



TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**ANALISIS KOMPETENSI MANAJEMEN KEPALA RUANG
RAWAT INAP DALAM MENINGKATKAN MUTU
PELAYANAN DI RSUD SUNGAILIAT BANGKA**



**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Magister Manajemen**

Disusun Oleh :

Dewi Yatimin

NIM. 016764076

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS TERBUKA

JAKARTA

2012

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER MANAJEMEN**

PERNYATAAN

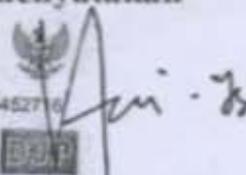
TAPM yang berjudul Analisis Kompetensi Manajemen Kepala Ruang Rawat Inap Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Di RSUD Sungailiat Bangka adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Pangkal Pinang, November 2012

Yang menyatakan

METERAI
TEMPEL
2145DABF505452716
6000



Dewi Yatimin
NIM. 016764076

ABSTRAK

ANALISIS KOMPETENSI MANAJEMEN KEPALA RUANG RAWAT INAP DALAM MENINGKATKAN MUTU PELAYANAN DI RSUD SUNGAILIAT BANGKA

Dewi Yatimin

Universitas Tebuka

dewi_yatimin@yahoo.co.id

Kata Kunci : manajemen Operasional, manajemen asuhan keperawatan, kompetensi kepala ruang, mutu pelayanan RS.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimanakah Kompetensi Manajemen Kepala Ruang Rawat Inap dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan di RSUD Sungailiat Bangka dengan menganalisis kompetensi Manajemen Operasional dan Manajemen Asuhan Keperawatan dari kepala ruang di ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka. Lingkup dari penelitian adalah manajemen kepemimpinan. Sumber informasi atau *Responden* dalam penelitian ini berjumlah 57 orang terdiri dari Direktur RSUD, kepala bidang keperawatan, kepala ruangan, perawat pelaksana dan pasien yang dirawat di RSUD Sungailiat Bangka.

Desain penelitian ini adalah studi analisis deskripsi dengan pendekatan kualitatif, untuk mendapatkan informasi secara mendalam mengenai kompetensi manajemen kepala ruang rawat inap dalam meningkatkan mutu pelayanan di RSUD Sungailiat Bangka.

Pengumpulan informasi dilakukan dengan cara observasi/ kajian dokumen, wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD). Instrumen penelitian ini yaitu pedoman wawancara yang akan digunakan untuk membuat fokus penelitian menjadi jelas, tajam dan dapat melengkapi data hasil pengamatan. Informasi yang didapat segera dianalisis, tanpa menunggu semua responden diwawancarai. Informasi diperoleh dengan mencatat dan direkam, kemudian dibuat transkrip, setelah itu dikelompokkan sesuai dengan pertanyaan dan tujuan penelitian dalam bentuk transkrip. Sedangkan observasi dilakukan dengan cara mengamati kegiatan lapangan yang dilakukan oleh responden.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa : (1) Kompetensi manajemen operasional keperawatan kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat belum cukup baik, karena : 55% - 82% kepala ruang belum membuat perencanaan, pengorganisasian, pembagian tugas dan pengarahan, pertemuan berkala dan penilaian kinerja perawat; 73% - 82% pengorganisasian kepala ruang rawat inap

RSUD Sungailiat belum cukup baik; 82% kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial saja, komunikasi, keterampilan, kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan; 73% kepala ruang hanya mampu memotivasi perawat pelaksana dengan saran atau psikologi saja; semua kepala ruang hanya berfikir lingkungan kerja terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja. (2) Kompetensi manajemen asuhan keperawatan kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat belum cukup baik, karena : SDM keperawatan belum sesuai standar, SAK dan SPO ruang rawat inap belum lengkap, proses keperawatan ruang rawat inap belum lengkap.

Dapat disimpulkan bahwa kemampuan kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan di RSUD Sungailiat belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang hanya tahu tugas dan wewenang berdasarkan kebiasaan dan pengalaman terdahulu.

UNIVERSITAS TERBUKA

ABSTRACT**ANALYSIS OF COMPETENCE MANAGEMENT HEAD ROOM
WARD IN IMPROVING THE QUALITY OF SERVICE AT HOSPITALS
OF SUNGAILIAT BANGKA****Dewi Yatimin****Universitas Terbuka****dewi_yatimin@yahoo.co.id****Keywords: Operational management, nursing management, competency head room administration, the quality of hospital.**

The study was conducted to determine how competency Head Room Management in improving quality of inpatient hospital care at Bangka Sungailiat by analyzing competencies Operations Management and Nursing Care Management of head room at the inpatient hospital Sungailiat Bangka. The scope of the research is management leadership. Sources of information respondents in this study amounted to 57 people consisting of the Director of Hospital, chief of nursing, head room, the nurse practitioner and the patients who were treated at hospitals Sungailiat Bangka.

The design of this study is the description of the analytical study with a qualitative approach, to obtain in-depth information about the competence of the head of the inpatient management in improving the quality of care at hospitals Sungailiat Bangka.

Information gathering is done by observation / assessment documents, in-depth interviews and focus group discussion (FGD). The research instrument was the interview guide will be used to create a clear research focus, sharp and complete data observations. The information obtained is analyzed immediately, without waiting for all the respondents interviewed. Information obtained by the record and recorded, then made a transcript, then grouped according to the research questions and objectives in the form of a transcript. While the observation is done by observing the field activities undertaken by the respondents.

The results of this study show that: (1) operational management competencies chief nursing inpatient at hospital Sungailiat is not good enough, because: 55% - 82% head room has not made the planning, organizing, and directing the division of tasks, frequent meetings and performance appraisals nurses ; 73% - 82% of the organization's head Sungailiat inpatient hospitals is not good enough; 82% of the head room any evaluation of social skills, communication skills, ability to make decisions nurse practitioner; 73% head room can only motivate nurses implementing the advice or psychology course, and all the heads of the room just thinking work environment consists of facilities

or infrastructure, and Human Resource only. (2) Management Competency chief nursing care inpatient of hospitals Sungailiat is not good enough, because: does not meet standards of nursing human resources, of reference standards and standard operating procedures wards incomplete, inpatient nursing process is not yet complete.

It can be concluded that the ability of the head room as the manager of nursing services at hospitals Sungailiat is not good enough because most of the head room only know their duties and authority based on habit and past experience.

UNIVERSITAS TERBUKA

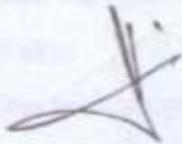
LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Analisis Kompetensi Manajemen Kepala Ruang Rawat
Inap Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Di RSUD
Sungailiat Bangka

Penyusun TAPM : Dewi Yatimin
NIM : 016764076
Program Studi : Magister Manajemen

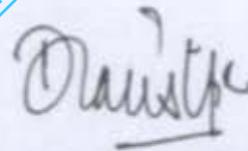
Menyetujui :

Pembimbing I,



Dr. Timotius

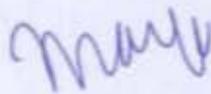
Pembimbing II,



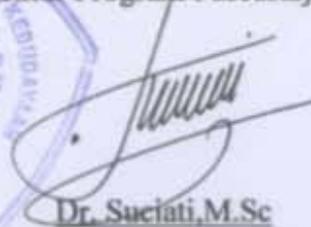
Dr. Sri Sedyaningsih, MSI

Mengetahui,

Ketua Bidang Ekonomi dan Manajemen, Direktur Program Pascasarjana



Maya Maria, SE, MM
NIP. 19720501 199903 2 003



Dr. Suciati, M.Sc

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN

PENGESAHAN

Nama : Dewi Yatimin
NIM : 016764076
Program Studi : Magister Manajemen
Judul TAPM : Analisis Kompetensi Manajemen Kepala Ruang Rawat
Inap dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan di RSUD
Sungailiat Bangka

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji TAPM Program Pascasarjana, Program Studi Magister Manajemen Universitas Terbuka pada:

Hari/Tanggal : Sabtu / 08 Desember 2012

Waktu : 13.00 WIB – 15.00 WIB

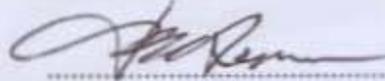
Dan telah dinyatakan **LULUS**

Panitia Penguji TAPM

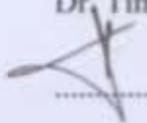
Ketua Komisi Penguji : Drs. Yun Iswanto, M.Si.

.....

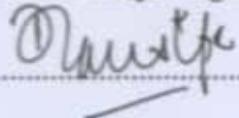

Penguji Ahli : Dr. Heru Wasto

.....


Pembimbing I : Dr. Timotius

.....


Pembimbing II : Dr. Sri Sedyaningsih, M.Si

.....


KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan penulisan TAPM (Tesis) ini. Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Manajemen Program Pascasarjana Universitas Terbuka. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari mulai perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan TAPM ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

- (1) Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka;
- (2) Kepala UPBJJ UT Pangkal Pinang selaku penyelenggara Program Pascasarjana;
- (3) Pembimbing I Dr. Timotius dan Pembimbing II Dr. Sri Sedyaningsih yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini;
- (4) Ketua Bidang Ekonomi dan Manajemen Maya Maria, SE, MM selaku penanggung jawab program Magister Manajemen;
- (5) Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan materil dan moral;
- (6) Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan penulisan TAPM ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Sungailiat, November 2012

Penulis

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan hak dasar manusia dan merupakan faktor yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia, disamping juga merupakan karunia tuhan yang perlu disyukuri. Oleh karena itu kesehatan perlu dipelihara dan ditingkatkan kualitasnya serta dilindungi dari ancaman yang merugikan (Dep.Kes. RI, 1999).

Maka timbullah paradigma sehat yaitu cara pandang, pola fikir, atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik yang melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor dan upayanya lebih dirasakan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan bukan hanya penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan (Dep.Kes. RI, 1999).

Untuk mewujudkan paradigma sehat tersebut ditetapkan visi yaitu gambaran, prediksi atau harapan tentang keadaan masyarakat Indonesia pada masa yang akan datang yaitu Indonesia sehat 2010 dimana gambaran masyarakat Indonesia dimasa depan yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Dep.Kes.RI, 1999).

Pelayanan kesehatan masa kini sudah merupakan industri jasa kesehatan dimana setiap rumah sakit bertanggung gugat terhadap penerimaan jasa pelayanan kesehatan. Keberadaan dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan ditentukan

oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan. Disamping itu, penekanan pelayanan kepada mutu yang tinggi harus dapat dicapai dengan biaya yang dapat dipertanggung jawabkan. Dengan demikian, semua pemberian pelayanan ditekankan untuk menurunkan biaya pelayanan namun mutu pelayanan (*quality assurance*) dan kepuasan kepada pasien sebagai konsumen masih tetap menjadi tolak ukur utama keberhasilan pelayanan kesehatan yang diberikan (Miloney, 2001 dalam Nurachmah 2001).

Hampir dua dekade perawat Indonesia mengkampanyekan perubahan paradigma. Pekerjaan perawat yang dulunya *vokasional* berubah menjadi pekerjaan *profesional*. Perawat yang dulunya berfungsi sebagai perpanjangan tangan dokter, kini berubah menjadi mitra sejajar dengan dokter sebagaimana para perawat di negara maju. Wacana tentang perubahan paradigma keperawatan bermula dari Lokakarya Nasional Keperawatan I tahun 1983. Dalam pertemuan itu disepakati bahwa keperawatan adalah pelayanan profesional (Susanto, 2001).

Praktek keperawatan adalah tindakan mandiri perawat *profesional* melalui kerja sama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan atau sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya. Menurut CHS (1983) dalam Nursalam (2002). Praktek keperawatan sebagai tindakan keperawatan *profesional* menggunakan pengetahuan teoritik yang mantab dan kokoh dari berbagai ilmu dasar dan ilmu keperawatan dasar, klinim dan komunitas sebagai landasan untuk melakukan asuhan keperawatan. Untuk memenuhi tuntutan dan mengikuti perkembangan yang terjadi, maka perawat perlu memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional, termasuk keterampilan teknis dan interpersonal.

Fungsi RS dalam hubungannya dengan klien adalah melengkapi suatu lingkungan dimana klien dapat dibantu untuk mengatasi dan meringankan penyakitnya. Hal ini bertujuan untuk menyembuhkan atau memperbaiki status fisik dan mental klien dengan semua keterbatasannya (Sacharin, 1996). Salah satu yang mempengaruhi berjalannya fungsi RS secara benar sehingga memungkinkan meningkatnya mutu pelayanan RS adalah perawat. Di unit rawat inap tenaga keperawatan berada di tatanan pelayanan kesehatan terdepan dengan kontak pertama dan terlama dengan pasien, yaitu selama 24 jam perhari dan 7 hari perminggu karenanya perawat memegang posisi kunci dalam membangun citra rumah sakit.

Selain itu perawat merupakan satu-satunya tenaga kesehatan di RS yang kontak langsung dengan pasien pada waktu yang cukup lama dalam keadaan dan kondisi yang berbeda-beda (Sacharin, 1996).

Karena kompleksitas penyakit dan berbagai situasi dimana perawatan kesehatan diberikan, kebutuhan terhadap kepemimpinan dan manajemen efektif dalam keperawatan tidak lagi dipaksakan. Selama bertahun-tahun, staf keperawatan menyandarkan kedua hal tersebut dalam hirarki organisasi untuk memimpin dan mengatur unitnya. Dalam lingkungan perawatan kesehatan sekarang seluruh perawat profesional harus menyadari kemampuan kepemimpinan dan keterampilan manajemennya bila ingin berhasil. Hal ini dilakukan dalam memfasilitasi kemajuan kesehatan klien melalui jalur kritis dalam upaya efektifitas biaya ataupun melayani dengan memberikan tekanan untuk meningkatkan kualitas perawatan, maka memimpin dan mengatur

merupakan syarat untuk melakukan praktek keperawatan profesional (potter & Perry, 2005).

Keperawatan telah banyak berfokus pada manajemen rincian sehari-hari dan kurang memperhatikan kepemimpinan. Lingkungan asuhan keperawatan membutuhkan perawat yang mengatur tujuan klinis klien juga melakukan peran kepemimpinan dalam mencapai mutu pelayanan yang optimal (Marriner-Tomey, 1992 dalam Potter & Perry, 2005), hal ini yang ditangkap Peneliti terhadap manajemen keperawatan dari kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat.

Dimana mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah kearah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan *outcome* kesehatan yang diharapkan.

RSUD Sungailiat Bangka tergolong RS Tipe C, terletak di pusat kota Sungailiat yang merupakan RS pusat rujukan di Kabupaten Bangka dan sekitarnya. Rumah sakit ini berawal dari sebuah Rumah Sakit Paru Milik Misi Katholik yang dinasionalisasikan dari Rumah Sakit Paru milik misi katolik dan diresmikan penggunaannya pada tanggal 12 November 1970 sebagai rumah sakit kelas D.

Pada tahun 1996 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 539/ Menkes/SK/VI/1996 ditingkatkan lagi kelasnya menjadi rumah sakit kelas C dan operasionalnya melalui Surat Keputusan Bupati Bangka Nomor:180/02/VI/1997 pada tanggal 24 Januari 1997 dan diresmikan pada tanggal 26 Februari 1997.

Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah maka sesuai dengan Undang – Undang Nomor 22 Tahun 1999 dan Peraturan Daerah Nomor : 26 Tahun 2000,

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat ditetapkan sebagai Lembaga Teknis Daerah dengan struktur organisasi yang telah disesuaikan dengan prinsip kaya fungsi dan miskin struktur.

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat mempunyai tugas membantu Bupati dalam penyelenggaraan Pemerintahan Kabupaten dibidang Pelayanan Rumah Sakit. Untuk menyelenggarakan tugas tersebut, maka Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat mempunyai fungsi yang merupakan suatu perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya, serta pelayanan penunjang penyelenggaraan Pemerintah Kabupaten Bangka.

RSUD Sungailiat adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Kabupaten Bangka yang termasuk dalam kategori tipe C. Memiliki dokter spesialis 4 dasar yaitu 2 dokter bedah, 1 dokter penyakit dalam, 2 dokter anak dan 3 dokter obgin. RSUD memiliki Kapasitas 153 Tempat Tidur dan didukung tenaga sejumlah 398 orang . Untuk ruang rawat inap tersedia bangsal kelas 3, bangsal kelas 1 dan 2 , kelas Utama, ruang VIP, ruang Paviliun, ICU dan bangsal kebidanan.

Dari ruang rawat inap tersebut RSUD Sungailiat memberikan pelayanan kesehatan ke semua lapisan masyarakat mulai dari pelayanan kartu miskin, Askes dan masyarakat menengah keatas, dari pelayanan yang diberikan diperoleh data (sumber rekam medis RSUD Sungailiat) sebagai berikut :

Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu presentase pemakaian tempat tidur pada suatu waktu tertentu, indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit. Dimana hasil normalnya (idealnya) berkisar antara 60-85%. Di RSUD Sungailiat, presentase pemakaian tempat tidur dari Tahun 2009-2011 mengalami penurunan yaitu dari 86,03% tahun

2009 menjadi 70,48% ditahun 2010 dan kembali turun menjadi 64,70% ditahun 2011. Angka tersebut masih berkisar antara 60-85 %.

Average Length of Stay (ALOS) yaitu rata-rata lama perawatan seorang pasien. Indikator ini disamping dapat memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan terutama bila diterapkan pada diagnosis tertentu yang dijadikan tracer (yang perlu pengamatan lebih lanjut). Hasil normalnya (ideal) ALOS berkisar antara 6-9 hari. Ternyata rata-rata lama perawatan seorang pasien di RSUD Sungailiat dari tahun 2009-2011, naik dari 3 hari menjadi 4 hari pertahunnya, ini masih di bawah garis idealnya.

Turn Over Interval (TOI). Yaitu rata-rata hari tempat tidur yang tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi daripada penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari. Di RSUD Sungailiat terdata pada posisi 3 hari.

Bed Turn Over (BTO) yaitu frekwensi pemakaian tempat tidur (berapa kali) dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun) tempat tidur rumah sakit yang dipakai. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi daripada pemakaian tempat tidur. Idealnya selama satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Sementara RSUD Sungailiat BTO nya berada di atas 50 kali.

Net Death Rate (NDR). Yaitu angka kematian > 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Hasilnya di RSUD Sungailiat ditemukan sebanyak 16 per 1000 penderita keluar masih berada di bawah kisaran yang ditolerir yaitu dari 25 per 1000 penderita keluar.

Gross Death Rate (GDR) yaitu angka kematian umum untuk tiap 1000 penderita keluar. Hasil seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar. Di RSUD Sungailiat ditemukan 26 per 1000 penderita keluar.

Penjelasan dari indikator di atas akan memperjelas masalah yang ada pada pelayanan kesehatan di RSUD Sungailiat. Kalau dihubungkan per indikator BOR, ALOS dan TOI, maka akan terlihat bagaimana RSUD Sungailiat memiliki masalah yang tentunya sangat beresiko apabila tidak segerah dilakukan upaya-upaya perbaikan masalah. Hubungan BOR, ALOS dan TOI sebenarnya adalah untuk melihat sampai dimana mutu pelayanan kesehatan yang ada atau sebaliknya rumah sakit hanya menekankan pada efisiensi dari pada mutu pelayanan. Pada tahun 2011 di RSUD Sungailiat menunjukkan Hubungan antara Pemanfaatan Tempat Tidur (BOR= 64,70%), Rerata Perawatan (ALOS= 4 hari) dan Interval tempat tidur yang tidak digunakan (TOI = 3 hari).

