. Soebandi Jember dalam kategori sedang.
2. Tingkat kematian pasien di sebagian besar ruang rawat inap adalah rendah atau dalam kategori baik.
3. Tidak ada hubungan antara kinerja tenaga kesehatan dan tingkat kematian pasien rawat inap di RSUD dr. Soebandi Jember. Berarti ada faktor-faktor lain penyebab kematian pasien rawat inap seperti rendahnya peran organisasi mutu, jenis penyakit yang diderita pasien sehingga berisiko tinggi menimbulkan kematian, kondisi pasien yang parah, tuanya usia pasien dan penyakit yang diderita cenderung penyakit kronis, serta penyebab-penyebab lain yang memungkinkan.

### 7.2 Saran

1. Perlu adanya batas maksimal absen yang diperkenankan bagi tenaga kesehatan agar penyelenggaraan pelayanan tidak mengalami gangguan.
2. Perlu adanya peningkatan imbalan dari RSUD dr. Soebandi Jember terhadap tenaga kesehatan, karena sebagian besar mereka tidak puas terhadap imbalan yang diberikan. Agar tenaga kesehatan lebih termotivasi dalam menjalankan tugasnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y . 2002. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Jakarta: UI-Press.
- Ahmad, Z 2005. *Pneumonia Penyebab Radang Paru-paru*.  
<http://www.indonesia.com/sripo/2003/11/09/0911kes1.htm>
- Angkasawati, dkk. 2006. *Kajian Pemanfaatan dan Pemeliharaan Sarana dan Alat Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas*.  
<http://www.p3skk.litbang.depkes.go.id/ringkasan9.htm>
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Budiarto. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Cahyono, B. & Suharjo, J.B. 2004. *Mempertanyakan Sistem Manajemen Mutu Asuhan klinis Perumah sakitan kita*.  
[http://www.kompas.com/kompas\\_cetak/0408/13/rumah/1195994.htm](http://www.kompas.com/kompas_cetak/0408/13/rumah/1195994.htm)
- Djojodibroto, R.D. 2002. *Kiat Mengelola Rumah Sakit*. Jakarta: Hipokrates.
- Dwiprahasto, I. 2004. *Kepemimpinan Klinik – Peran dan Tantangan Manajer Rumah Sakit dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*.  
www. jmpk [online]. <http://www.jmpk-online.net/files/vol-07-03-2004-1.pdf>. [29 Desember 2005].
- Guwandi, J. 2005. *Hospital Law (Emerging Doctrines & Juris Prudence)*. Cetakan Ulang. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hanafiah, M.J. & Amir, A. *Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Handoko, T. H. 2001. *Manajemen Personalia dan Sumber daya Manusia*. Edisi 2. Yogyakarta: BPFE.
- Harrington, G. 2003. *Praktek-Praktek Penting Di Dalam Pengendalian Infeksi (Sebuah Prakarsa dari Dewan Penasehat Pengendalian Infeksi AnsellCares)*. <http://www.ICAS.org.sg/apsic>

- Hariyono, T. 2005. *Hipertensi dan Stroke*.  
<http://www.tempo.co.id/medika/arsip/052002/pus-1.htm>
- Ilyas, Y. 1999. *Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian*. Cetakan Pertama. Depok: FKM UI.
- Muninjaya, A. A. G. 1999. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- RSUD. Dr. Soebandi. 2004. *Profil Pelayanan Kesehatan Jember*.
- \_\_\_\_\_. 2004. *Penilaian Penampilan Kerja Rumah Sakit*. Jember.
- \_\_\_\_\_. 2005. *Data Tenaga keperawatan ( Bidan & Perawat)*. Jember.
- \_\_\_\_\_. 2005. *Presensi Pegawai*. Jember
- \_\_\_\_\_. 2005. *Laporan Tahunan*. Jember
- Siagian, S. P. *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Wijono, D. 1999a. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*. Vol 1. Surabaya: Airlangga University Press.
- \_\_\_\_\_. 1999b. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*. Vol 2. Surabaya: Airlangga University Press.
- Wolper, L. F. 2001. *Administrasi Layanan Kesehatan Prinsip Praktik, Struktur & Penyampaian*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

## Lampiran 1.

INFORMASI

**PERHITUNGAN JUMLAH SAMPEL MASING-MASING RUANG  
PELAYANAN RAWAT INAP**

Ruangan	Perhitungan	Tenaga Dokter	Perhitungan	Tenaga Keperawatan
Interna	$\frac{3}{25} \times 9$	1	$\frac{20}{157} \times 54$	7
Anak/Perinatologi	$\frac{2}{25} \times 9$	1	$\frac{20}{157} \times 54$	7
Bedah Wanita/Khusus	$\frac{4}{25} \times 9$	1	$\frac{20}{157} \times 54$	7
Bedah Ortopedi	$\frac{2}{25} \times 9$	1	$\frac{8}{157} \times 54$	3
THT/Mata/Stroke	$\frac{9}{25} \times 9$	3	$\frac{13}{157} \times 54$	4
Obsgyn	$\frac{5}{25} \times 9$	1	$\frac{22}{157} \times 54$	8
Kelas I	-	-	$\frac{9}{157} \times 54$	3
Psikiatri	$\frac{3}{25} \times 9$	1	$\frac{7}{157} \times 54$	2
Pavilyun Anggrek	-	-	$\frac{18}{157} \times 54$	6
Pavilyun Bougenvil	-	-	$\frac{9}{157} \times 54$	3
Pavilyun Mawar/Melati	-	-	$\frac{9}{157} \times 54$	3
Khemoterapi	-	-	$\frac{1}{157} \times 54$	1
		nk1 = 9	nk = 54	