Hasil hubungan ini jelas bahwa RSUD Sungailiat masih lebih menekankan pada efisiensi dari pada mutu pelayanan kesehatan. Meskipun dua tahun terakhir telah dilakukan penambahan tempat tidur sebanyak 39 tempat tidur beserta dengan sarana gedung dan sarana prasarana lainnya, posisi ini belum bisa menaikan ALOS yang seharusnya berada pada 6-9 hari.

Keadaan tersebut di atas didukung oleh data dari Jumlah kunjungan rawat inap 2 tahun terakhir yang mengalami penurunan. Dari data tahun 2009 tercatat data kunjungan rawat inap sebanyak 9.036 pasien, tahun 2010 turun menjadi 8.456 pasien atau sebesar 6,4%, kemudian di tahun 2011 turun lagi menjadi 8.297 pasien atau sebesar 8,2 % . Ini menunjukkan terjadinya penurunan minat masyarakat terhadap layanan yang diberikan oleh RSUD.

Dan berdasarkan Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) Badan Pemeriksa Keuangan RI Bulan Oktober 2011 Atas Pelayanan Rawat Inap RSUD Sungailiat Kabupaten Bangka diketahui bahwa Manajemen RSUD Sungailiat pada Pelayanan Rawat Inapnya masih kurang efektif dengan kondisi temuan dilapangan diantaranya : 1) Pengelolaan pelayanan rawat inap RSUD Sungailiat belum didukung unsur-unsur perencanaan dan program kerja yang memadai, 2) Sistem Pengendalian Intern atas pengelolaan pelayanan rawat inap RSUD Sungailiat belum sepenuhnya didesain secara memadai, 3) Kinerja Instalasi Rawat Inap belum sepenuhnya memenuhi standar pelayanan minimal sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI.

Dari hasil bimbingan Akreditasi RSUD Sungailiat Tahun 2011 pada standar 2 diketahui bahwa untuk pendekatan secara sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi kepada kebutuhan pasien yaitu : 1) Belum ada struktur organisasi dengan uraian tugas, fungsi, kewajiban, tanggung jawab serta hubungan kerja dengan unit lain untuk menyelenggarakan pelayanan keperawatan, 2) Belum tersedia Standar Asuhan Keperawatan berdasar 10 penyakit terbanyak di unit layanannya, ini tidak sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI tahun 2007 yang menyatakan bahwa : 1) Rumah Sakit mempunyai kebijakan tertulis, sistem, prosedur dan *hospital bylaws* serta *medical staff bylaws* yang dilaksanakan oleh RS, 2) RS memiliki struktur organisasi berdasarkan azas organisasi yang hemat struktur dan kaya fungsi.

Kondisi tersebut di atas mengakibatkan ketidakjelasan wewenang dan tanggung jawab, Penyelenggaraan pelayanan instalasi rawat inap tidak terpantau secara memadai dan tidak memiliki pedoman secara resmi untuk kebijakan teknis dan operasional di lapangan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan menurunnya minat masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan di rumah sakit diantaranya adalah: 1) faktor pasien, 2) faktor organisasi unit penyedia pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit), 3) faktor pelayanan klinis terkait kemampuan dokter dan perawat, 4) faktor pelayanan administrasi atau manajemen rumah sakit, dan 5) faktor lingkungan.

Sehubungan dengan uraian di atas penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul : **Analisis Kompetensi Manajemen Kepala Ruang Rawat Inap dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan di RSUD Sungailiat Bangka.**

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang dapat diangkat dari latar belakang masalah tersebut di atas adalah :

1. Bagaimanakah kompetensi Manajemen Operasional Keperawatan dari kepala ruang di ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka ?
2. Bagaimanakah kompetensi Manajemen Asuhan Keperawatan dari kepala ruang di ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka ?

C. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan rumusan masalah di atas maka tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Ingin menganalisis kompetensi Manajemen Operasional Keperawatan dari kepala ruang di ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka.
2. Ingin menganalisis kompetensi Manajemen Asuhan Keperawatan dari kepala ruang di ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini mudah-mudahan dapat bermanfaat bagi penulis sendiri, institusi pengelola program dan untuk pengembangan keilmuan bagi pembaca atau pihak-pihak yang berkepentingan, hasil yang diharapkan bermanfaat bagi semua pihak baik secara teoritis maupun praktis yaitu :

1. Manfaat praktis

Yaitu membantu memecahkan dan mengantisipasi masalah yang ada pada Manajemen Keperawatan sebagai objek yang diteliti, ini dapat dijadikan bahan masukan bagi pengelola rumah sakit dan sekaligus tolak ukur untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Sungailiat Bangka. Selain itu penelitian ini juga memberikan solusi atas problematika yang relevan pada kasus manajemen keperawatan di RSUD Sungailiat Bangka.

2. Manfaat Teoritis

Mampu menjadi bahan perbandingan bagi penelitian sejenis terutama yang berkaitan dengan kompetensi manajemen kepala ruang sehingga dapat memberikan kontribusi teoritis baik berupa konsep maupun aplikasinya

untuk penyempurnaan penelitian-penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan manajemen keperawatan.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian manajemen kepemimpinan yang dilaksanakan untuk mengetahui bagaimana kompetensi manajemen kepala ruang rawat inap dalam meningkatkan mutu pelayanan di RSUD Sungailiat Bangka. Ini dilakukan karena keperawatan telah banyak berfokus pada manajemen rincian sehari-hari dan kurang memperhatikan kepemimpinan, sedangkan lingkungan asuhan keperawatan membutuhkan perawat yang mengatur tujuan klinis klien juga melakukan peran kepemimpinan dalam mencapai mutu pelayanan yang optimal. Selain itu untuk menindak lanjuti atas temuan BPK mengenai pelayanan rawat inap belum di dukung unsur perencanaan dan program kerja yang memadai dan hasil bimbingan Akreditasi yang menyatakan bahwa adanya ketidakjelasan wewenang dan tanggung jawab, sehingga penyelenggaraan pelayanan instalasi rawat inap tidak terpantau secara memadai dan tidak memiliki pedoman secara resmi untuk kebijakan teknis dan operasional dilapangan dalam memberikan asuhan keperawatan. Sumber Informasi pada penelitian ini adalah Direktur RSUD Sungailiat, Kabid Keperawatan, Kepala ruang rawat inap, perawat pelaksana dan pasien yang dirawat. Penelitian ini dilaksanakan bulan Mei Tahun 2012. Dengan menggunakan metoda pendekatan kualitatif.

F. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian adalah subjektivitas, dalam menginterpretasikan informasi yang diperoleh dari teknik observasi, *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, sehingga penelitian ini tergantung pada pemahaman dan penafsiran penulis terhadap bahasa yang digunakan oleh responden karena peserta menggunakan bahasa daerah Bangka dan untuk mempermudah pemahaman hasil penelitian maka penulis menterjemahkan langsung kedalam bahasa Indonesia. Hasil Informasi yang diperoleh juga sangat dipengaruhi oleh *recall bias responden* (*lupa*).

Dalam penelitian ini pengumpulan informasi dilakukan melalui FGD dan wawancara mendalam dengan menggunakan instrument pedoman wawancara. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi hasil penelitian ini seperti : informasi yang diberikan oleh peserta FGD dan wawancara mendalam hanya mengandalkan daya ingat dan perasaannya sehingga bisa saja terjadi faktor lupa atau bias. Peserta FGD dan wawancara mendalam bisa menjawab pertanyaan dari peneliti. Dalam penelitian ini juga tidak ada informasi yang dapat diperoleh dari penelitian terdahulu sehingga dalam pembahasan hanya menggunakan teori-teori yang berkaitan dengan penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Definisi rumah sakit menurut Keputusan Menteri Republik Indonesia nomor 983.MENKES/SK/1992 mengenai pedoman rumah sakit umum dinyatakan bahwa: "Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan". Sementara itu menurut Siregar (2003) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik.

Definisi rumah sakit ini di setiap peraturan daerah pada umumnya sama, hanya saja terdapat perbedaan pada tugas pokoknya, yang diantaranya adalah: luas tidaknya lingkup spesialisik yang dimiliki, kekhususan menyertainya dengan adanya rumah sakit yang dibina dirjen yanmed Dpekes RI yang secara fisik berada di daerah kabupaten, kota ataupun di provinsi.

Mutu adalah faktor yang mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pasar atau ketetapan manajemen. Ia berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau

hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif". (Wijono, 1999).

Sebagai unsur manajemen, sumber daya manusia kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit akan mempengaruhi diferensiasi dan kualitas pelayanan kesehatan, keterbatasan keanekaragaman jenis tenaga kesehatan akan menghasilkan kinerja rumahsakit dalam pencapaian indikator mutu pelayanan rumahsakit. Kekhususan ini sangatlah tidak mungkin dimanajementi secara umum, karena SDM kesehatan adalah SDM fungsional yang kepadanya melekat fungsi profesi berdasarkan latar belakang pendidikan kesehatannya.

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan mengandung arti bahwa sarana pelayanan kesehatan dan tenaga profesi kesehatan harus mampu menunjukkan akuntabilitas sosial untuk memberikan pelayanan prima kepada konsumen, yakni pelayanan yang sesuai dengan standar yang diakui sehingga dapat memenuhi atau bahkan melebihi harapan konsumen. Untuk itu perlu dikembangkan suatu sistem dan mekanisme yang efektif guna tercapainya pelayanan prima tersebut.

Hal lain adalah Pelaksanaan Program kendali mutu harus berdasarkan falsafah bersama untuk mempertahankan dan meningkatkan pelayanan yang diberikan oleh tim pelayanan dari berbagai disiplin ilmu.

Falsafah yang mendasari program kendali mutu antara lain:

- Masing-masing disiplin telah mengidentifikasi dan menyetujui falsafah dasar untuk dikembangkan menjadi tujuan masing-masing pelayanan.

- Masing -masing disiplin menyepakati untuk mengkaji pelayanan yang diberikan oleh anggotanya.
- Semua staf memberikan perhatian untuk mencapai tujuan institusi yang dalam hal ini memberikan efek terhadap pelayanan pada klien.
- Praktek perawatan tidak akan mungkin meningkatkan kecuai masalah dapat diidentifikasi dan dipecahkan.
- Staf mempunyai pengetahuan yang cukup dan memiliki ide-ide yang kreatif untuk memecahkan masalah-masalah dalam pekerjaannya
- Staf dapat memecahkan masalah jika cukup informasi-informasi yang diperlukan .

Pekerja pada umumnya merasakan kepuasan kerja dan lebih produktif bila mereka dibantu dengan menciptakan lingkungan kerja yang baik dengan mengurangi hambatan dalam pekerjaannya. Program kendali mutu perlu dilaksanakan dan dibuat secara teratur dan terus menerus untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Dengan melakukan pendekatan konkuren maupun retrospektif terhadap lingkup struktur, proses dan hasil maka semua aspek-aspek antara lain: Tenaga keperawatan, asuhan keperawatan dan kepuasan klien harus dinilai dengan menggunakan standar-standar yang tepat, walaupun demikian baiknya program kendali mutu ini dilakukan secara terpadu tetapi tetap ada kendala - kendala yang perlu diperhatikan.

Dengan melibatkan semua staf keperawatan untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan program pengendalian mutu ini, maka tujuan akhir dari program pengendalian mutu yaitu meningkatnya mutu pelayanan keperawatan berdasarkan

standar pelayanan minimal sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes/ SK / II / 2008.

2. Kompetensi dan Penilaiannya

Dalam terminologi organisasi kompetensi diartikan sebagai keahlian yang dimiliki seseorang yang dapat dikelompokkan menjadi keahlian teknis dan keahlian profesional. Sedangkan dalam konteks sebuah sistem, kompetensi adalah merupakan aspek input dan proses dari kinerja suatu pekerjaan, di mana menurut Armstrong (1994) kompetensi didefinisikan mencakup karakteristik perilaku yang dapat menunjukkan perbedaan antara orang yang berkinerja tinggi yang dalam hal ini menyangkut prestasi kerja yang ditunjukkan oleh seseorang.

Dalam pelayanan keperawatan seorang pelaksana perawat yang baik harus mempunyai ketrampilan kognitif (intelektual), kreatif dan mempunyai keingintahuan yang tinggi, ketrampilan interpersonal, kompetensi kultural, ketrampilan psikomotor serta mempunyai ketrampilan teknologi seiring dengan tuntutan kemajuan. Sedangkan menurut Nurachmah (2000), bagi seorang manajer keperawatan, maka harus memiliki beberapa kompetensi agar pelaksanaan pekerjaannya dapat berhasil yaitu : kemampuan menerapkan pengetahuan, ketrampilan kepemimpinan, (kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin) dan kemampuan melaksanakan fungsi manajemen, di mana kelancaran pelayanan keperawatan di suatu ruang rawat baik juga dipengaruhi oleh beberapa aspek antara lain adanya : visi, misi dan tujuan rumah sakit yang dijabarkan secara lokal ruang rawat, struktur organisasi lokal, mekanisme kerja (standar-standar) yang diberlakukan di ruang rawat, sumber daya manusia keperawatan yang memadai

baik kuantitas maupun kualitas, metoda penugasan, tersedianya berbagai sumber atau fasilitas yang mendukung pencapaian kualitas pelayanan yang diberikan, kesadaran dan motivasi dari seluruh tenaga keperawatan yang ada serta komitmen dan dukungan dari pimpinan Rumah Sakit.

Bagi perawat manajer yang bekerja di Rumah Sakit Pemerintah dan mempunyai status sebagai Pegawai Negeri Sipil, kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki berupa pengetahuan, keahlian dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, yang dikelompokkan menjadi dua, yaitu : kompetensi umum yang merupakan kemampuan dan karakteristik yang harus dimiliki berupa pengetahuan dan perilaku yang diperlukan dalam melaksanakan tugas jabatan yang dipangkunya dan kompetensi khusus, yaitu : kemampuan dan karakteristik yang berupa keahlian untuk melaksanakan tugas jabatan yang dipangkunya. Salah satu kompetensi umum yang harus dimiliki oleh seorang pejabat atau manajer adalah mampu menumbuhkembangkan inovasi, kreasi dan motivasi pegawai dalam rangka pengoptimalan kinerja organisasi.

Menurut Dharma (2005) analisis dan penilaian terhadap kompetensi mempunyai peran yang penting dalam sebuah organisasi, yang antara lain dapat bermanfaat dalam manajemen kinerja, seleksi, dan pengembangan karir pegawai. Seringkali dikatakan bahwa apa yang bisa dikelola, harus dapat pula diukur, begitu juga dengan kompetensi. Pengukuran kompetensi dilakukan dapat dengan menggunakan skala penilaian yang didasarkan pada keperilakuan yang menguraikan secara rinci berbagai perilaku atau tindakan yang menunjukkan keberhasilan bagi suatu peran tertentu. Perusahaan Standart Chartered misalnya,

menetapkan indikator kompetensi dalam manajemen kinerja keawainya, yang terdiri dari : pengetahuan kerja dan profesionalisme, kesadaran organisasi dan *customer oriented*, komunikasi, keahlian interpersonal, kerjasama tim, inisiatif dan kemampuan adaptasi, keahlian analitis atau pengambilan keputusan, produktivitas, kualitas, manajemen dan kepemimpinan.

Kegiatan penilaian kompetensi biasanya dilakukan dengan menggunakan wawancara yang terstruktur atau dengan pendekatan workshop dan dapat juga dilakukan dengan cara sejumlah ahli manajemen berkumpul untuk menganalisis suatu pekerjaan atau jenis pekerjaan. Ada tiga teknik yang dapat dilakukan dalam melakukan analisis atau pengukuran kompetensi, yaitu :

1. Teknik insiden kritis

Teknik ini adalah suatu cara untuk mengumpulkan data tentang perilaku yang efektif dan kurang efektif yang dihubungkan dengan contoh kejadian yang sesungguhnya.

2. Analisis *Repertory Grid*

Teknik ini didasarkan pada teori gagasan personal, yang dapat mengidentifikasi dimensi yang membedakan antara standar kinerja yang baik dan buruk, merupakan cara bagaimana kita memandang dunia dan perilaku orang lain.

3. Penilaian kompetensi kerja

Mengacu pada penelitian Mc Clelland tentang variabel kompetensi yang dapat memperkirakan tingkat kinerja suatu pekerjaan. Penilaian kompetensi menggunakan 20 indikator kompetensi yang paling sering dipakai untuk memperkirakan keberhasilan yang dikelompokkan dalam enam kluster, yaitu :

- a. Kluster prestasi yang terdiri dari : orientasi pencapaian, kepedulian akan kualitas dan keteraturan serta inisiatif.
- b. Kluster pelayanan yang terdiri dari : pemahaman interpersonal, orientasi pelayanan konsumen.
- c. Kluster pengaruh yang terdiri dari : dampak dan pengaruh, kesadaran organisasional dan membangun hubungan / jejaring.
- d. Kluster Manajerial yang terdiri dari : pengarahan, kerjasama kelompok dan rasa kerjasama, mengembangkan orang lain, dan kepemimpinan tim.
- e. Kluster pemikiran kognitif / pemecahan masalah yang terdiri dari kepiawaian teknis, pencarian informasi, berpikir analitis, dan berpikir konseptual.
- f. Kluster efektifitas pribadi yang terdiri dari pengendalian diri, daya tahan terhadap stres, rasa percaya diri, komitmen terhadap organisasi dan fleksibilitas.

3. Manajemen Keperawatan

Dalam menjalankan fungsi manajerial perawat harus dapat memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga, menjalin hubungan yang efektif dan terapeutik dengan atasan, staf dan tim kesehatan lainnya dan mampu mempengaruhi orang lain agar mau bertindak melakukan kegiatan sesuai rencana sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja para karyawan.

Manajemen keperawatan menurut Gillies (1989), *management is the process of getting work done others. Nursing management is the process of working through nursing personnel to provide care, cure, and comfort to groups of*

patients. The nurse manager's task is to plan, organize, direct and control available financial, material and human resources in order to provide effective, economic care to patients.

Manajemen keperawatan adalah proses pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga, masyarakat. Manajer keperawatan merencanakan, mengorganisir, memimpin dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia untuk memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien pada individu, keluarga dan masyarakat

Manajemen keperawatan menurut Douglass (1992) dalam Atuti (2012) adalah proses pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien melalui fungsi-fungsi manajemen yaitu : Planning, directing, coordinating, controlling, including leadership, giving direction, developing staff, monitoring operation, giving reward fairly and representing both staff members and administration as needed.

Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan objektivitas pelaksanaan pelayanan keperawatan. Keberhasilan pelayanan keperawatan sangat dipengaruhi oleh bagaimana manajer keperawatan melaksanakan peran dan fungsinya.

Menurut Korn (1987), yang termasuk lingkup manajemen keperawatan adalah manajemen operasional dan manajemen asuhan keperawatan.

a) Manajemen Operasional Keperawatan

Secara operasional manajemen keperawatan merupakan bentuk kepemimpinan dan pengelolaan oleh departemen/ divisi/ bidang/ seksi keperawatan melalui tiga tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak, manajemen menengah dan manajemen bawah. Dalam pelaksanaannya manajer keperawatan harus memiliki beberapa faktor yaitu: 1) kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin (keterampilan kepemimpinan), 2) kemampuan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen (pengorganisasian dan pengawasan), dan 3) kemampuan menerapkan pengetahuan.

Herzberg (1977) mengemukakan bahwa dalam melaksanakan fungsi manajerial manajer juga harus memperhatikan *maintenance factors* dan *motivation factors*. Sedangkan Flippo (1997) mengemukakan faktor lingkungan kerja merupakan faktor yang harus diperhatikan untuk keberhasilan pelaksanaan fungsi-fungsi manajerial.

Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa manajemen keperawatan merupakan pengelolaan aktivitas keperawatan oleh manajer keperawatan (dalam hal ini manajemen puncak) melalui kegiatan manajerial terhadap perawat pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kepada pasien/ keluarga/ masyarakat secara profesional. Kegiatan manajerial tersebut yaitu: 1) kemampuan kepemimpinan keperawatan, 2) kemampuan pengorganisasian keperawatan, 3) kemampuan pengawasan keperawatan, 4) kemampuan mengelola motivasi kinerja keperawatan, 5) kemampuan membangun lingkungan kerja produktif keperawatan.

(1) Kepemimpinan Keperawatan

Kepemimpinan merupakan gaya memimpin yang dapat menghasilkan keluaran melalui pengaturan kinerja orang lain. Pemimpin harus mampu memastikan bahwa bawahan melaksanakan pekerjaannya berdasarkan keterampilan yang dimiliki dan komitmen terhadap pekerjaan untuk menghasilkan keluaran yang terbaik. Oleh karena itu, kepemimpinan timbul sebagai hasil sinergis berbagai keterampilan mulai dari administratif (perencanaan, pengorganisasian, pengendalian dan pengawasan), keterampilan teknis (pengelolaan, pemasaran, dan teknis prosedural), dan keterampilan interpersonal.

Robbins (2001) menyatakan kepemimpinan merupakan kemampuan untuk mempengaruhi kelompok dalam mencapai tujuan, yang dapat bersumber dari formal seperti posisi atau kedudukan dalam suatu organisasi dan terdapat enam ciri yang terlihat dari seorang pemimpin yaitu: 1) ambisi dan energi, 2) hasrat untuk memimpin, 3) kejujuran dan integritas, 4) kepercayaan diri, 5) kecerdasan, dan 6) pengetahuan yang relevan dengan tugas pekerjaannya.

Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan kemampuan dan keterampilan seorang manajer keperawatan dalam mempengaruhi perawat lain di bawah pengawasannya untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai. Pemberian pelayanan keperawatan merupakan suatu kegiatan yang kompleks dan melibatkan berbagai individu. Agar tujuan keperawatan tercapai diperlukan kegiatan dalam menerapkan keterampilan kepemimpinan.

Menurut Kron (1987), kegiatan tersebut meliputi: 1) perencanaan dan pengorganisasian, manajer keperawatan dituntut untuk mampu membuat rencana

kegiatan keperawatan baik yang bersifat teknik atau non teknik keperawatan, 2) penugasan dan pengarahan, manajer keperawatan bertanggung jawab dalam hal ketepatan dan kebenaran pelaksanaan proses pelayanan keperawatan pasien, 3) pemberian bimbingan, manajer keperawatan mampu menjadi media konsultasi dan fasilitator pelaksanaan proses pelayanan keperawatan, 4) mendorong kerjasama dan partisipasi, manajer keperawatan dituntut agar dapat membangun kinerja dalam tim 5) koordinasi, diperlukan sebagai sarana konsolidasi proses pelayanan keperawatan yang dilaksanakan, 6) evaluasi penampilan kerja, manajer keperawatan perlu melakukan penilaian terhadap efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tugas dan fungsi bawahannya.

Kepemimpinan dalam keperawatan dapat ditumbuhkan lebih optimal, selain dengan menguasai keterampilan di atas tetapi juga apabila seorang manajer keperawatan mampu memperlihatkan keterampilan dalam menghadapi orang lain dengan efektif. Keterampilan tersebut yaitu: 1) kepiawaian dalam menggunakan posisi, 2) kemampuan dalam memecahkan masalah secara efektif, 3) ketegasan sikap dan komitmen dalam pengambilan keputusan, 4) mampu menjadi media dalam penyelesaian konflik kinerja dan 5) mempunyai keterampilan dalam komunikasi dan advokasi.

(2) Pengorganisasian Keperawatan

Pengorganisasian keperawatan adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas, kewenangan dan tanggung jawab sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kegiatan kesatuan yang telah ditetapkan pada proses pelaksanaan pelayanan keperawatan. Szilagyi (1990) mengemukakan bahwa fungsi pengorganisasian merupakan proses

mencapai tujuan dengan koordinasi kegiatan dan usaha, melalui penataan pola struktur, tugas, otoritas, tenaga kerja dan komunikasi.

Tiga aspek penting dalam pengorganisasian keperawatan yaitu: 1) pola struktur yang berarti proses hubungan interaksi yang dikembangkan secara efektif, 2) penataan tiap kegiatan yang merupakan kerangka kerja dalam organisasi, 3) struktur kerja organisasi termasuk kelompok kegiatan yang sama, pola hubungan antar kegiatan yang berbeda, penempatan tenaga yang tepat dan pembinaan cara komunikasi yang efektif.

Prinsip – prinsip pengorganisasian keperawatan meliputi yaitu:

1. Pembagian kerja keperawatan

Prinsip dasar untuk mencapai efisiensi yaitu pekerjaan dibagikan sehingga setiap orang atau petugas akan memiliki tugas tertentu. Untuk itu manajer keperawatan perlu mengetahui yaitu: 1) pendidikan dan pengalaman setiap staff, 2) peran dan fungsi pelaksanaan pelayanan keperawatan di rumah sakit, 3) perawat yang diterapkan di RS tersebut, 4) mengetahui ruang lingkup tugas keperawatan mulai dari manajemen puncak sampai manajemen bawah dan staf dalam organisasi rumah sakit, 5) mengetahui batas wewenang dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagai manajer keperawatan, 6) mengetahui hal-hal yang dapat didelegasikan kepada kepala ruangan dan staf pelaksanaan pelayanan keperawatan.

2. Pendelegasian tugas manajerial

Pendelegasian adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab manajer keperawatan kepada bawahan/ karu/ staf untuk bertindak dalam

batas-batas tertentu. Dengan pendelegasian, manajer keperawatan dapat mencapai tujuan dan sasaran kelompok melalui usaha orang lain. Dengan pendelegasian manajer keperawatan mempunyai waktu lebih banyak untuk melakukan hal lain yang lebih penting seperti perencanaan dan evaluasi. Pendelegasian juga merupakan alat pengembangan dan latihan manajerial yang bermanfaat. Staf yang memiliki minat terhadap tantangan yang lebih besar akan menjadi lebih komit dan puas bila diberikan kesempatan untuk memegang tugas atau tantangan yang penting.

Bagi staf, pendelegasian dapat mengembangkan rasa tanggung jawab, meningkatkan pengetahuan dan rasa percaya diri, berkualitas, lebih komit dan puas pada pekerjaan. Sementara bagi manajer keperawatan dapat memberikan pengaruh/ *power internal* maupun eksternal, meningkatkan kedewasaan dan rasa percaya diri serta dapat mencapai sasaran pelayanan keperawatan melalui usaha orang lain.

3. Koordinasi tugas manajerial

Koordinasi tugas manajerial adalah upaya yang dilakukan oleh manajer keperawatan dalam rangka keselarasan tindakan, usaha, sikap dan penyesuaian antar tenaga dalam lini organisasi pelayanan keperawatan. Keselarasan ini dapat terjalin antara pimpinan dan pelaksana tugas pelayanan keperawatan atau dengan anggota tim kesehatan lain.

Agar mencapai kegiatan koordinasi dengan efektif dan efisien maka koordinasi sebaiknya dilakukan dengan cara yaitu: 1) komunikasi terbuka, 2) dialog, 3) pertemuan/rapat, 4) pencatatan dan pelaporan, 5) pembakuan formulir yang berlaku.

4. Manajemen waktu .

Dalam mengorganisir ketenagaan, manajer keperawatan perlu mengatur/ mengendalikan dan membuat prioritas waktu terhadap pelaksanaan pelayanan keperawatan. Oleh karena itu perlu dilakukan pengontrolan waktu sehingga dapat digunakan lebih efektif.

(3) Pengawasan Keperawatan

Pengawasan dalam keperawatan merupakan aktivitas manajerial yang dilakukan oleh manajer keperawatan untuk mencapai keberhasilan pelayanan keperawatan melalui kegiatan supervisi, audit internal, penilaian prestasi dan disiplin. Supervisi keperawatan adalah proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan. Adapun tujuan dari supervisi keperawatan adalah pemenuhan dan peningkatan kepuasan pelayanan pada pasien dan keluarganya.

Di rumah sakit manajer keperawatan yang melakukan tugas supervisi adalah kepala ruang, pengawas keperawatan, kepala seksi, kepala bidang dan wakil direktur keperawatan. Maka semua manajer keperawatan perlu mengetahui, memahami dan melaksanakan peran dan fungsinya sebagai supervisor.

Tanggung jawab supervisor dalam manajemen pelayanan keperawatan adalah: 1) menetapkan dan mempertahankan standar praktek pelayanan dan asuhan keperawatan, 2) menilai kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan, 3) mengembangkan peraturan dan prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain yang terkait, 4) memantapkan kemampuan perawat, 5) memastikan praktek keperawatan profesional dijalankan.

Audit internal, penilaian prestasi/ kinerja dan disiplin merupakan bagian pengawasan manajerial termasuk dalam kategori evaluasi kinerja. Menurut Sandra (1990) ada tiga metode dalam melakukan evaluasi pelaksanaan pelayanan keperawatan yaitu: 1) metode observasi langsung, 2) metode uji kompetensi, 3) metode tertulis dan lisan. Kemudian ada dua aspek yang perlu dilakukan evaluasi yaitu: 1) performa teknis/ klinis, 2) performa non teknis / *independent*.

Menurut Bradshaw (1989) dalam Nursalam (2002) keterampilan yang perlu dievaluasi yaitu: 1) kemampuan sosial (interpersonal dan kesadaran diri), 2) keterampilan berkomunikasi (berbicara dan mendengar orang lain), 3) *performance* kerja (penggunaan alat, teknik medik obat), 4) kemampuan pengambilan keputusan (asuhan keperawatan dan manajemen pasien).

(4) Motivasi Keperawatan

Pelaksanaan peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan tindakan yang memerlukan *need*, *drive* dan *motivasi* agar bisa berjalan. Motivasi ini erat kaitannya dengan kinerja berkualitas sebab proses inilah yang nantinya dijadikan tolak ukur keberhasilan pelaksanaan pelayanan keperawatan di rumah sakit. Dengan kata lain seorang perawat harus memiliki motivasi tinggi agar nanti di dapat kinerja yang baik.

Soeroso (2002) mengemukakan motivasi merupakan suatu kondisi/ keadaan yang mempengaruhi seseorang untuk terus meningkatkan, mengarahkan serta memelihara perilakunya yang berhubungan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan lingkungan kerjanya.

Adalah menjadi tugas manajer keperawatan agar perawat pelaksana memiliki semangat kerja dan ketahanan kerja yang tinggi. Hal ini bisa dilakukan

dengan memperhatikan kebutuhan dasar perawat dalam melaksanakan fungsinya sebagai pemberi pelayanan. Kepiawaian manajer keperawatan dalam membangun motivasi kinerja akan mempengaruhi kepuasan kerja perawat. Perawat yang puas dengan apa yang diperolehnya dari manajemen akan memberikan lebih dari apa yang diharapkan dan ia akan terus berusaha memperbaiki kinerjanya. Sebaliknya perawat yang kepuasan kerjanya rendah, cenderung melihat pekerjaan sebagai hal yang menjemukan dan membosankan, sehingga ia bekerja dengan terpaksa dan asal-asalan.

Herzberg (1977) mengemukakan bahwa orang dalam melaksanakan pekerjaan dipengaruhi oleh dua faktor yang merupakan kebutuhan yaitu:

1. *Maintenance factors*

Maintenance factors merupakan faktor yang berhubungan dengan upaya *mereinforce* untuk mempertahankan perilaku/ prestasi yang baik yang berorientasi untuk memperoleh ketentraman badaniah, seperti:

- a. Gaji atau upah (*wages or salaries*)
- b. Kondisi kerja (*work conditions*)
- c. Kebijakan dan administrasi perusahaan (*company policy and administration*)
- d. Hubungan antar pribadi (*interpersonal relation*)
- e. Kualitas supervisi (*quality supervisor*)

Maintenance factors merupakan motif yang menjadi keharusan untuk dikelola dan diberikan perhatian oleh pimpinan/ manajer sebagai upaya kesejahteraan.

2. *Motivation Factors*

Motivation Factors merupakan faktor yang menyangkut kebutuhan psikologis seseorang yaitu perasaan sempurna dalam melakukan pekerjaan. Faktor ini berhubungan dengan penghargaan terhadap pribadi yang secara langsung berkaitan dengan pekerjaan, seperti:

- a. Prestasi (*achievement*)
- b. Pengakuan (*recognition*)
- c. Pekerjaan itu sendiri (*work it self*)
- d. Tanggung jawab (*responsibility*)
- e. Pengembangan potensi (*advancement*)
- f. Kemungkinan berkembang (*the possibility of growth*)

(5) Lingkungan Kerja Keperawatan

Semua karyawan tidak terkecuali perawat pelaksana memiliki kebutuhan untuk mengungkapkan diri, ingin diterima sebagai bagian dari "anggota/ keluarga institusi", ingin dipercaya dan didengar kata-katanya, dihargai oleh pimpinannya dan bangga terhadap apa yang dikerjakannya. Melalui hubungan dua arah pihak manajemen mengakui kehadiran mereka, sadar akan arti penting perawat di rumah sakit dan mampu berkolaborasi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bermutu.

Hal tersebut merupakan salah satu bentuk pengkondisian manajerial terhadap lingkungan kerja keperawatan. Papu (2009) mengemukakan lingkungan kerja menunjuk pada hal-hal yang berada di sekeliling dan melingkupi tugas kerja karyawan. Kondisi lingkungan kerja tergantung dan diciptakan oleh pimpinan, dengan kata lain suasana kerja yang tercipta dapat didesain dengan pola yang diciptakan pimpinan. Umumnya lingkungan kerja dapat berupa: 1) struktur tugas,

2) desain pekerjaan, 3) pola kepemimpinan. 4) pola kerjasama, 5) ketersediaan sarana kerja, dan 6) imbalan (*reward system*).

Pentingnya lingkungan kerja keperawatan merupakan upaya manajerial untuk menerapkan peran berorientasi pada manusia (*human oriented*). Karyawan dalam sistem dihargai sebagai manusia seutuhnya yang membutuhkan interaksi dan dukungan lingkungan, bukan mesin produksi. Asumsinya adalah setiap karyawan idealnya ingin bekerja dalam suatu kondisi, sistem, dan suasana kerja yang aman, menyenangkan, terdapat interaksi yang baik, kelengkapan sarana penunjang pekerjaan dan di pimpin oleh manajer yang adil dan pengertian.

b) Manajemen Asuhan Keperawatan

Lingkup manajemen asuhan keperawatan dalam manajemen keperawatan adalah terlaksananya asuhan keperawatan yang berkualitas kepada klien. Keberhasilan asuhan keperawatan sangat ditunjang oleh sumber daya tenaga keperawatan dan sumber daya lainnya. Tenaga keperawatan yang bertanggung jawab dalam menyediakan perawat pasien yang berkualitas adalah perawat pelaksana.

Manajemen asuhan keperawatan yang baik sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara sistematis dan terorganisir. Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien (Keliat, 1994). Tiga komponen penting dalam manajemen asuhan keperawatan yaitu manajemen sumber daya manusia (perawat) dengan

menggunakan sistem pengorganisasian pekerjaan perawat (asuhan keperawatan) dan sistem klasifikasi kebutuhan klien dalam metoda pemberian asuhan keperawatan yaitu proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. kebutuhan dan masalah klien merupakan titik sentral dalam proses penyelesaian masalah ini.

Banyak pakar telah merumuskan definisi dari proses keperawatan (Weitzel, Marriner, Murray, Yura, Herber, dll). Secara umum dapat dikatakan bahwa proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. (Tarwoto & Watonah, 2004) Proses keperawatan adalah :

1. Suatu pendekatan sistematis untuk mengenal masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien.
2. Merupakan proses pemecahan masalah yang dinamis dalam memperbaiki dan meningkatkan kesehatan pasien sampai ke tahap maksimum.
3. Merupakan pendekatan ilmiah.
4. Terdiri dari 4 tahap : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Atau, ada pula yang menterjemahkannya ke dalam 5 tahap : pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Tujuan Proses Keperawatan

1. Tujuan Umum

Memberikan suatu kerangka kerja berdasarkan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat, sehingga kebutuhan perawatan kesehatan klien, keluarga dan masyarakat dapat terpenuhi.

2. Tujuan Khusus :
 - a. Mempraktekkan metode pemecahan masalah dalam praktek keperawatan (problem solving) .
 - b. Menggunakan standart dalam praktek keperawatan.
 - c. Memperoleh metode yang baku, rasional dan sistematis.
 - d. Meperoleh metode yang dapat digunakan dalam berbagai macam situasi.
 - e. Memperoleh asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi.

Fungsi Proses Keperawatan

1. Sebagai kerangka berpikir untuk fungsi dan tanggung jawab keperawatan dalam ruang lingkup yang sangat luas.
2. Sebagai alat untuk mengenal masalah klien, merencanakan secara sistematis, melaksanakan rencana dan menilai hasil.

Azas-azas Proses Keperawatan

Dalam pelaksanaan proses keperawatan dianut azas-azas seagai berikut:

1. Keterbukaan, kebersamaan, dan kemitraan.
2. Manfaat, semua kebutuhan/tindakan yang diambil harus bermanfaat bagi kepentingan pasien, tenaga keperawatan, dan institusi.
3. Interdependensi, terhadap saling ketergantungan antara tenaga keperawatan dalam merawat pasien. Oleh karena itu, di butuhkan kerja sama yang baik di antara keduanya.

4. Saling menguntungkan, masing-masing pihak yang terlibat dalam hal ini perawat, klien dan institusi memperoleh kepuasan.

Manfaat Penggunaan Proses Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan sangat bermanfaat bagi pasien, perawat dan institusi.

Manfaat untuk pasien

1. Aspek keperawatan yang diterima bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah
2. Merangsang partisipasi pasien dalam perawatan dirinya (self care)
3. Kelanjutan asuhan
4. Terhindar dari mal-praktik

Manfaat untuk tenaga keperawatan

1. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
Bila semua kebutuhan klien dapat dipenuhi, tentu akan dapat mempercepat proses penyembuhan klien dan kepuasan bagi klien akan pelayanan keperawatan yang diberikan. Dengan demikian, mutu asuhan keperawatan akan meningkat.
2. Pengembangan ketrampilan intelektual dan teknis bagi tenaga pelaksana keperawatan.
3. Peningkatan citra keperawatan dan tenaga keperawatan.
Jalan yang paling tepat untuk meningkatkan citra keperawatan dan profesi keperawatan adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Kepuasan konsumen terhadap pelayanan keperawatan menunjukkan keyakinannya terhadap profesi keperawatan.

4. Meningkatkan peran dan fungsi perawatan dalam pengelolaan asuhan keperawatan.
5. Pengakuan otonomi keperawatan oleh masyarakat dan profesi lain.