## Lampiran 2.

## KUESIONER INFORM CONSENT

Kami yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :  
Alamat :  
No Telp/HP :

Bersedia untuk dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul "Analisis Pengaruh Kinerja Tenaga Kesehatan Terhadap Tingkat Kematian Pasien Rawat Inap di RSUD dr. Soebandi Jember dalam Rangka Meningkatkan Mutu Pelayanan."

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada saudara. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

1.1. Kinerja

a. Kemampuan

Jember, Februari 2006

1) Apakah latar belakang pendidikan saudara?

a) SMP/Seederajat

b) D3 AKPER/AKBID

c) Dokter Umum/Dokter gigi

( )

d) Dokter Spesialis

e) Dokter Subspesialis

2) Berapa kalikah saudara mengikuti pendidikan yang terkait dengan profesi saudara ?

a) Tidak pernah

b) 1 kali

- c) 2 kali
- d) 3kali
- e)  $\geq 4$  kali

3) Telah berapa lama saudara bekerja di ruangan ini ?

- a)  $\leq 1$  tahun
- b) 2 tahun
- c) 3 tahun
- d) 4 tahun
- e)  $\geq 5$  tahun

4) Berapakah rata-rata pasien yang saudara tangani dalam satu hari ?

.....  
Bagaimanakah pendapat saudara tentang beban kerja, terkait dengan rata-rata pasien yang saudara tangani dalam satu hari ?

- a) Sangat memberatkan
- b) Memberatkan
- c) Sedang
- d) Tidak memberatkan
- e) Sangat tidak memberatkan

5) Apakah saudara mengetahui bahwa di RSUD dr. Soebandi Jember terdapat PDT (Pedoman Diagnosis Terapi) atau PROTAP (Prosedur Tetap)?

- a) Tidak mengetahui
- b) Mengetahui, tetapi tidak menggunakannya dalam diagnosis terapi
- c) Mengetahui, tetapi jarang menggunakannya dalam diagnosis terapi
- d) Mengetahui, sering menggunakannya dalam diagnosis terapi
- e) Mengetahui dan selalu menggunakannya dalam diagnosis terapi

6) Bagaimanah hubungan saudara dengan tenaga kesehatan yang lain pada ruangan ini, terkait dengan profesi saudara ?

- a) Tidak pernah bekerjasama
- b) Jarang bekerjasama

- c) Sering bekerjasama
- d) Selalu bekerjasama
- e) Selalu bekerjasama dengan baik

a) Skor 1

b. Motivasi ) Skor 2

c) Skor 3

7) Bagaimanah pendapat saudara terhadap imbalan yang saudara terima dari pengabdian saudara terhadap RSUD dr. Soebandi Jember ?

- a) Sangat tidak puas
- b) Tidak puas
- c) Sedang
- d) Puas
- e) Sangat puas

Setiap menjawab :

- a) Skor 1
- b) Skor 2
- c) Skor 3
- d) Skor 4
- e) Skor 5

## 2. Peralatan Kesehatan

8) Bagaimana pendapat saudara terhadap peralatan kesehatan yang tersedia di RSUD dr. Soebandi Jember ?

- a) Peralatan kesehatan, sangat kurang membantu kegiatan medis
- b) Peralatan kesehatan, kurang membantu kegiatan medis
- c) Peralatan kesehatan, cukup membantu kegiatan medis, tetapi tanpa persediaan