Profesi keperawatan memberikan kesempatan kepada tenaga keperawatan untuk melaksanakan otonomi profesinya, yang didasari oleh tanggung gugat dan tanggung jawab, penerapan etika profesi dan standart praktek keperawatan.

6. Peningkatan rasa solidaritas. Kesamaan metode praktek keperawatan yang digunakan oleh semua tenaga keperawatan akan memperkuat persatuan serta menggambarkan otonomi dan identitas keperawatan.
7. Peningkatan kepuasan tenaga keperawatan.

Kepuasan konsumen terhadap pelayanan keperawatan dengan sendirinya akan menimbulkan kepuasan bagi tenaga perawatan.

8. Memupuk rasa percaya diri dalam memberikan asuhan keperawatan.
9. Untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Proses keperawatan dapat mendukung dan memberi sumbangan dalam pengembangan penelitian ilmu keperawatan, sehingga dapat dikembangkan metode-metode yang baku dalam memberikan asuhan keperawatan.

Manfaat untuk Institusi (Rumah Sakit)

1. Banyak Pengunjung (masuk/keluar pasien) sehingga keuntungan yang di peroleh akan meningkat.

2. Citra Rumah Sakit akan bertambah baik di mata masyarakat.

Manfaat bagi masyarakat

Masyarakat mendapat pelayanan yang berkualitas.

Tahap-tahap Proses Keperawatan

Dalam proses keperawatan, Depkes RI (1998) membaginya menjadi enam tahapan yaitu:

1. Pengkajian keperawatan
2. Diagnosa keperawatan
3. Perencanaan keperawatan
4. Intervensi keperawatan
5. Evaluasi keperawatan
6. Catatan asuhan keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Asuhan keperawatan paripurna memerlukan data yang lengkap dan dikumpulkan secara terus menerus, tentang keadaannya untuk menentukan kebutuhan asuhan keperawatan. Data kesehatan harus bermanfaat bagi semua anggota tim kesehatan. Komponen pengkajian keperawatan meliputi :

- a. Pengumpulan data

Kriteria : menggunakan format baku, sistematis, diisi sesuai item yang tersedia, actual, absah.

- b. Pengelompokan data

Kriteria : data biologis, psikologis, sosial, spiritual.

- c. Perumusan masalah

Kriteria : kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan, perumusan masalah ditunjang oleh data yang telah dikumpulkan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien, dianalisis dan dibandingkan dengan norma fungsi kehidupan pasien dengan kriteria :

- a. Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
- b. Dibuat sesuai dengan wewenang perawat.
- c. Komponen terdiri dari masalah, penyebab dan gejala/tanda (PES) atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE).
- d. Bersifat actual apabila masalah kesehatan pasien sudah nyata terjadi.
- e. Bersifat potensial apabila masalah kesehatan pasien, kemungkinan besar akan terjadi.
- f. Dapat ditanggulangi oleh perawat.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan.

Komponen perencanaan meliputi :

- a) Prioritas masalah, kriteria :
 - Masalah-masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas pertama.
 - Masalah-masalah yang mengancam kesehatan seseorang adalah prioritas kedua.

- Masalah-masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.

b) Tujuan Asuhan Keperawatan, kriteria :

- Spesifik
- Bisa diukur
- Bisa dicapai
- Realistik
- Ada batas waktu

c) Rencana tindakan, Kriteria :

- Disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan.
- Melibatkan pasien atau keluarga.
- Mempertimbangkan latar belakang budaya pasien / keluarga.
- Menentukan alternatif tindakan yang tepat.
- Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada.
- Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien.
- Kalimat ringkas, tegas dengan bahasa yang mudah dimengerti.

4. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah pelaksanaan/preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan/atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan.

Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengkualifikasian seperti bagaimana, kapan, di mana, frekuensi, dan besarnya

memberikan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua yaitu mandiri yaitu dilakukan oleh perawat dan kolaboratif yaitu yang dilakukan oleh pemberi perawatan lainnya.

Intervensi keperawatan berorientasi pada 14 komponen keperawatan dasar meliputi :

- a. Memenuhi kebutuhan oksigen
- b. Memenuhi kebutuhan nutrisi
- c. Memenuhi kebutuhan eliminasi
- d. Memenuhi kebutuhan keamanan
- e. Memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan fisik
- f. Memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur
- g. Memenuhi kebutuhan gerak dan kegiatan jasmani
- h. Memenuhi kebutuhan spiritual
- i. Memenuhi kebutuhan emosional
- j. Memenuhi kebutuhan komunikasi
- k. Mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis
- l. Memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan
- m. Memenuhi kebutuhan penyuluhan
- n. Memenuhi kebutuhan rehabilitasi

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien dengan kriteria :

- a. Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi.

- b. Evaluasi hasil menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan.
 - c. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan.
 - d. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan.
 - e. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
6. Catatan Asuhan Keperawatan

Catatan asuhan keperawatan dilakukan secara individual, Kriteria:

- a. Dilakukan selama pasien rawat inap dan rawat jalan.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan informasi, komunikasi dan laporan.
- c. Dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan.
- d. Penulisannya harus jelas dan ringkas serta menggunakan istilah yang baku.
- e. Sesuai dengan pelaksanaan proses keperawatan.
- f. Setiap pencatatan harus mencantumkan initial/paraf/nama perawat yang melaksanakan tindakan dan waktunya.
- g. Menggunakan formulir yang baku.
- h. Disimpan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

4. Kepala Ruang sebagai Manajer Pelayanan Keperawatan

Dalam pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Kepala Ruang adalah manager tingkat lini yang mempunyai tanggung jawab untuk meletakkan konsep praktik, prinsip dan teori manajemen keperawatan serta mengelola lingkungan organisasi untuk menciptakan iklim yang optimal dan menjamin kesiapan asuhan keperawatan oleh perawat klinik. Selain itu Kepala Ruang juga adalah seorang tenaga perawat professional yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat. Adapun yang menjadi syarat dari Kepala Ruangan

yang ditetapkan oleh Depkes (1999) adalah minimal berpendidikan Ahli madya Keperawatan atau Kebidanan yang memiliki pelatihan / kursus tentang Manajemen Pelayanan Keperawatan Ruang / Bangsal dengan pengalaman kerja sebagai perawat pelaksana 3 tahun sampai dengan 5 tahun .

Standar tugas pokok Kepala Ruang yang ditetapkan oleh Depkes (1999) meliputi kegiatan menyusun rencana kegiatan tahunan yang meliputi kebutuhan sumber daya (tenaga, fasilitas, alat dan dana), menyusun jadwal dinas dan cuti, menyusun rencana pengembangan staf, kegiatan pengendalian mutu, bimbingan dan pembinaan staf, koordinasi pelayanan, melaksanakan program orientasi, mengelola praktik klinik serta melakukan penilaian kinerja dan mutu pelayanan. Kepala Ruang sebagai manajer operasional dari sebuah ruang perawatan bertanggung jawab untuk pengorganisasi kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap, yang meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Struktur organisasi

Struktur organisasi ruang rawat inap terdiri dari : struktur, bentuk dan bagan yang menggambarkan pola hubungan antar bagian atau staf atasan baik vertikal maupun horisontal. Juga dapat dilihat posisi tiap bagian, wewenang dan tanggung jawab serta jalur tanggung gugat. Bentuk organisasi disesuaikan dengan pengelompokan kegiatan atau sistim penugasan yang digunakan di ruangan.

2. Pengelompokan kegiatan

Setiap organisasi memiliki serangkaian tugas atau kegiatan yang harus disesuaikan untuk mencapai tujuan. Dalam ruang perawatan. Kepala Ruang mempunyai tanggung jawab untuk mengorganisir tenaga keperawatan yang ada dan kegiatan pelayanan asuhan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan

tingkat ketergantungan pasien. Pengelompokan kegiatan dilakukan untuk memudahkan pembagian tugas pada perawat sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang mereka miliki serta disesuaikan dengan kebutuhan klien, yang biasa disebut dengan metode penugasan keperawatan, untuk ini Kepala Ruang perlu mengkategorikan pasien yang sedang di rawat di unit kerjanya.

3. Koordinasi Kegiatan

Kepala Ruang sebagai koordinator kegiatan harus menciptakan kerja sama yang selaras satu sama lain dan saling menunjang untuk menciptakan suasana kerja yang kondusif. Menetapkan rentang kendali sejumlah 3 - 7 orang staf. Selain itu perlu adanya pendelegasian tugas kepada ketua tim atau perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan di ruang rawat inap.

4. Evaluasi Kegiatan

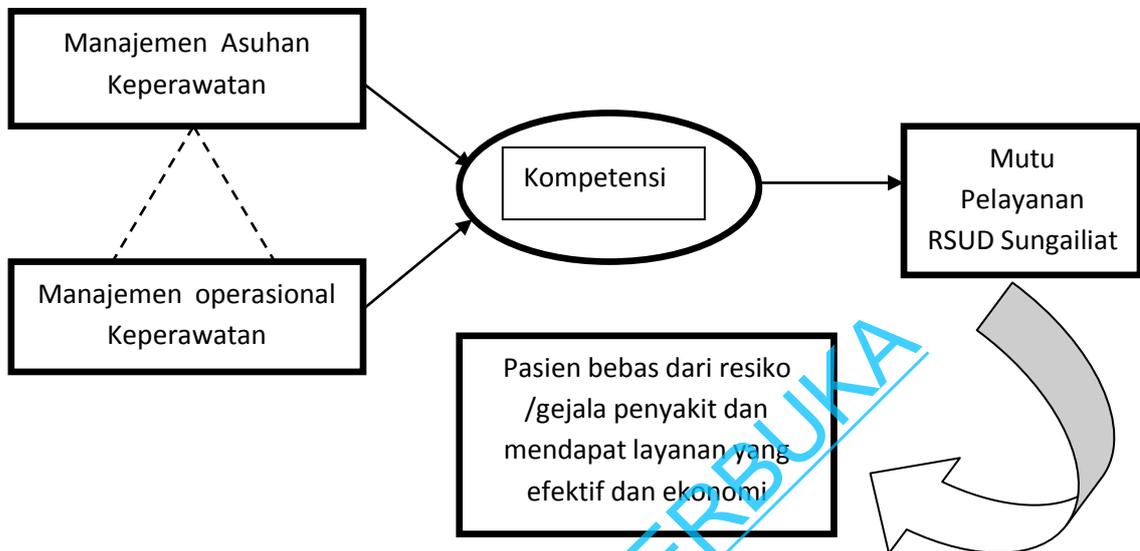
Dalam rangka menilai pelaksanaan kegiatan perlu dilakukan evaluasi secara terus menerus untuk mengetahui adanya penyimpangan standard sehingga dapat dilakukan koreksi. Kepala Ruang berkewajiban untuk memberi arahan yang jelas tentang kegiatan yang akan dilakukan. Untuk itu diperlukan uraian tugas dengan jelas untuk masing- masing staf dan standar penampilan kerja.

5. Kelompok Kerja

Kegiatan di ruang rawat inap diperlukan kerjasama dan kebersamaan dalam kelompok. Kebersamaan yang solid dan utuh dapat meningkatkan motivasi kerja perawat dan perasaan keterikatan dalam kelompok untuk meningkatkan kualitas kerja dan mencapai tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan.

B. Kerangka Berpikir

Gambar 2.1
Kerangka Berpikir



Keterangan :

Diteliti



Mendukung



C. Definisi Konsep

1. Mutu Pelayanan RSUD Sungailiat adalah pelayanan yang sesuai dengan standar yang diakui sehingga dapat memenuhi atau bahkan melebihi harapan konsumen RSUD Sungailiat.

2. Kompetensi diartikan adalah kemampuan menerapkan pengetahuan, ketrampilan kepemimpinan, (kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin) dan kemampuan melaksanakan fungsi manajemen, di mana kelancaran pelayanan keperawatan di suatu ruang rawat.
3. Manajemen Operasional Keperawatan adalah manajemen keperawatan yang mengelola aktivitas keperawatan oleh manajer keperawatan (dalam hal ini manajemen puncak) melalui kegiatan manajerial terhadap perawat pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kepada pasien/ keluarga/ masyarakat secara profesional.
4. Manajemen Asuhan Keperawatan adalah manajemen keperawatan untuk terlaksananya asuhan keperawatan yang berkualitas kepada klien

D. Keaslian Penelitian

Penelitian ini belum pernah dilakukan di RSUD Sungailiat Bangka. Namun demikian terdapat beberapa penelitian yang juga mengambil tema tentang pelayanan keperawatan di unit rawat inap. Beberapa penelitian tersebut dapat dibedakan dengan penelitian yang sedang dilakukan seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1
Perbedaan Penelitian yang Dilakukan dengan Penelitian Terdahulu

PENELITIAN	
Nama	Yatimin
Time	2012
Judul	Analisis KompetensiManajemen Kepala Ruang Rawat Inap dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan di RSUD Sungailiat Bangka.
Jenis	Analisis Deskriptif dengan kualitatif
Statistik	Ujia keabsahan dengan Trianggulasi metode dan trianggulasi

	sumber
Populasi	Menggunakan 57 Responden
Lingkup Masalah	Kompetensi manajemen Operasional Keperawatan (Kepemimpinan, pengorganisasian, pengawasan, motivasi, dan lingkungan kerja) dan Kompetensi manajemen Asuhan Keperawatan (Pengkajian, Diagosa keperawatan, perencanaan dan evaluasi)
PENELITIAN	
Nama	Pillay
Time	2011
Judul	The Skills Gap in Nursing Management in the South African Public Health Sector
Jenis	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif
Statistik	– <i>Chi Square</i>
Populasi	215 senior nursing managers
Lingkup Masalah	Kekurangan dari manajemen dengan mengidentifikasi pengetahuan atau keterampilan yang paling berpengaruh terhadap kegiatan suatu manajemen kepemimpinan
PENELITIAN	
Nama	Hsu
Time	2011
Judul	Evaluation of a leadership orientation program in Taiwan
Jenis	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif
Statistik	<ul style="list-style-type: none"> – <i>T-test</i> – <i>Regression analisis</i>
Populasi	136 responden
Lingkup Masalah	Prediksi kemampuan perawat manajer dengan program orientasi kepemimpinan.
PENELITIAN	
Nama	Mayasari
Time	2009
Judul	Analisi pengaruh persepsi faktor manajemen keperawatan terhadap Perawat di ruang rawat inap RSUD Kota Semarang
Jenis	– <i>Observational survey</i>

	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif
Statistik	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics Binary</i>
Populasi	40 Perawat di ruang rawat inap RSUD Kota Semarang
Lingkup Masalah	Insentif, Kepemimpinan, Kondisi Lingkungan Kerja, Kesempatan Promosi, Supervisi terhadap Kepuasan Kerja.
PENELITIAN	
Nama	Hidayat
Time	2009
Judul	Aspek-Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat Di Rawat Inap RSUD BrigJend H. Hassan Basri Kandangan Kalimantan Selatan
Jenis	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Observational survey</i> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif
Statistik	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics Binary</i>
Populasi	68 orang perawat pelaksana yang bertugas di unit rawat inap RSUD Brigjend H. Hassan Basri Kandangan.
Lingkup Masalah	Aspek Manajemen Keperawatan Yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat seperti: kepemimpinan, pengorganisasian, pengawasan, motivasi dan lingkungan kerja.
PENELITIAN	
Nama	Wahyuni
Time	2007
Judul	Analisis kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap RSUD Banjarnegara
Jenis	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Observational survey</i> – Kuantitatif dan kualitatif
Statistik	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics</i>

	<i>Binary</i>
Populasi	145 orang perawat pelaksana
Lingkup Masalah	Perencanaan, pengorganisasian, stafing, pengarahan, evaluasi, pengendalian mutu.
PENELITIAN	
Nama	Warsito
Time	Tahun 2006
Judul	Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Manajemen Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang.
Jenis	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Observational survey</i> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif
Statistik	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics Binary</i>
Populasi	54 orang perawat pelaksana yang bertugas di bagian rawat inap RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang
Lingkup Masalah	Fungsi manajemen kepala ruang seperti: fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengarahan, fungsi pengawasan, dan fungsi pengendalian.
PENELITIAN	
Nama	Herawati
Time	2006
Judul	Analisis pengaruh faktor-faktor manajemen terhadap kepuasan kerja dokter di RSUD Kota Semarang.
Jenis	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Observational survey</i> – <i>Cross sectional</i> – Diskriptif analitik – Kuantitatif
Statistik	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Chi Square</i> – <i>Regression Logistics Binary</i>
Populasi	Tenaga medis RSUD Kota Semarang
Lingkup Masalah	Kejelasan jasa medis, kesesuaian jasa medis, pembuatan keputusan pemimpin, ketangapan pemimpin, dukungan pemimpin, kebersihan tempat kerja, kenyamanan tempat kerja, kelengkapan sarana dan prasarana, kesempatan promosi terhadap kepuasan kerja

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

Bagian ini menjelaskan tentang metoda penelitian yang mencakup desain penelitian, lokasi dan waktu penelitian, sumber informasi, instrument penelitian, metoda pengumpulan informasi, analisis informasi, jenis dan keabsahan informasi.

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini merupakan studi analisis deskripsi dengan pendekatan kualitatif, untuk mendapatkan informasi secara mendalam mengenai kompetensi manajemen kepala ruang rawat inap dalam meningkatkan mutu pelayanan di RSUD Sungailiat Bangka.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap RSUD Sungailiat Bangka Propinsi kepulauan Bangka Belitung.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2012 yaitu :

- a. *Focus Group Discussion* (FGD) pada tanggal 15 Mei 2012.
- b. Wawancara mendalam pada responden tanggal 16, 18 dan 19 Mei 2012.
- c. Telaah Observasi dilaksanakan pada tanggal 7 sampai dengan 21 Mei 2012.

C. Sumber Informasi

Sumber informasi atau *Responden* dalam penelitian ini berjumlah 57 orang terdiri dari Direktur RSUD, kepala bidang keperawatan, kepala ruangan, Perawat Pelaksana dan pasien yang dirawat di RSUD Sungailiat Bangka. Ditetapkan sebagai Responden karena mereka adalah orang-orang yang dianggap oleh Peneliti dapat memberikan informasi mengenai kompetensi manajemen kepala ruang rawat inap.

Direktur RSUD dan kepala bidang keperawatan ditetapkan sebagai responden karena merupakan manajemen puncak Rumah sakit yang memiliki kewenangan untuk penilaian terhadap kompetensi manajemen semua kepala ruang. Sementara kepala ruangan ditetapkan sebanyak 11 orang karena sesuai dengan jumlah ruang rawat inap di RSUD Sungailiat dan kepala ruang adalah objek dari penelitian. Untuk Perawat pelaksana ditetapkan sebagai responden sebanyak 22 Orang (terdiri dari 11 Perawat wanita dan 11 perawat laki-laki) karena mereka adalah orang yang menerima atau merasakan langsung dari kompetensi manajemen kepala ruang dan memiliki waktu yang memadai untuk dimintai informasi. Pasien yang ditetapkan sebagai responden sebanyak 22 orang (terdiri dari 11 pepasien wanita dan 11 pasien laki-laki) karena mereka awalnya tidak mengenal peneliti sehingga lebih mudah bagi peneliti untuk memperoleh informasi yang diinginkan.

Tabel 3.1
Informasi yang Ingin Diperoleh

No	Yang diteliti	Informasi yang ingin di peroleh	Responden
1	Kompetensi Manajemen Operasional Keperawatan Kepala Ruang Rawat Inap	1. Kepemimpinan 2. Pengorganisasian 3. Pengawasan 4. Motivasi 5. Lingkungan Kerja	1. Direktur 2. Ka. Bid Keperawatan 3. Kepala Ruang 4. Perawat Pelaksana 5. Pasien yang dirawat
2	Kompetensi Manajemen Asuhan Keperawatan Kepala Ruang Rawat Inap	1. Pengkajian 2. Diagnosa 3. Perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi	1. Direktur 2. Ka. Bid Keperawatan 3. Kepala Ruang 4. Perawat Pelaksana 5. Pasien yang dirawat

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen penelitian adalah pedoman wawancara yang akan digunakan untuk membuat fokus penelitian menjadi jelas, tajam dan dapat melengkapi data hasil pengamatan peneliti.

E. Metoda Pengumpulan Informasi

Pada penelitian ini pengumpulan informasi dilakukan dengan cara observasi/ kajian dokumen, wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD). Pengumpulan informasi pada penelitian ini dilakukan secara bertahap yaitu:

Pertama, dilakukan uji coba pedoman wawancara mendalam dalam FGD yang dibuat. Kemudian hasil uji coba tersebut digunakan untuk memperbaiki bahasa, tingkat pemahaman informasi terhadap pertanyaan, pengalaman, penggalan terhadap pertanyaan dan memperbaiki alur topik pertanyaan. **Kedua**, melakukan FGD pada 11 Kepala Ruang Rawat Inap (2 kelompok). **Ketiga**, melakukan wawancara mendalam mengenai Kompetensi manajemen kepala

ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka pada Direktur RSUD, Kepala Bidang keperawatan, Kepala Ruang, Perawat Pelaksanaan dan pasien yang dirawat. Sementara Observasi tetap dilakukan Peneliti sepanjang FGD dan Wawancara mendalam terhadap responden. Selain itu juga informasi penelitian ini diperoleh dari kajian dokumen yang ada.

F. Analisis dan Interpretasi Informasi

Dalam penelitian kualitatif proses analisis dan interpretasi data memerlukan cara berfikir kreatif, kritis dan sangat hati-hati. Kedua proses ini merupakan proses yang saling terkait dan sangat erat hubungannya. Analisis data merupakan proses untuk pengorganisasian data dalam rangka mendapatkan pola-pola atau bentuk-bentuk keteraturan. Sedangkan interpretasi data adalah proses pemberian makna terhadap pola-pola atau keteraturan-keteraturan yang ditemukan dalam sebuah penelitian.

Tahap dan proses analisis dan interpretasi data, setidaknya terdiri atas tiga komponen penting yang meliputi (1) reduksi, (2) penyajian, dan (3) kesimpulan/ verifikasi. Sedangkan tahap dan proses selengkapnya meliputi (1) Pengolahan data, yang terdiri dari kategorisasi dan reduksi data, (2) penyajian data, (3) interpretasi data dan (4) penarikan kesimpulan-kesimpulan/verifikasi. Tahap ini dilakukan sedemikian rupa sehingga proses analisis dan Interpretasi tersebut dapat menghasilkan suatu kesimpulan yang sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

Pada penelitian ini informasi yang didapat segera dianalisis, tanpa menunggu semua responden diwawancarai. Informasi diperoleh dengan mencatat

dan direkam, kemudian dibuat transkrip, setelah itu dikelompokkan sesuai dengan pertanyaan dan tujuan penelitian dalam bentuk transkrip. Informasi dianalisis disusun dengan menerjemahkan langsung bahasa daerah Bangka kedalam bahasa Indonesia untuk menemukan cara pemecahan masalah. Sedangkan observasi dilakukan dengan cara mengamati kegiatan lapangan yang dilakukan oleh responden.

a. Reduksi Data

Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber. Setelah dikaji, langkah berikutnya adalah membuat rangkuman untuk setiap kontak atau pertemuan dengan responden. Kegiatan berikutnya adalah abstraksi, yaitu membuat ringkasan yang inti, proses, dan persyaratan yang berasal dari informen tetap dijaga. Dari rangkuman yang dibuat ini kemudian dilakukan reduksi data yang kegiatannya mencakup unsur-unsur spesifik termasuk (1) proses pemilihan data atas dasar tingkat relevansi dan kaitannya dengan setiap kelompok data, (2) menyusun data dalam satuan sejenis. Pengelompokkan data dalam satuan yang sejenis ini juga dapat diekuivalenkan sebagai kegiatan kategorisasi/variable, (3) membuat koding data sesuai dengan kisi-kisi kerja penelitian. Kemudian memfokuskan dan menyederhanakannya.

b. Menampilkan Data

Pada proses ini peneliti berusaha menyusun data yang relevan, sehingga menjadi informasi yang dapat disimpulkan dan memiliki makna tertentu dengan cara data yang diperoleh dikategorisasikan menurut pokok permasalahan dan dibuat dalam bentuk matriks sehingga memudahkan peneliti untuk melihat pola-pola hubungan satu data dengan data lainnya sehingga pembaca laporan penelitian

mengerti apa yang telah terjadi dan apa yang perlu ditindaklanjuti untuk mencapai tujuan penelitian yang valid dan handal.

c. Interpretasi data

Merupakan proses pemahaman makna dari serangkaian data yang telah tersaji, dalam wujud yang tidak sekedar melihat apa yang tersurat, namun lebih pada memahami atau menafsirkan mengenai apa yang tersirat di dalam data yang telah disajikan..

d. Kesimpulan dan Verifikasi Data

Langkah selanjutnya adalah menyimpulkan dan melakukan verifikasi atas data-data yang sudah diproses atau ditransfer kedalam bentuk-bentuk yang sesuai dengan pola pemecahan permasalahan yang dilakukan.

G. Jenis dan keabsahan Informasi

Informasi mendalam yang didapat adalah informasi primer, sebab penelitian langsung kelapangan dan bersumber dari direktur RSUD, kepala bidang perawatan, kepala ruangan, perawat pelaksana dan pasien yang dirawat di ruang perawatan RSUD Sungailiat. Untuk menjamin kebenaran informasi dalam penelitian ini dilakukan pengecekan dengan menggunakan uji triangulasi yaitu triangulasi metode dan Triangulasi sumber. Triangulasi metode dilakukan peneliti dengan cara menanyakan hal yang sama dengan tehnik yang berbeda yaitu dengan FGD dan wawancara mendalam. Triangulasi sumber, dilakukan dengan cara menanyakan hal yang sama melalui sumber yang berbeda.

Tabel 3.2
Trianggulasi

No	Responden	Metoda Pengumpulan Data			Jumlah
		WM	FGD	Observasi	
1	Direktur RSUD	-	-	+	1
2	Kepala bidang keperawatan	-	-	+	1
3	Kepala ruangan	+	+	+	11
4	Perawat pelaksana	+	-	+	22
5	Pasien yang dirawat	+	-	+	22
		Total			57

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB IV

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan masalah yang menyangkut kesenjangan antara kompetensi yang dimiliki kepala ruang rawat inap dalam mengelola bangsalnya dengan teori yang ada. Kebiasaan yang sering dilakukan dapat mendorong tindakan yang praktis, sehingga sering lalai dan mengenyampingkan teori atau hal-hal yang dianggap sepele padahal sangat berpengaruh bagi kesembuhan pasien yang berakhir dengan mutu pelayanan keperawatan.

A. Gambaran Umum RSUD Sungailiat Bangka

1. Sejarah RSUD Sungailiat Bangka

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bangka yang berada di Sungailiat dan telah lama dikenal oleh masyarakat baik di Kabupaten Bangka (Sungailiat) maupun di Pulau Bangka sejak zaman dahulu. Rumah sakit ini berawal dari sebuah Rumah Sakit Paru Milik Misi Katholik yang dinasionalisasikan dari Rumah Sakit Paru milik misi Katholik dan diresmikan penggunaannya pada tanggal 12 November 1970 sebagai rumah sakit kelas D.

Pada tahun 1996 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 539/ Menkes/SK/VI/1996 ditingkatkan lagi kelasnya menjadi rumah sakit kelas C dan operasionalnya melalui Surat Keputusan Bupati Bangka Nomor:180/02/VI/1997 pada tanggal 24 Januari 1997 dan diresmikan pada tanggal 26 Februari 1997.

Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah maka sesuai dengan Undang – Undang Nomor 22 Tahun 1999 dan Peraturan Daerah Nomor : 26 Tahun 2000,

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat ditetapkan sebagai Lembaga Teknis Daerah dengan struktur organisasi yang telah disesuaikan dengan prinsip kaya fungsi dan miskin struktur.

2. Visi Rumah Sakit

“Menjadi Rumah Sakit Idaman dan Kebanggaan Masyarakat Bangka dan Sekitarnya”.

3. Misi Rumah Sakit

- a. Mengembangkan sarana dan prasarana Rumah Sakit Umum yang berpedoman pada Master Plan dengan prinsip sesuai aturan untuk meningkatkan mutu pelayanan.
- b. Memberikan pelayanan prima yang profesional sesuai standar pelayanan minimal.
- c. Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia dengan pendidikan pelatihan berkelanjutan secara berkala dibidangnya.
- d. Meningkatkan kesejahteraan karyawan sebagai motivasi kerja dalam memberikan pelayanan prima.
- e. Melaksanakan sistem jaminan kesehatan dengan pola kemitraan Asuransi Kesehatan dan jaminan Kesehatan lainnya.
- f. Melengkapi berbagai jenis pelayanan Spesialis.

4. Tujuan RSUD Sunagiliat Bangka

Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui peningkatan kesehatan secara promotif, preventif dan kuratif serta rehabilitatif secara terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat.

5. Fasilitas pelayanan kesehatan

Adapun fasilitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di RSUD Sungailiat adalah :

a. Pelayanan Medis :

- 1) Rawat jalan : KIA, poli gigi dan mulut, poli gizi, poli spesialis kebidanan dan kandungan, poli spesialis anak, poli umum, poli spesialis penyakit dalam, poli spesialis bedah, poli spesialis syaraf, poli spesialis mata, dan haemodialisa.
- 2) Rawat Inap : Rawat inap penyakit dalam wanita, rawat inap penyakit dalam laki-laki, rawat inap bedah, rawat inap anak, rawat inap neonatal, rawat inap syaraf, rawat inap kebidanan dan kandungan, rawat inap kelas I dan utama , rawat inap VIP, rawat inap paviliun dan ICU.
- 3) Unit Gawat Darurat
- 4) Bedah Central (umum dan kebidanan)

b. Pelayanan Penunjang Medis : Laboratorium, radiologi, farmasi, fisioterapi dan akupunktur, USG, EEG.

c. Pelayanan Non Medis : Administrasi dan keuangan, IPSRS, sanitasi, gizi, laundry.

6. Ketenagaan

Jumlah tenaga yang bekerja di RSUD Sungailiat sebanyak 376 orang yang terdiri dari :

- a. Tenaga medis : 24 Orang
- b. Tenaga paramedis perawatan : 163 orang

- c. Tenaga paramedis non perawatan : 57 orang
- d. Tenaga non medis : 132 orang

Dari 376 tenaga tersebut, status kepegawaiannya adalah sebagai berikut:

- a. Pegawai Negeri Sipil (PNS) : 174 orang
- b. Calon Pegawai Negeri Sipil : 65 orang
- c. Tenaga honor/JKSS : 137 orang

Dari 163 tenaga paramedis perawatan terdiri dari

- a. S-1 Perawatan Ners : 4 orang
- b. S-1 Perawatan : 2 orang
- c. D IV anastesi : 1 orang
- d. D IV Kegawat daruratan : 1 orang
- e. D III Keperawatan : 104 orang
- f. D III bidan : 12 orang
- g. D I Bidan : 2 orang
- h. SPK : 34 orang
- i. SPKU : 0 orang
- j. SPRG : 3 orang

7. Indikator kegiatan pelayanan

Untuk menganalisis kegiatan pelayanan Rumah Sakit Umum Sungailiat

Bangka tahun 2007 sampai tahun 2011 digunakan 4 indikator yaitu :

- a. *Bed Occupancy Rate* (BOR) dan jumlah tempat tidur.
- b. *Bed Turn Over* (BTO)
- c. Jumlah kunjungan:

- 1) Rata-rata penderita dirawat/hari
- 2) Rata-rata lama penderita dirawat (ALOS)
- 3) Rata-rata lamanya tempat tidur ditempati (TOI)
- 4) Jumlah kunjungan total

d. Angka Morbiditas :

- 1) *Total Death Rate* (TDR)
- 2) *Maternal Death Rate* (MDR)
- 3) *Anesthesi death rate* (ADR)
- 4) *Net Death rate* (NDR)
- 5) *Post operative Death Rate* (PODR)

Tabel 4.1
Indikator Pelayanan Kesehatan RSUD Sungailiat

NO	INDIKATOR	CAPAIAN					KET
		2007	2008	2009	2010	2011	
1	Bed Occupancy Rate (BOR)	59,35	48,28	86,03	70,48	64,70	%
2	Bed Turn Over (BTO)	72,16	56,89	79,26	68,10	63,7	Kali
3	Rata-rata hari rawat/pasien(LOS)	3,01	3,11	3,88	3,78	4	Hari
4	Lamanya tempat tidur tidak ditempati (TOI)	2,15	3,33	0,7	1,58	3	Hari
5	Gross Death Rate (GDR)	3,23	1,26	9,96 2	2,14	2,62	%
6	Maternal Death Rate (MDR)	0,48	0,15	1,3	0,13	0,46	%
7	Net Death Rate (NDR)	1,53	7,56	14,94	1,28	1,62	%
8	Anasthesi Death Rate (ADR)	0	0	0	0	0	%
9	Post Operative Death Rate (PODR)	0	0	0	0	0	%

10	Kunjungan Rawat Inap	6.787	6.030	9.036	8.456	8.162	Pasien
11	Kunjungan Rawat Jalan	25.118	28.210	34.276	26.883	22.989	Pasien
12	Jumlah Hari perawatan	20.331	18.730	35.061	32.050	30.153	Hari
13	Jumlah Pasien Dirawat /Hari	18	18	20	18	22	Pasien
14	Jumlah Pasien Dirujuk Keatas	227	391	242	300	5766	Pasien
15	Jumlah Pasien Rujukan Dari PKM	6.079	3.878	6.255	5.753	5.502	Pasien
16	Meninggal < 48 Jam	116	94	135	131	133	Pasien
17	Meninggal > 48 Jam	103	76	90	87	81	Pasien
18	Jumlah Tempat Tidur	106	106	114	124	158	TT

Sumber : Medikal record RSUD Sungailiat tahun 2011

B. Temuan dan Pembahasan

Agar temuan dan pembahasan dapat menjawab tujuan penelitian maka sistematika pembahasan diurut, sebagai berikut : karakteristik responden, kompetensi manajemen operasional kepala ruang , kompetensi manajemen asuhan keperawatan kepala ruang dan kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan.

1. Karakteristik responden

Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang karakteristik diperoleh data seperti tabel berikut :

Tabel 4.2
Karakteristik Responden FGD

No	Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
1	Umur	46 tahun (SB)	Sudah matang	Semua

		35 tahun (LN) 27 tahun (YA) 32 tahun (VV) 31 tahun (SK) 31 tahun (YI) 40 tahun (NW) 44 tahun (HG) 38 tahun (LP) 35 tahun (AW) 28 tahun (AL)	karena sudah termasuk usia dewasa	responden berusia di atas 25 tahun
2	Jenis Kelamin	Perempuan (SB) Perempuan (LN) Perempuan (YA) Perempuan (VV) Perempuan (SK) Perempuan (YI) Perempuan (NW) Perempuan (HG) Perempuan (LP) Perempuan (AW) Perempuan (AL)	Responden baik ramah, lebih teliti sesuai dengan sifat kewanitaan	Semua responden berjenis kelamin perempuan
3	Masa Kerja	21 tahun (SB) 6 tahun (LN) 3 tahun (YA) 7 tahun (VV) 6 tahun (SK) 6 tahun (YI) 20 tahun (NW) 24 tahun (HG) 6 tahun (LP) 6 tahun (AW) 3 tahun (AL)	Sudah banyak pengalaman dalam melakukan kegiatan perawatan	Sebagian besar responden memiliki masa kerja di atas 5 tahun
4	Tingkat Pendidikan	D1 (SB) D3 (LN) S-1 (YA) D3 (VV) D3 (SK) D3 (YI) SPK (NW) SPK (HG) D3 (LP) D3 (AW) S-1 (AL)	Sudah memenuhi kualifikasi sebagai kepala ruang	Sebagian besar responden berpendidikan D3 perawatan

Untuk karakteristik responden diperoleh gambaran umur, jenis kelamin, masa kerja keseluruhan dan pendidikan akhir, bahwa dari segi umur responden sudah dewasa, semua berusia di atas 25 tahun. Hubungannya dengan jenis kelamin diperoleh gambaran bahwa semua responden adalah perempuan, karakteristik masa kerja diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden telah mempunyai masa kerja lebih dari 5 tahun, sedangkan karakteristik tingkat pendidikan didapat gambaran bahwa responden sebagian besar berpendidikan DIII walau masih ada 2 orang atau 18 % kepala ruang rawat inap yang berpendidikan SPK.

Hal ini menunjukkan bahwa kepala ruang rawat inap di RSUD Sungailiat sudah cukup memenuhi syarat yaitu, ditinjau dari usia sudah matang karena termasuk usia dewasa, dengan jenis kelamin perempuan dapat bersikap ramah, lemah lembut dan teliti sesuai dengan sifat kewanitaan. Untuk masa kerja di atas 5 tahun menunjukkan bahwa kepala ruang sudah berpengalaman. Namun ditinjau dari karakteristik pendidikan masih ada 2 orang atau 18 % yang berpendidikan SPK, ini menunjukkan bahwa kepala ruang baru mampu sebagai pelaksana dan pengelola keperawatan dan belum menjadi perawat profesional.

Sesuai dengan tujuan didirikannya sekolah SPK adalah menciptakan tenaga kesehatan yang mampu melaksanakan dan mengelola keperawatan, untuk pendidikan Diploma III keperawatan adalah untuk menghasilkan tenaga perawat profesional pemula yang mendapat sebutan *ahli madya keperawatan*, sementara tujuan pendidikan S1 keperawatan adalah untuk menghasilkan sarjana keperawatan sebagai perawat profesional yang mampu sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti keperawatan. (Mulyati, 2011)

Tetapi tidak sesuai dengan yang dipersyaratkan oleh Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik tahun 1999 yang menyatakan bahwa persyaratan untuk menjadi Kepala Ruang adalah berpendidikan Ahli Madya Keperawatan/Kebidanan dan memiliki kursus/ pelatihan Manajemen Pelayanan Keperawatan Ruang/Bangsal dengan pengalaman kerja sebagai perawat pelaksana 3 – 5 tahun ditunjang dengan sehat jasmani dan rohani.

Peneliti beranggapan bahwa pengetahuan sebagian besar kepala ruang rawat inap belum cukup baik karena pendidikan tertinggi adalah D3 keperawatan/kebidanan dan masih ada yang berpendidikan SPK sedangkan untuk S1-nya hanya ada 1 orang, ini membuat kemampuan kepala ruang belum dapat dijadikan sebagai media pelaksana, pengelola sekaligus pendidik dan peneliti dan belum termasuk dalam kriteria tenaga profesional sesuai dengan hasil dari penelitian tentang karakteristik responden mengenai tingkat pendidikan diatas.