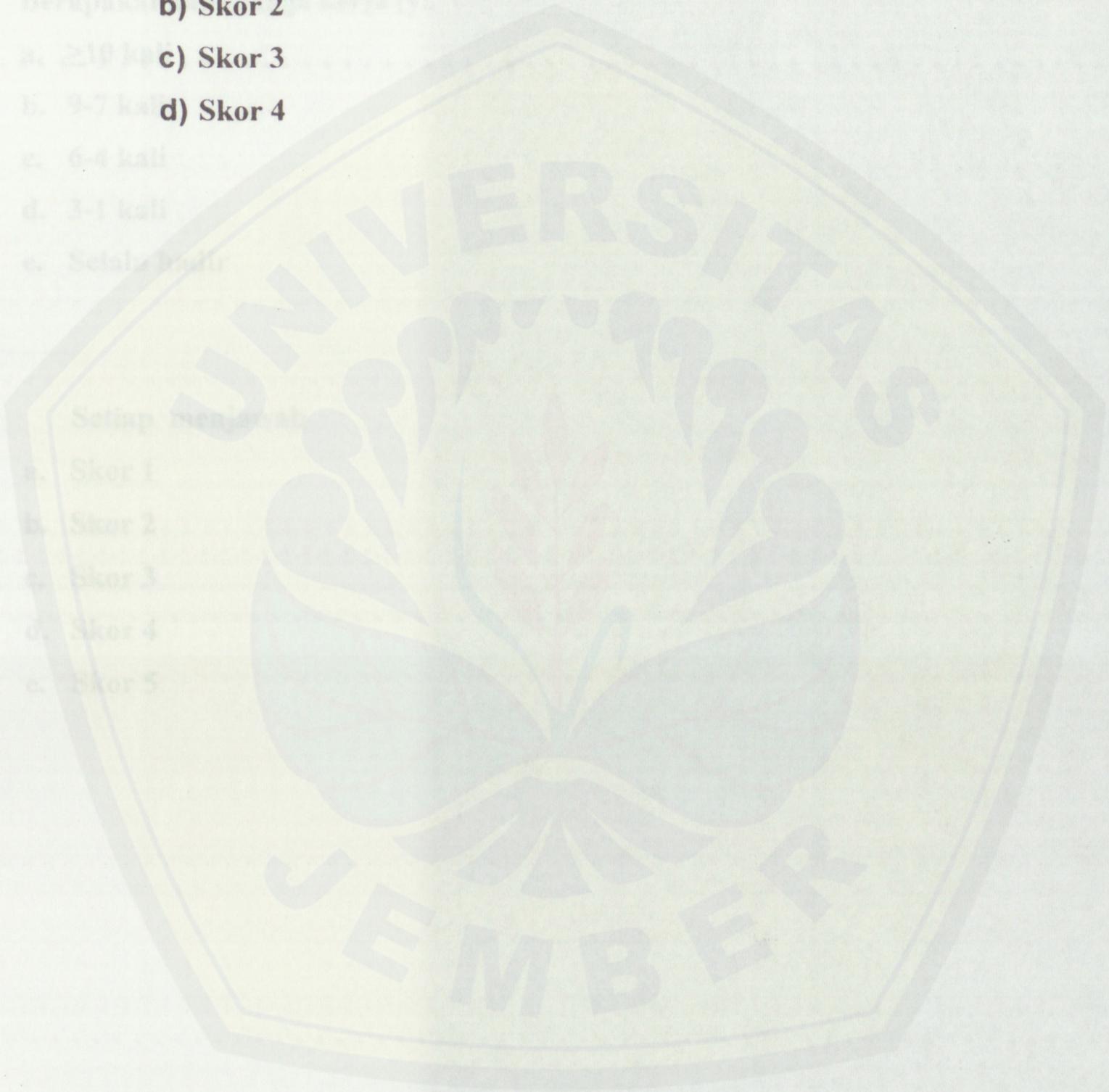
Lampiran  
KUE  
1,2 Kinerja  
d) Peralatan kesehatan, cukup membantu kegiatan medis, dengan  
persediaan yang memadai

Setiap Menjawab :

- a) Skor 1
- b) Skor 2
- c) Skor 3
- d) Skor 4
- e. Selalu hadir

Setiap Menjawab :

- a. Skor 1
- b. Skor 2
- c. Skor 3
- d. Skor 4
- e. Skor 5



**Lampiran 4.****KUESIONER BUKU PADA BAGIAN UMUM DAN KEPEGAWAIAN****1.2 Kinerja****3. Kemarian pasien rawat inap**

Berapakah tenaga kerja (yang tersebut) absen dalam 1 tahun (2005)

- a.  $\geq 10$  kali
- b. 9-7 kali
- c. 6-4 kali
- d. 3-1 kali
- e. Selalu hadir

Setiap menjawab

- a. Skor 1
- b. Skor 2
- c. Skor 3
- d. Skor 4
- e. Skor 5

## Lampiran 5.

## KUESIONER BUKU PADA REKAM MEDIK

## 3. Kematian pasien rawat inap

Berapakah angka kematian pada ruangan (tersebut) selama tahun 2005

- a.  $\geq 20\%$
- b.  $16\% - 20\%$
- c.  $11\% - 15\%$
- d.  $6\% - 10\%$
- e.  $\leq 5\%$

Setiap menjawab

- a. Skor 1
- b. Skor 2
- c. Skor 3
- d. Skor 4
- e. Skor 5

## Lampiran 6.

ANALISIS DATA DENGAN KORELASI *KENDALL TAU*

## Nonparametric Correlations

		Correlations			
			kinerja	kematian	peralatan kesehatan
Kendall's tau_b	kinerja	Correlation Coefficient	1,000	-,135	,053
		Sig. (2-tailed)	,	,584	,826
		N	12	12	12
	kematian	Correlation Coefficient	-,135	1,000	-,087
		Sig. (2-tailed)	,584	,	,742
		N	12	12	12
	peralatan kesehatan	Correlation Coefficient	,053	-,087	1,000
		Sig. (2-tailed)	,826	,742	,
		N	12	12	12