2. Kompetensi Manajemen Operasional Keperawatan Kepala Ruang

a. Kepemimpinan

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pengetahuan kepemimpinan kepala ruang akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang kepemimpinan seperti pada petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.3
Pengetahuan Kepemimpinan Kepala Ruang Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Perencanaan	<i>A : "kalau saya ada tapi tidak tertulis hanya dikepala..."</i>	Belum cukup baik karena membuat perencanaan pekerjaan tetapi	Sebagian besar kepala ruang telah membuat perencanaan

	<i>B : "Terpikir tapi tidak secara jelas"</i>	tidak tertulis	sebelum melakukan pekerjaan.
Pengorganisasian	<i>A : "Berdasar kebutuhan, yang penting ada yang shift" B : "hanya jadwal dinas saja"</i>	Belum cukup baik karena belum membuat pengorganisasian secara jelas hanya berdasar jadwal dinas.	Sebagian besar kepala ruang belum membuat pengorganisasian
Pembagian tugas dan pengarahan	<i>A : "Kadang-kadang sebatas rutinitas Pengarahan hanya kepada perawat baru karena yang lama sudah dianggap mampu". C : "sama, ruang saya rata-rata perawatnya senior" D : "kami juga begitu, sebatas kalau ada pasien baru baru saya arahkan, kalau selanjutnya tidak karena mereka sudah senior"</i>	Belum cukup baik karena baru membagi habis tugas selama dinas berlangsung tetapi untuk pengarahan hanya untuk perawat yang baru saja.	Sebagian besar kepala ruang telah membagi habis tugas tetapi untuk pengarahan sebagian dilakukan.
Konsultasi dan fasilitator	<i>A : "Untuk konsultasi iya Apalagi mengenai pasien...." B: "kalau di ruang saya selalu menjadi media konsultasi berkenaan dengan pelayan dan pasien karena ruang kami melayani semua jenis jaminan kesehatan"</i>	Sudah baik karena dapat dijadikan media konsultasi / fasilitator untuk perawat pelaksana dalam menjalankan pelayanan keperawatan	Sebagian besar kepala ruang dapat dijadikan media konsultasi / fasilitator untuk perawat pelaksana dalam menjalankan pelayanan keperawatan

Pertemuan berkala	<p>A: <i>"Tidak pernah"</i></p> <p>B: <i>"Pernah, jika ada masalah"</i></p> <p>C: <i>"Jika ada masalah saja, tidak rutin"</i></p>	Kurang baik karena tidak melakukan pertemuan berkala dengan perawat pelaksana walaupun ada hanya sebatas jika ada masalah saja	Sebagian besar kepala ruang tidak melakukan pertemuan berkala dengan perawat pelaksana.
Penilaian kinerja	<p>A: <i>"tidak pernah melakukan penilaian secara tertulis"</i></p> <p>B: <i>"sama"</i></p> <p>C: <i>"Penilaian yang saya buat hanya sebatas mampu tidaknya bekerja saja tapi tidak tertulis"</i></p> <p>D: <i>"sama dengan bu HG"</i></p>	Kurang baik karena tidak melakukan koordinasi untuk penilaian kinerja perawat pelaksana itu pun tidak tertulis.	Sebagian besar kepala ruang tidak melakukan koordinasi untuk penilaian kinerja perawat pelaksana

Dari tabel di atas informasi yang diperoleh dari hasil FGD dengan responden tentang kepemimpinan kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka tidak membuat perencanaan, pengorganisasian, pembagian tugas dan pengarahan, pertemuan berkala dan penilaian kinerja perawat yang dipimpinnya, tetapi kepala ruang dapat dijadikan tempat konsultasi dan sebagai fasilitator bagi perawat pelaksana.

- 2) Informasi yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam pada responden tentang kepemimpinan seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.4
Pengetahuan Perencanaan Kepemimpinan Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Perencanaan	A: Ya B: Kadang-kadang C: Ada D: Ada E: terpikir F: Kadang-kadang G: Ada H: Ya I: Ya	Belum cukup baik karena kepala ruang telah membuat perencanaan sebelum melakukan pekerjaan tetapi tidak tertulis	Sebagian besar kepala ruang telah membuat perencanaan sebelum melakukan pekerjaan.

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang pengetahuan Perencanaan kepemimpinan kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 9 dari 11 atau 82 % kepala ruang mengatakan membuat perencanaan tetapi tidak tertulis seperti petikan di bawah ini :

A: " Rencana kerja dibuat tidak secara tertulis dan tersusun".

B: "Ya, tetapi secara rancangan yang tidak tertulis".

C: " Rencana ada tapi tidak tertulis, karena keja selalu rangkap".

Tabel 4.5
Pengetahuan Pengorganisasian Kepemimpinan Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Pengorganisasian	A: Belum ada B: Belum C: Belum D: Tidak E: Tidak F: Belum	Belum cukup baik Karena kepala ruang belum membuat pengorganisasian secara jelas hanya berdasarkan jadwal dinas dan kebutuhan saat itu.	Sebagian besar kepala ruang belum membuat pengorganisasian secara jelas

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang pengetahuan Pengorganisasian kepemimpinan kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 6 dari 11 atau 55% kepala ruang belum membuat pengorganisasian

secara jelas hanya berdasarkan jadwal dinas dan kebutuhan sesaat, seperti petikan di bawah ini :

A: *"Tidak ada, hanya berdasarkan jadwal saja yang bertanggung jawab"*.

B: *"Tak terorganisir, hanya berdasar kebutuhan"*.

C: *"Pengorganisasian belum dibuat secara jelas dan belum ditetapkan untuk menjadi tanggung jawab pelaksana"*.

Tabel 4.6
Pengetahuan Pengarahan dan Pembagian Tugas Kepemimpinan
Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Pengarahan dan pembagian tugas	A: Ya B: Ya C: Ada D: Ya E: Ada F: Sudah G: Ada H: Ya I: Ya	Belum cukup baik Karena kepala ruang telah membagi habis tugas selama dinas berlangsung tetapi untuk pengarahan hanya untuk perawat yang baru saja sementara yang lama sudah dianggap mampu.	Sebagian besar kepala ruang telah membagi habis tugas selama dinas berlangsung tetapi untuk pengarahan hanya sebagian saja.

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang pengetahuan pengarahan dan pembagian tugas kepemimpinan kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 9 dari 11 atau 82% kepala ruang telah membagi habis tugas selama dinas berlangsung tetapi untuk pengarahan hanya untuk perawat yang baru saja karena yang lama sudah dianggap mampu, seperti petikan di bawah ini :

A: *"Ada, Sebatas yang baru, kalau yang lama mereka sudah mampu"*.

B: *"Sesuai kebiasaan, pengarahan hanya dilakukan pada karyawan baru saja, sedangkan yang senior dianggap sudah tahu"*.

C: *"Ada, hanya sebatas perawat baru, perawat lama sudah dinilai terampil"*.

Tabel 4.7
Pengetahuan Konsultasi dan Fasilitator Kepemimpinan
Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Konsultasi dan fasilitator	A: Ya, selalu B: Ya, ada C: Ya D: ada E: Ya F: Ya G: Ada H: Ya I: Ya J: Kadang-kadang K: Ya	Sudah baik karena kepala ruang dapat dijadikan media konsultasi / fasilitator untuk parawat pelaksana dalam menjalankan pelayanan keperawatan	Semua kepala ruang dapat dijadikan media konsultasi / fasilitator untuk parawat pelaksana.

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang pengetahuan konsultasi dan fasilitator kepemimpinan kepala ruang sudah baik karena semua kepala ruang dapat dijadikan media konsultasi/fasilitator untuk parawat pelaksana dalam menjalankan pelayanan keperawatan seperti petikan di bawah ini :

A: *"Ya, kepala ruangan selalu menjadi media konsultasi dan fasilitator untuk pelayanan keperawatan di ruangan, perawat dapat berkomunikasi langsung / telepon dengan kepala ruangan selama 24 jam"*.

B: *"Konsultasi ada tapi tidak tertulis"*.

C: *"Sering konsultasi, tapi tidak tertulis dan tidak terjadwal"*.

Tabel 4.8
Pengetahuan Pertemuan Berkala Kepemimpinan
Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Pertemuan berkala	A: Belum B: Tidak C: Tidak Pernah D: Belum E: Tidak F: Tidak	Belum cukup baik karena kepala ruang tidak melakukan pertemuan berkala dengan perawat pelaksana	Sebagian besar kepala ruang tidak melakukan pertemuan berkala dengan perawat pelaksana.

		kalaupun ada hanya sebatas jika ada masalah.	
--	--	--	--

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang pengetahuan pertemuan berkala kepemimpinan kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 6 dari 11 atau 55% kepala ruang tidak melakukan pertemuan berkala dengan perawat pelaksana kalaupun ada hanya sebatas jika ada masalah saja itu pun tidak tertulis dan jarang dihadiri oleh anggota seperti petikan di bawah ini :

A: *"Pernah, Cuma sekali (tapi Cuma beberapa orang yang hadir)"*.

B: *"Tidak pernah hanya jika ada yang harus dibahas saja"*.

C: *"Dilakukan hanya jika ada masalah, tidak terjadwal"*.

D: *"Kadang-kadang, jika ada masalah saja karena sulit untuk ngumpul"*.

Tabel 4.9
Pengetahuan Penilaian Kinerja Kepemimpinan
Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Penilaian Kinerja	A: Tidak B: Belum C: Tidak D: Tidak E: Tidak F: Tidak	Belum cukup baik karena kepala ruang tidak melakukan koordinasi untuk penilaian kinerja perawat pelaksana.	Sebagian besar kepala ruang tidak melakukan koordinasi untuk penilaian kinerja perawat pelaksana.

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang penilaian kinerja kepemimpinan kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 6 dari 11 atau 55% kepala ruang tidak melakukan koordinasi untuk penilaian kinerja perawat pelaksana seperti petikan di bawah ini :

A: *"Tidak"*.

B: *"Tidak"*.

C: *"Belum"*.

Dari hasil FGD dan wawancara mendalam dengan kepala ruang rawat inap tentang kepemimpinan kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 55% - 82% kepala ruang belum membuat perencanaan, pengorganisasian, pembagian tugas dan pengarahan, pertemuan berkala dan penilaian kinerja perawat. Tetapi dari segi media konsultasi dan sebagai fasilitator sebagian besar kepala ruang telah melakukannya dengan baik.

Ini didukung oleh hasil wawancara mendalam dengan responden (perawat pelaksana yang dipimpin) diperoleh hasil yang sama yaitu kepala ruang sebagian besar tidak membuat perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan tidak melakukan pertemuan berkala, seperti kutipan di bawah ini :

A: *"Tidak, hanya kerja secara bersama-sama, memberikan pengarahan pada perawat baru saja"*.

B: *"Pertemuan, kalau ada masalah saja"*.

C: *"Tidak ada pembagian, langsung kerja"*.

D: *"tidak ada organisasi, tergantung siapa yang sempat"*.

Dan menurut responden (Perawat pelaksana) kepala ruang rawat inap dengan pengalamannya dapat dijadikan fasilitator dan media konsultasi, ini dibenarkan oleh perawat pelaksana, bahwa kepala ruang dapat dijadikan media konsultasi dan fasilitator seperti kutipan di bawah ini :

A: *"Bisa, malah enak"*.

B: *"Bisa, bahkan semua, mulai dari obat, pasien, dan teman sejawat"*.

C: *"Bisa dijadikan media, terutama berkenaan alat dan pasien"*.

Hal ini sesuai dengan yang dipersyaratkan oleh Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik tahun 1999 yang menyatakan bahwa persyaratan untuk menjadi Kepala Ruang adalah pengalaman kerja sebagai perawat pelaksana 3 – 5 tahun ditunjang dengan sehat jasmani dan rohani.

Namun berbeda dengan pendapat Kron (1987), dimana kepala ruang tidak hanya dapat dijadikan fasilitator atau tempat konsul saja tetapi harus dapat melakukan kegiatan yang meliputi: 1) perencanaan dan pengorganisasian, manajer keperawatan dituntut untuk mampu membuat rencana kegiatan keperawatan baik yang bersifat teknik atau non teknik keperawatan, 2) penguasaan dan pengarahan, manajer keperawatan bertanggung jawab dalam hal ketepatan dan kebenaran pelaksanaan proses pelayanan keperawatan pasien, 3) pemberian bimbingan, manajer keperawatan mampu menjadi media konsultasi dan fasilitator pelaksanaan proses pelayanan keperawatan, 4) mendorong kerjasama dan partisipasi, manajer keperawatan dituntut agar dapat membangun kinerja dalam tim 5) koordinasi, diperlukan sebagai sarana konsolidasi proses pelayanan keperawatan yang dilaksanakan, 6) evaluasi penampilan kerja, manajer keperawatan perlu melakukan penilaian terhadap efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tugas dan fungsi bawahannya.

Peneliti beranggapan bahwa pengetahuan sebagian besar kepala ruang tentang kepemimpinan belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 55% - 82% kepala ruang belum membuat perencanaan, pengorganisasian, pembagian tugas dan pengarahan, pertemuan berkala dan penilaian kinerja perawat, mereka hanya dapat menjadi media konsultasi dan fasilitator, ini akibat dari rendahnya tingkat pendidikan kepala ruang dan kurang atau tidak adanya sosialisasi tentang

manajemen keperawatan yang menyebabkan kurangnya pengetahuan kepala ruang tentang tugas dan wewenangnya, sehingga mereka hanya melaksanakan tugas berdasarkan kebiasaan saja atau pengalaman terdahulu.

b. Pengorganisasian Keperawatan

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pengetahuan pengorganisasian kepala ruang akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang pengorganisasian seperti pada petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.10
Pengetahuan Pengorganisasian Kepala Ruang Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Program kerja	A: <i>"Kami tidak ada program kerja hanya berdasar kebiasaan saja yang penting perawatan jalan"</i> . Semua kepala ruang rawat inap : <i>"Ya"</i> .	Kurang baik karena kepala ruang tidak memiliki program kerja dan hanya berorientasi pada kebiasaan saja yang penting perawatan jalan.	Semua kepala ruang tidak memiliki program kerja.
Pola pembagian tugas	A: <i>"tidak, hanya berdasar jadwal dinas"</i> . B: <i>"PJ Shift saja"</i> . C: <i>"sama hanya PJ Shift"</i> .	Belum cukup baik karena kepala ruang tidak membagi tugas berdasar pola tertentu hanya berdasar jadwal dan penanggung jawab shift saja.	Sebagian besar kepala ruang tidak membagi tugas berdasar pola tertentu

Dari tabel di atas informasi yang diperoleh dari hasil FGD dengan responden tentang pengorganisasian Belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang

rawat inap RSUD Sungailiat tidak memiliki program kerja dan tidak menggunakan pola tertentu dalam membagi tugas perawat pelaksana yang dipimpinnya hanya berdasarkan jadwal dinas dan penanggung jawabnya saja.

2) Informasi yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam pada responden tentang pengorganisasian seperti pada tabel berikut

Tabel 4.11
Pengetahuan Program Kerja
Pengorganisasian Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Program kerja	A: Tidak B: Tidak C: Tidak D: Tidak E: Tidak F: Tidak G: Tidak H : Tidak	Belum cukup baik karena tidak memiliki program kerja hanya sesuai rutinitas dan kebiasaan terdahulu.	Sebagian besar kepala ruang tidak memiliki program kerja.

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang program kerja kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 8 dari 11 atau 73% kepala ruang tidak memiliki program kerja, mereka bekerja hanya sesuai rutinitas dan kebiasaan terdahulu seperti petikan di bawah ini :

A: *"Tidak ada"*.

B: *"Tidak ada program, yang penting tugas selesai dan pasien tidak komplain"*.

C: *"Tidak, karena tidak tahu, hanya sesuai dengan yang terdahulu"*.

Tabel 4.12
Pengetahuan Pola Pembagian Tugas
Pengorganisasian Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Pola pembagian tugas	A: Tidak B: Belum C: Tidak D: Tidak	Belum cukup baik karena kepala ruang tidak membagi tugas	Sebagian besar kepala ruang tidak membagi tugas berdasar pola

	E: Tidak F: Tidak G: Tidak H: Tidak I: Tidak	berdasar pola tertentu dan hanya bersifat urgensi, berdasar jumlah pasien dan siapa yang sempat saja.	tertentu
--	--	---	----------

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang pola pembagian tugas kepala ruang belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 9 dari 11 atau 82% kepala ruang tidak membagi tugas berdasar pola tertentu dan hanya bersifat urgensi, berdasar jumlah pasien dan siapa yang sempat saja, seperti petikan di bawah ini :

A: *"Tidak, hanya berdasarkan urgensi, siapa saja harus melakukan"*.

B: *"Tidak ada pola, berdasarkan jumlah pasien saja"*.

C: *"Tidak, hanya berdasarkan PJ shift saja"*.

Dari hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pengorganisasian kepala ruang RSUD Sungailiat belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 73% - 82% kepala ruang rawat inap tidak memiliki program kerja dan tidak menggunakan pola tertentu dalam membagi tugas perawat pelaksana yang dipimpinnya.

Ini dibenarkan oleh hasil WM dengan responden (perawat pelaksana) yaitu sebagian besar kepala ruang rawat inap tidak memiliki program kerja dan tidak menggunakan pola tertentu untuk membagi tugas, seperti kutipan berikut :

A: *pogram kerja "tidak ada"*.

B: *Pola tertentu" Tidak secara tertulis, tapi siapa yang tahu dan siapa yang sempat.*

C: *Program kerja "Tidak ada"*.

D: *Pola tertentu "Tidak ada, siapa yang sempat"*.

Sementara ini belum ada teori atau penelitian terdahulu yang mendukung keadaan tersebut di atas.

Keadaan tersebut di atas tidak mencerminkan tiga aspek penting dalam pengorganisasian keperawatan yaitu: 1) pola struktur yang berarti proses hubungan interaksi yang dikembangkan secara efektif, 2) penataan tiap kegiatan yang merupakan kerangka kerja dalam organisasi, 3) struktur kerja organisasi termasuk kelompok kegiatan yang sama, pola hubungan antar kegiatan yang berbeda, penempatan tenaga yang tepat dan pembinaan cara komunikasi yang efektif.

Ini juga tidak sesuai dengan pendapat dari Szilagji (1990) bahwa fungsi pengorganisasian merupakan proses mencapai tujuan dengan koordinasi kegiatan dan usaha, melalui penataan pola struktur, tugas, otoritas, tenaga kerja dan komunikasi.

Peneliti menganggap bahwa pengorganisasian sebagian besar yaitu 73% - 82% kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat belum cukup baik karena seharusnya mereka mampu melaksanakan tiga aspek penting pengorganisasian keperawatan ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan kepala ruang tentang manajemen keperawatan terutama tentang tugas dan wewenangnya sebagai kepala ruang sehingga mereka hanya bekerja berdasarkan rutinitas dan pengalaman.

c. Pengawasan keperawatan

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pengetahuan pengawasan kepala ruang akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang Pengawasan seperti pada petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.13
Pengetahuan Pengawasan Kepala Ruang Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Evaluasi kemampuan sosial, komunikasi dan keterampilan perawat.	<p>A: "Evaluasi hanya dalam pikiran saja berkenaan dengan komunikasi, kemamuan sosial dan tidak pernah untuk uji kompetensi".</p> <p>B: "Secara observasi saya lakukan, saya hanya melakukan teguran lisan dan tidak saya tulis".</p> <p>C: "hanya secara lisan saja, sebatas observasi".</p>	Belum cukup baik, karena kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi dan keterampilan perawat pelaksana hanya secara observasi dan lisan	Sebagian besar kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi dan keterampilan perawat pelaksana.
Evaluasi terhadap kemampuan dalam mengambil keputusan tindakan	<p>A: "Dilakukan tapi secara observasi".</p> <p>B: "Sama secara observasi".</p>	Belum cukup baik, karena kepala ruang melakukan evaluasi terhadap kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan tapi hanya sebatas observasi.	Sebagian besar kepala ruang melakukan evaluasi terhadap kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan.

Dari tabel di atas informasi yang diperoleh dari hasil FGD dengan responden tentang pengawasan belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi, keterampilan,

kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan tapi hanya sebatas observasi, lisan dan yang paling bermasalah saja.

2) Informasi yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam pada responden tentang Evaluasi sosial, Komunikasi dan keterampilan seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.14
Pengetahuan Evaluasi sosial, Komunikasi dan keterampilan perawat Pengawasan Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Evaluasi sosial, komunikasi dan keterampilan	A: Ya B: Ya C: Lisan D : Ya E: Ada F: Ada G: Kadang-kadang H: Pernah I: Ya	Belum cukup baik karena kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi dan keterampilan perawat pelaksana hanya sebatas observasi.	Sebagian besar kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi dan keterampilan perawat pelaksana

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang Evaluasi sosial, Komunikasi dan keterampilan perawat belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 9 dari 11 atau 82% kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosia, komunikasi dan keterampilan perawat pelaksana hanya secara observasi seperti petikan di bawah ini :

A: "Ya, secara observasi saja".

B: "Ya, secara observasi dan lisan".

C: " Pernah melakukan evaluasi hanya sebatas observasi".

D: "Ya, evaluasi dilakukan secara lisan dan observasi".

Tabel 4.15
 Pengetahuan Evaluasi Pengambilan Keputusan Perawat
 Pengawasan Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Evaluasi terhadap kemampuan dalam mengambil keputusan tindakan.	A: Ya B : Ya C : Ya D : Ya E: kadang-kadang F: Kadang-kadang G: Pernah H: Ya I: Ya	Belum cukup baik, karena kepala ruang melakukan evaluasi terhadap kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan tapi hanya sebatas observasi.	Sebagian besar kepala ruang melakukan evaluasi terhadap kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan.

Hasil wawancara mendalam dengan responden tentang evaluasi mengambil keputusan tindakan pelayanan terhadap pasien belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 9 dari 11 atau 82% kepala ruang melakukan evaluasi terhadap kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan tapi hanya sebatas observasi dan yang paling bermasalah seperti petikan di bawah ini :

A: *"Ya, tapi hanya sebatas observasi"*.

B : *"Kadang-kadang, hanya sebatas yang paling bermasalah"*.

C: *"Pernah, dilakukan evaluasi dalam mengambil keputusan secara observasi"*.

Dari hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pengawasan kepala ruang RSUD Sungailiat belum cukup baik karena sebagian besar atau 82% kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi, keterampilan, kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan tapi hanya sebatas observasi, lisan dan yang paling bermasalah saja, ini juga dibenarkan oleh hasil WM dengan perawat pelaksana, seperti petikan di bawah ini:

A: *"Tidak pernah, tapi mungkin secara observasi dan lisan"*.

B : "Kelihatannya ada, observasi dan lisan".

C: "Ada, teguran lisan".

Hal ini juga didukung oleh hasil observasi di lapangan tentang disiplin perawat yang diperoleh hasil semua perawat tidak menggunakan sepatu sepanjang dinas, semua perawat wanita yang tidak menggunakan jilbab tidak memakai kap, 28% perawat tidak menggunakan name tage, semua perawat wanita yang menggunakan jilbab memakai jilbab sesuai dengan pakaiannya, 46% perawat masih ada yang datang tidak tepat waktu, 37% perawat pulang tidak tepat waktu, 32% perawat tidak menandatangani sendiri daftar hadir, semua perawat tidak meminta izin keluar kepada pengawas, semua perawat tidak melakukan penjualan obat, semua perawat melakukan pendokumentasian, semua perawat melakukan operan setiap pergantian sift, semua perawat melakukan 5T dalam pemberian obat dan hanya 64% perawat yang mau mendengarkan keluhan pasien.

Menurut Sandra Bradshaw (1989) dalam Nursalam (2002) keadaan di atas sesuai karena ada 4 keterampilan yang perlu dievaluasi yaitu: 1) kemampuan sosial (interpersonal dan kesadaran diri), 2) keterampilan berkomunikasi (berbicara dan mendengar orang lain), 3) *performance* kerja (penggunaan alat, teknik medik, obat), 4) kemampuan pengambilan keputusan (asuhan keperawatan dan manajemen pasien).

Tetapi tidak sesuai dengan Sandra (1990) yang menyatakan ada tiga metode dalam melakukan evaluasi pelaksanaan pelayanan keperawatan yaitu: selain metode observasi langsung ada metode uji kompetensi dan metode tertulis

juga lisan. Kemudian ada dua aspek yang perlu dilakukan evaluasi yaitu: 1) performa teknis/ klinis, 2) performa non teknis/ *independent*.

Penulis beranggapan pengawasan kepala ruang RSUD Sungailiat belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 82% kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi, keterampilan, kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan tapi hanya sebatas observasi, lisan dan yang paling bermasalah saja, tidak dilakukan untuk semua perawat pelaksana. Selain itu juga kepala ruang tidak melakukan uji kompetensi terhadap perawatnya ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan kepala ruang terhadap tugas dan wewenangnya sehingga mereka hanya melakukan sesuai etik sosial saja.

d. Motivasi Keperawatan

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pengetahuan Motivasi kepala ruang akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang motivasi seperti pada petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.16
Pengetahuan Motivasi Kepala Ruang Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Motivasi	<p>A: "<i>hanya secara psikologi, dengan saran</i>".</p> <p>B: "<i>secara psikologi, saran jika mereka ada masalah</i>".</p> <p>C: "<i>saran-saran, jika mereka ada masalah</i>".</p>	Belum cukup baik karena hanya mampu memotivasi perawat pelaksana yang dipimpinnya secara psikologi saja.	Sebagian besar kepala ruang memotivasi perawat pelaksana yang dipimpinnya.

Hasil FGD dengan responden tentang kemampuan motivasi kepala ruang dengan perawat pelaksanaan belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang memotivasi perawat pelasananya hanya dengan saran atau psikologi saja.

- 2) Informasi yang diperoleh dari hasil WM pada responden tentang motivasi seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.17
Pengetahuan Motivasi Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Motivasi	A: Psikologi B: Psikologi C: Psikologi D: Psikologi E: Psikologi F: Psikologi G: Psikologi H: Psikologi	Belum cukup baik karena hanya mampu memotivasi perawat pelaksana yang dipimpinnya dengan saran atau psikologi.	Sebagian besar kepala ruang memotivasi perawat pelasana.

Hasil WM dengan responden tentang motivasi belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 8 dari 11 atau 73% kepala ruang memotivasi perawat pelasana dengan saran atau psikologi saja, seperti petikan berikut ini :

- A: *"Semua perawat mempunyai kemampuan yang sama, jika ia mau belajar dan bertanya bila tidak atau kurang mengerti"*.
- B: *"Kita memotivasi agar perawat bangsal bekerja dengan baik, ikhlas, bekerja dengan hati nurani dan mempunyai rasa empati terhadap pasien"*.
- C: *"-Disiplin dalam waktu menjalankan tugasnya
-Dalam menjalankan tugas sesuai dengan SOP
-Ramah terhadap pasien"*.

Dari hasil FGD dan wawancara mendalam tentang motivasi kepala ruang RSUD Sungailiat belum cukup baik karena 73% kepala ruang hanya mampu

memotivasi perawat pelaksana yang dipimpinnya secara psikologi saja, ini dibenarkan oleh hasil WM dengan perawat pelaksana seperti petikan berikut:

A: "*Motivasi psikologi dalam bentuk saran dan nasehat*".

B: "*Motivasi dengan nasehat*".

C: "*Hanya berupa saran*".

Keadaan di atas didukung oleh Soeroso (2002) yang menyatakan bahwa motivasi merupakan suatu kondisi atau keadaan yang mempengaruhi seseorang untuk terus meningkatkan, mengarahkan serta memelihara perilakunya yang berhubungan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan lingkungan kerjanya.

Tapi hal ini kurang sesuai dengan oleh Herzberg (1977) yang menyatakan bahwa orang dalam melaksanakan pekerjaan dipengaruhi oleh dua faktor yang merupakan kebutuhan yaitu: *Maintenance factors* adalah merupakan faktor yang berhubungan dengan upaya *meremforce* untuk mempertahankan perilaku atau prestasi yang baik yang berorientasi untuk memperoleh ketentraman badaniah dan *Motivation Factors* merupakan faktor yang menyangkut kebutuhan psikologis seseorang yaitu perasaan sempurna dalam melakukan pekerjaan. Faktor ini berhubungan dengan penghargaan terhadap pribadi yang secara langsung berkaitan dengan pekerjaan.

Penulis beranggapan kemampuan motivasi kepala ruang RSUD Sungailiat belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 73% kepala ruang hanya mampu memotivasi perawat pelaksana dengan saran atau psikologi saja, ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan kepala ruang tentang konsep motivasi, sehingga mereka berfikir tidak akan mampu memberikan motivasi badania.

e. Lingkungan Kerja

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pengetahuan lingkungan kerja kepala ruang akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang lingkungan kerja seperti pada petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.18
Pengetahuan Lingkungan Kerja Kepala Ruang Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Lingkungan Kerja Keperawatan	A: <i>"Belum, belum ada tempat bermainnya"</i> . B: <i>"belum, sudah banyak yang bocor"</i> . C: <i>"Tidak ada gudang dan dapur"</i> .	Belum Cukup baik karena kepala ruang hanya berfikir lingkungan kerja terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja.	Sebagian besar kepala ruang menyatakan bahwa lingkungan kerja keperawatan belum ideal, masih ada ruang yang bocor dan ruangan belum lengkap.

Hasil FGD dengan responden tentang lingkungan kerja keperawatan belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang hanya berfikir lingkungan kerja terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja.

- 2) Informasi yang diperoleh dari hasil WM pada responden tentang lingkungan kerja seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.19
Pengetahuan Lingkungan Kerja Kepala Ruang Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Lingkungan Kerja	A: Belum B: Belum C: Kurang D: belum E: Tidak ideal	Belum cukup baik karena kepala ruang hanya berfikir lingkungan kerja	Semua kepala ruang menyatakan bahwa lingkungan kerja keperawatan belum ideal

	F: kurang Ideal G: Tidak H: Belum I : Belum J: Belum K: Belum	terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja.	
--	--	--	--

Hasil WM dengan responden tentang lingkungan kerja keperawatan belum cukup baik karena semua atau 100% kepala ruang hanya berfikir lingkungan kerja terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja seperti petikan berikut :

- A: *"Belum, karena belum sesuai standar baik dari segi bangunan, peralatan maupun pengorganisasian"*.
- B: *"Belum; kurangnya sarana yang memadai"*.
- C: *"Menurut idealnya belum, tetapi untuk bekerja kita sesuaikan dan kita gunakan dengan fasilitas yang ada"*.
- D: *"Belum dari segi SDM maupun fasilitas yang ada belum memenuhi standar pelayanan keperawatan"*.
- E : *"Belum; karena ruangan perawat terlalu sempit"*.

Dari hasil FGD dan WM dengan responden tentang lingkungan kerja ruang rawat inap belum cukup baik karena semua kepala ruang hanya berfikir lingkungan kerja terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja, ini didukung oleh hasil WM dengan perawat pelaksana seperti petikan berikut :

- A: *"Belum ideal, tapi gedung sudah"*.
- B: *"Belum ideal karena masih digabung"*.
- C: *"Belum, kurang bersih, alat kurang"*.
- D: *"Belum ideal, sempit"*

Sementara ini belum ada teori atau penelitian terdahulu yang mendukung keadaan tersebut di atas.

Keadaan di atas tidak sesuai dengan pernyataan Papu (2009) bahwa lingkungan kerja menunjuk pada hal-hal yang berada di sekeliling dan melingkupi tugas kerja karyawan. Kondisi lingkungan kerja tergantung dan diciptakan oleh pimpinan, dengan kata lain suasana kerja yang tercipta dapat didesain dengan pola yang diciptakan pimpinan. Umumnya lingkungan kerja dapat berupa: 1) struktur tugas, 2) desain pekerjaan, 3) pola kepemimpinan, 4) pola kerjasama, 5) ketersediaan sarana kerja, dan 6) imbalan (*reward system*).

Peneliti beranggapan kemampuan kepala ruang dalam menciptakan lingkungan kerja ruangnya belum cukup baik karena mereka hanya berfikir lingkungan kerja terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan kepala ruang tentang manajemen keperawatan sehingga mereka hanya berpegang pada pengalaman terdahulu.

3. Kompetensi Manajemen Asuhan Keperawatan Kepala Ruang

a. Sumber Daya Manusia

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang SDM keperawatan akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang SDM keperawatan, seperti petikan pada tabel berikut :

Tabel 4.20
Sumber Daya Manusia Keperawatan Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Sumber Daya Manusia	A: " <i>Kayaknya dari pendidikan sudahlah..tapi dari jumlah?</i> ".	Belum cukup baik, karena SDM keperawatan belum sesuai dalam jumlah dan kualitas	Sebagian besar kepala ruang menyatakan bahwa SDM keperawatan belum sesuai

	B: <i>“Belum sih karena kami rata-rata tidak memiliki sertifikat keterampilan yang memadai”.</i>		standar.
--	--	--	----------

Informasi yang diperoleh dari hasil FGD tentang tenaga keperawatan belum cukup baik karena tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Sungailiat tidak sesuai dari jumlah dan kualitasnya.

- 2) Informasi yang diperoleh dari hasil WM pada responden tentang SDM keperawatan seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.21
Sumber Daya Manusia Keperawatan Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Sumber Daya manusia	A: Belum B: Belum C: Tidak D: Tidak E: Belum F: Belum G: Belum H: Belum	Belum cukup baik, karena SDM keperawatan belum sesuai dalam jumlah dan kualitas	Sebagian besar kepala ruang menyatakan bahwa SDM keperawatan belum sesuai standar.

Hasil WM dengan responden tentang SDM keperawatan belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 8 dari 11 atau 73% kepala ruang mengatakan tenaga keperawatan di ruang rawat inap belum sesuai dari jumlah dan kualitasnya, seperti petikan berikut :

A: *“Belum memenuhi standar”.*

B: *“SDM masih banyak perlu dilengkapi / kurang karena belum ada satu perawat pun yang sudah pernah mengikuti diklat dalam perawatan bedah”.*

C: "Belum ideal, karunya saja masih SPK belum D3"

D: "SDM belum standar, belum ada yang pelatihan PPGD, BCTLS, ACTLS "

Dari FGD dan WM diperoleh hasil tentang tenaga keperawatan belum cukup baik karena 73% kepala ruang mengatakan SDM keperawatan belum sesuai dalam jumlah dan kualitasnya, ini dibenarkan juga dari hasil WM dengan Perawat pelaksana yang menyatakan bahwa SDM keperawatan belum memenuhi standar seperti petikan berikut :

A: "Belum standar karena seharusnya Minimal D3".

B: "Belum karena masih ada yang SPK".

C: "Kurang dari kualitas dan kuantitas".

Dan dibenarkan juga oleh laporan perencanaan Kepala Bidang Keperawatan kepada direktur RSUD Sungailiat melalui Kasubag kepegawaian bahwa jumlah dan kualitas tenaga perawat di RSUD Sungailiat belum sesuai dari jumlah dan kualitasnya yaitu masih membutuhkan \pm 99 orang tenaga yang terdiri dari 24 orang S1 keperawatan, 3 orang DIV keperawatan, 1 orang D3 bidan dan 71 orang D3 keperawatan.

Sementara ini belum ada teori atau penelitian terdahulu yang mendukung keadaan tersebut di atas.

Keadaan di atas tidak sesuai dengan (Keliat, 1994). Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien . Tiga komponen penting dalam manajemen asuhan keperawatan yaitu manajemen sumber daya manusia (perawat) dengan menggunakan sistem pengorganisasian pekerjaan perawat

(asuhan keperawatan) dan sistem klasifikasi kebutuhan klien dalam metoda pemberian asuhan keperawatan yaitu proses keperawatan.

Peneliti beranggapan SDM keperawatan belum sesuai standar karena belum sesuai dari jumlah dan kualitasnya ini disebabkan oleh RSUD Sungailiat adalah rumah sakit milik pemerintah daerah yang anggarannya diperoleh dari anggaran rumah tangga Pemda setempat sehingga untuk penambahan jumlah dan peningkatan kualitas SDM nya tergantung ketersediaan dana yang ada.

b. Standar Asuhan Keperawatan dan Standar Prosedur Operasional

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang SAK dan SPO akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang SAK dan SPO keperawatan seperti petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.22
SAK dan SOP Keperawatan Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
SAK dan SOP	<p>A: <i>Sudah baru yang keperawatan untuk yang kebidanan belum, SOP yang khusus belum</i>”.</p> <p>B: <i>“SAK ada, SOP Belum lengkap”</i>”.</p>	Belum cukup baik, karena SPO dan SAK yang ada belum lengkap	Sebagian besar kepala ruang menyatakan bahwa sudah memiliki SPO dan SAK

Informasi yang diperoleh dari hasil FGD tentang SAK dan SPO belum cukup baik karena SPO dan SAK yang ada di ruang rawat inap RSUD Sungailiat Bangka belum lengkap.

- 2) Informasi yang diperoleh dari hasil WM pada responden tentang SAK dan SPO keperawatan seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.23
SAK dan SPO Keperawatan Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
SAK dan SPO	A: Ada B: Sudah C: Sudah D: Sudah E: Ada F: Sudah G: Sudah H: Sudah I: Sudah J: Sudah K: Ya ada	Belum cukup baik, karena SAK dan SPO sudah ada tapi belum lengkap.	Sebagian besar kepala ruang menyatakan bahwa sudah ada SAK dan SPO keperawatan

Hasil WM dengan responden tentang SAK dan SPO belum cukup baik karena semua kepala ruang rawat inap menyatakan SAK dan SPO sudah ada tapi belum lengkap, seperti petikan berikut :

- A: *"Ada, belum lengkap"*.
 B: *"Sudah, kebidanannya belum"*.
 C: *:"Ada, baru dibuat tambahan"*.
 D: *"Sudah ada, bulan Maret tadi"*.
 E: *"Sudah ada terhitung bulan Maret"*.

Dari FGD dan WM diperoleh hasil bahwa SAK dan SPO ruang rawat inap RSUD Sungailiat sudah ada tapi belum cukup baik karena belum lengkap, ini di benarkan dari hasil WM dengan perawat pelaksana, seperti petikan berikut :

- A: *"Ada sejak Maret atau April"*.
 B: *"Sudah ada"*
 C: *"Sudah ada, tapi sepertinya ditambah"*.

Dan dibenarkan juga oleh hasil observasi dilapangan, bahwa SAK dan SPO unit khusus belum tersedia sehingga harus ditambahkan seperti SAK dan SPO di unit : ICU, Neonatal, Bedah dan Syaraf.

Ini didukung oleh Keliat (1994) yang menyatakan bahwa Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien.

Namun berbeda dengan Tarwoto & Watonah (2004) secara umum dapat dikatakan bahwa proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya dengan tujuan khususnya :

- a. Mempraktekkan metode pemecahan masalah dalam praktek keperawatan (problem solving) .
- b. Menggunakan standart dalam praktek keperawatan.
- c. Memperoleh metode yang baku, rasional dan sistematis.
- d. Meperoleh metode yang dapat digunakan dalam berbagai macam situasi.
- e. Memperoleh asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi.

Penulis beranggapan SAK dan SPO ruang rawat inap belum cukup baik karena belum lengkap, perlu penambahan untuk SAK dan SPO di unit-unit khusus, ini disebabkan oleh kurangnya tenaga keperawatan yang berpendidikan S1 yang mampu membuat Standar Asuhan Keperawatan sehingga sulit juga untuk membuat Standar Prosedur Operasionalnya.

c. Pelaksanaan Proses Keperawatan

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang pelaksanaan proses perawatan akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang proses keperawatan seperti petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.24
Pelaksanaan Proses Keperawatan Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Proses Keperawatan	<p>A: "Sebagian sudah dilaksanakan".</p> <p>B: "Belum semuanya".</p> <p>HG: "Pengkajian yang jarang kami lakukan".</p> <p>C: "kami selama ini hanya blanko evaluasi yang dikerjakan".</p> <p>D, E, F: "sama hanya evaluasi yang dikerjakan".</p>	Belum cukup baik, karena proses perawatan tidak dilakukan secara lengkap.	Sebagian besar kepala ruang menyatakan bahwa poses perawatan belum dilaksanakan secara optimal

Informasi yang diperoleh dari hasil FGD tentang proses keperawatan belum cukup baik karena belum dilaksanakan oleh sebagian besar kepala ruang secara lengkap.

- 2) Informasi yang diperoleh dari hasil WM pada responden tentang proses keperawatan seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.25
Pelaksanaan Proses Keperawatan Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Proses Keperawatan	A: Belum B: Belum C: Belum D: Belum E: Belum F: Belum G: Belum	Belum cukup baik, karena proses keperawatan belum dibuat secara lengkap	Sebagian besar kepala ruang menyatakan bahwa belum melakukan proses keperawatan secara optimal

Hasil WM dengan responden tentang proses keperawatan belum cukup baik karena sebagian besar yaitu 7 dari 11 atau 64% kepala ruang menyatakan proses keperawatan belum dilaksanakan secara optimal, seperti petikan berikut :

A: *"Belum dilakukan secara optimal, hanya sebagian menuju proses keperawatan"*.

B: *"Sebagian, banyak yang tidak dilakukan, pengkajian tidak maksimal, diagnosa tidak berdasar teori hanya berdasar keluhan, implementasi hanya rutinitas, perencanaan jarang dilakukan dan evaluasi dilakukan tapi tidak secara detail"*.

C: *"Sebagian, terutama pengkajian"*.

D: *"Hanya evaluasi yang dilakukan secara optimal, yang lain belum"*.

Hasil FGD dan WM diketahui bahwa proses keperawatan ruang rawat inap RSUD Sungailiat sudah ada tapi belum cukup baik karena belum lengkap, ini dibenarkan dari hasil WM dengan perawat pelaksana, seperti petikan berikut :

A : *"Karena ruangan baru, yang dilakukan hanya implementasi dan evaluasi saja"*.

B : *"Sudah sebagian, karena tidak sempat"*.

C : *"Pengkajian tidak dilakukan"*.

Hal ini juga didukung oleh hasil observasi lapangan yang diperoleh hasil bahwa dari 22 Rekam Medik yang diobservasi hanya 5 atau 22,7% RM yang

proses perawatannya dilakukan lengkap mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan catatan perkembangan keperawatannya.

Ini didukung oleh Keliat (1994) yang menyatakan bahwa Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien.

Tapi hal ini tidak sejalan dengan tahap-tahap proses keperawatan. Dalam proses keperawatan Depkes RI (1998) membaginya menjadi enam tahapan yaitu:

1. Pengkajian
2. Diagnosa Keperawatan
3. Perencanaan
4. Intervensi
5. Evaluasi
6. Catatan Asuhan Keperawatan

Penulis beranggapan proses keperawatan ruang rawat inap belum cukup baik karena belum lengkap, ini disebabkan oleh kurangnya tenaga keperawatan disetiap bangsainya baik secara kualitas ataupun kuantitasnya sehingga proses keperawatan yang dilaksanakan oleh ruang rawat inap RSUD hanya sebatas rutinitas saja dan siapa yang sempat saja.

4. Kepala Ruang sebagai Manajer Pelayanan Keperawatan

Hasil FGD dan wawancara mendalam tentang kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan akan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Informasi yang diperoleh dari hasil FGD pada responden tentang kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan seperti petikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.26
Kepala Ruang Sebagai Manajer Pelayanan Keperawatan
Hasil FGD

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Manajer Pelayanan Keperawatan (tugas dan wewenang)	<p>A: "Tidak tahu, kami hanya kebiasaan saja".</p> <p>B: " Kebiasaan sajalah, ngikut saja".</p> <p>C: "Sepertinya kami belum tahu yang sebenarnya hanya seperti yang terdahulu".</p>	<p>Belum cukup baik karena kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan hanya tahu tugas dan wewenangnya berdasarkan kebiasaan dan contoh terdahulu tapi tidak tahu yang sebenarnya.</p>	<p>Sebagian besar kepala ruang belum tahu apa yang menjadi tugas dan wewenang sebagai manajer keperawatan</p>

Informasi yang diperoleh dari hasil FGD tentang kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan belum cukup baik karena kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan hanya tahu tugas dan wewenangnya berdasarkan kebiasaan dan contoh terdahulu tapi tidak tahu yang sebenarnya.

- 2) Informasi yang diperoleh dari hasil WM pada responden tentang kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.27
Kepala Ruang Sebagai Manajer Pelayanan Keperawatan
Hasil WM

Topik	Responden	Interpretasi	Kesimpulan
Manajer Pelayanan	<p>A: Tahu</p> <p>B: Tahu</p>	<p>Belum cukup baik karena hanya tahu</p>	<p>Sebagian besar kepala ruang</p>

Keperawatan	C: Tahu D: Tahu sebagian E: Mengetahui F: kebiasaan G: kebiasaan H : kebiasaan I: dari mulut ke mulut. J: Ya K: Ya	tugas dan wewenang berdasarkan kebiasaan dan pengalaman terdahulu .	rawat inap mengetahui tugas dan wewenang sebagai kepala ruang .
-------------	--	---	---

Hasil WM dengan responden tentang kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan belum cukup baik karena semua kepala ruang hanya tahu tugas dan wewenang berdasarkan kebiasaan dan pengalaman terdahulu, seperti petikan berikut :

A: *"Tahu, tapi hanya sebatas pengalaman Karu sebelum-sebelumnya".*

B: *"Secara tertulis tidak tahu, tapi secara teknis hanya kebiasaan".*

C: *" Hanya kebiasaan seperti kepala ruang terdahulu".*

D : *"Hanya kebiasaan seperti kepala ruang terdahulu"..*

E: *"Secara administrasi belum tahu tapi secara dari mulut ke mulut melanjutkan sistem-sistem yang sudah ada terdahulu dari kepalaruang sebelumnya".*

Dari FGD dan WM diperoleh hasil bahwa kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan di RSUD Sungailiat belum cukup baik karena semua kepala ruang hanya tahu tugas dan wewenang berdasarkan kebiasaan dan pengalaman terdahulu.

Keadaan ini didukung oleh hasil observasi/wawancara dengan pasien yang dirawat yaitu : semua perawat tidak menggunakan sepatu sepanjang dinas, semua perawat wanita yang tidak menggunakan jilbab tidak memakai kap, sebagian atau 28% perawat tidak menggunakan name tage, semua perawat

wanita yang menggunakan jilbab memakai jilbab sesuai dengan pakaiannya, sebagian atau 46% perawat masih ada yang datang tidak tepat waktu, 37% perawat pulang tidak tepat waktu, 32% perawat tidak menandatangani sendiri daftar hadir, semua perawat tidak meminta izin keluar kepada pengawas, semua perawat tidak melakukan penjualan obat, semua perawat melakukan pendokumentasian, semua perawat melakukan operan setiap pergantian sif, semua perawat melakukan 5T dalam pemberian obat dan hanya 64% perawat yang mau mendengarkan keluhan pasien. Hal ini menunjukkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan oleh kepala ruang rawat inap di RSUD Sungailiat Bangka belum cukup baik.

Sementara ini belum ada teori atau penelitian terdahulu yang mendukung keadaan tersebut di atas.

Ini tidak sejalan dengan standar tugas pokok Kepala Ruang yang ditetapkan oleh Depkes (1999) meliputi kegiatan: menyusun rencana kegiatan tahunan yang meliputi kebutuhan sumber daya (tenaga, fasilitas, alat dan dana), menyusun jadwal dinas dan cuti, penyusunan rencana pengembangan staf, kegiatan pengendalian mutu, bimbingan dan pembinaan staf, koordinasi pelayanan, melaksanakan program orientasi, mengelola praktik klinik serta melakukan penilaian kinerja dan mutu pelayanan. Kepala Ruang sebagai manajer operasional dari sebuah ruang perawatan bertanggung jawab untuk pengorganisasi kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap.

Penulis menganggap kemampuan kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan di RSUD Sungailiat belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang hanya tahu tugas dan wewenang berdasarkan kebiasaan dan pengalaman

terdahulu, ini disebabkan masih rendahnya pendidikan kepala ruang, masih kurangnya sosialisasi dari bidang keperawatan tentang tugas dan wewenang yang ditetapkan dan masih kurangnya jumlah dan kualitas tenaga keperawatan disetiap bangsanya sehingga pelayanan yang diberikan hanya sebatas rutinitas keseharian tanpa memperhitungkan mutu dari pelayanan keperawatan.

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan temuan dan pembahasan tentang analisis kompetensi manajemen kepala ruang rawat inap dalam meningkatkan mutu pelayanan di RSUD Sungailiat diketahui bahwa kemampuan kepala ruang sebagai manajer pelayanan keperawatan di RSUD Sungailiat belum cukup baik karena sebagian besar kepala ruang hanya tahu tugas dan wewenang berdasarkan kebiasaan dan pengalaman terdahulu, ini disebabkan oleh :

1. Kompetensi manajemen operasional keperawatan kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat belum cukup baik, karena :
 - a. Sebagian besar yaitu 55% - 82% kepala ruang belum membuat perencanaan, pengorganisasian, pembagian tugas dan pengarahan, pertemuan berkala dan penilaian kinerja perawat, mereka hanya dapat menjadi media konsultasi dan fasilitator, ini akibat dari rendahnya tingkat pendidikan kepala ruang dan kurang atau tidak adanya sosialisasi tentang manajemen keperawatan.
 - b. Sebagian besar yaitu 73% - 82% pengorganisasian kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat belum cukup baik, seharusnya mereka mampu melaksanakan tiga aspek penting pengorganisasian keperawatan ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan kepala ruang tentang manajemen keperawatan terutama tentang tugas dan wewenangnya sebagai kepala ruang.

- c. Sebagian besar yaitu 82% kepala ruang melakukan evaluasi kemampuan sosial, komunikasi, keterampilan, kemampuan perawat pelaksana dalam mengambil keputusan tapi hanya sebatas observasi, lisan dan yang paling bermasalah saja, tidak dilakukan untuk semua perawat pelaksana. Selain itu juga kepala ruang tidak melakukan uji kompetensi terhadap perawatnya ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan kepala ruang terhadap tugas dan wewenangnya sehingga mereka hanya melakukan sesuai etik sosial saja.
 - d. Sebagian besar yaitu 73% kepala ruang hanya mampu memotivasi perawat pelaksana dengan saran atau psikologi saja, ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan kepala ruang tentang konsep motivasi, sehingga mereka berfikir tidak akan mampu memberikan motivasi badania.
 - e. Semua kepala ruang hanya berfikir lingkungan kerja terdiri dari sarana atau prasarana dan SDM saja ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan kepala ruang tentang manajemen keperawatan.
2. Kompetensi manajemen asuhan keperawatan kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat belum cukup baik, karena :
- a. SDM keperawatan belum sesuai standar (belum sesuai dari jumlah dan kualitasnya) ini disebabkan oleh RSUD Sungailiat adalah rumah sakit milik pemerintah daerah yang anggarannya diperoleh dari anggaran rumah tangga Pemda setempat sehingga untuk penambahan jumlah dan peningkatan kualitas SDM nya tergantung ketersediaan dana yang ada.
 - b. SAK dan SPO ruang rawat inap belum lengkap, perlu penambahan untuk SAK dan SPO di unit-unit khusus, ini disebabkan oleh kurangnya tenaga

keperawatan yang berpendidikan S1 yang mampu membuat Standar Asuhan Keperawatan sehingga sulit juga untuk membuat Standar Prosedur Operasionalnya.

- c. Proses keperawatan ruang rawat inap belum lengkap, ini disebabkan oleh kurangnya tenaga keperawatan disetiap bangsalnya baik secara kualitas ataupun kuantitasnya sehingga proses keperawatan yang dilaksanakan oleh ruang rawat inap RSUD hanya sebatas rutinitas dan siapa yang sempat saja.

B. Saran

Bertitik tolak dari simpulan di atas, maka saran yang dapat disampaikan untuk institusi RSUD Sungailiat Bangka sebagai tempat penelitian adalah sebagai berikut :

1. Perlu adanya peningkatan kompetensi manajemen operasional keperawatan kepala ruang rawat inap RSUD Sungailiat melalui diklat dan sosialisasi, pendidikan dan latihan dilanjutkan dengan sosialisasi setiap ada pembaharuan yang berkelanjutan tentang manajemen keperawatan terutama untuk kompetensi kepala ruang, akan menciptakan kepala ruang yang terampil dan berkemampuan dalam menganalisa dan mengambil keputusan untuk menanggulangi atau memecahkan masalah keperawatan terutama dalam pengelolaan bangsal untuk terlaksananya proses keperawatan. Untuk hal tersebut diatas maka perlu diklat yang tepat seperti : Diklat Manajemen

Khusus Kepala Ruang, diklat keterampilan (PPGD, ATLS, BCTLS, dll).

2. Perlu adanya peningkatan manajemen asuhan keperawatan melalui perencanaan :
 - a. Ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai baik dari jumlah maupun kualitas.
 - b. Ketersediaan sarana dan prasarana keperawatan yang sesuai standar.
 - c. Ketersediaan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang lengkap terutama untuk unit-unit khusus yaitu ruang haemodialisa, ICU, Neonatal dan ruang Syaraf,.
 - d. Evaluasi mutu pelayanan keperawatan secara rutin dengan membentuk Satuan Pengawas Internal (SPI RSUD Sungailiat).

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama. (2003). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Amstrong, M, (1994). *Performance Management*. London : Kogan Page.
- Andriani, Duri. (2004). *Pedoman Penulisan Daftar Pustaka*. Jakarta : Lembaga Penelitian Universitas Terbuka.
- Atuti, E, (2012), Konsep Dasar Manajemen Keperawatan. *Makala disajikan pada Pelatihan Manajemen Keperawatan Bagi Kepala Ruang Perawatan tanggal 6-9 Juli 2012*. Koba RSUD Bangka Tengah.
- Bidang Keperawatan. (2012). *Standar Kebutuhan Tenaga Keperawatan/Bidan di Ruang Rawat Inap dan Rawat Jalan di RSUD Sungailiat*. Sungailiat : RSUD Sungailiat.
- BPK. (2011). *Laporan Hasil Pemeriksaan Atas Pelayanan Rawat Inap Pada RSUD Sungailiat Kabupaten Bangka*. RSUD Bangka.
- Bungin,B. (2005). *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT. Raya Gravindo Persada.
- Budihartono. (2009). *Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi RS*. Jakarta : KARS.
- Cusack, L., Smith, M. (2010). *Power Inequalities in the Assessment of Nursing competency Within the Workplace: Implications for Nursing Management*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(9), 408-412. Adelaide South Australia : Slack Incorporated.
- Dawud. (2010). *Perbedaan Penelitian Kualitatif dan kuantitatif*. Malang : Fakultas Sastra Universitas. Diambil 2 Agustus 2012 dari situs World Wide Web <http://berkarya.um.ac.id/2010/09/19/perbedaan-penelitian-kualitatif-dan-kuantitatif/>
- Depkes RI, (1998). *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Depkes RI.
- Depkes RI. (1999). *Paradigma Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (1999). *Instrumen Self Assessment Akreditasi Rumah Sakit Untuk 12 Kegiatan Pelayanan*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (1999). *Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: Dep.Kes RI.

- Depkes RI. (2005). *Pedoman Penilaian Kinerja Perawat dan Bidan di Rumah Sakit Kelas C*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2005). *Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta : Depkes RI.
- Depkes RI. (2009). *Undang-Undang RI Nomor 44 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Dharma,S, (2005). *Manajemen Kinerja, Falasafah Teori dan Penerapannya*. Jogjakarta : Pustaka Pelajar.
- Dirjen Bina Yanmed, (2007). *Pedoman Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta : Depkes RI.
- Flippo, Edwin, B. (1997). *Management Personalia*, Jakarta : Erlangga.
- Gillies, D.A, (1989). *Nursing Management A Systemes Approach*. Philadhelpia: W.B. Saunders Company.
- Herzberg, F. (1977). *One More Time: How Do You Motivate Employees? The Management Process*, 2nd Ed. New York : Macmillan.
- Hidayat, Taufik. (2009). *Aspek-aspek Manajemen Keperawatan yang Berpengaruh Terhadap Kompetensi Interpersonal Perawat di Rawat Inap RSUD BrigJend H Hasan Basri Kandangan Kalimantan Selatan*. Semarang: PPS Undip. Diambil 3 Oktober 2011 dari situs World Wide Web http://eprints.undip.ac.id/17880/1/Taufik_Hidayat.pdf
- Iswanto, Yun. Sylvana, Andi. Muktiyanto, Ali. (2010). *Pedoman Mata Kuliah Seminar Penelitian*. Yogyakarta: Aditya Medika.
- Keliat B,A. (1994). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kusnanto, H. (2000). *metoda Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Aditya Medika.
- Kron, T. (1987). *The Manajement of Patient Care*. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Maguny, Tatang. (2011) ***Objek Penelitian; Subjek Penelitian; Responden Penelitian; Informan (Narasumber) Penelitian; Populasi Objek Penelitian; Populasi Subjek Penelitian; Populasi Responden Penelitian; Anggota Populasi Subjek Penelitian; Anggota Populasi Responden Penelitian; Generalisasi; Unit Analisis***. Diambil 2 Agustus 2012 dari situs World Wide Web <http://www.dwipurnomoikipbu.wordpress.com->

- Mayasari, Agustina. (2009). *Analisis Pengaruh Persepsi Faktor Manajemen Keperawatan Terhadap Tingkat Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Semarang*. Semarang: PPS Undip. Diambil 8 April 2012 dari situs World Wide Web http://eprints.undip.ac.id/16282/1/Agustina_Mayasari.pdf
- Massopa. (2008). *Metode pengumpulan data dalam penelitian kualitatif*. Tarakan: Universitas Borneo. Diambil tanggal 8 Juni 2012 dari situs World Wide Web <http://massofa.wordpress.com/2008/01/14/kupas-tuntas-metode-penelitian-kualitatif-bag-2/>
- Menteri Kesehatan RI, (1992). *Keputusan Menteri Republik Indonesia nomor 983.MENKES/SK/1992 Tentang Pedoman Rumah Sakit Umum*. Jakarta : Depkes. RI.
- Menteri Kesehatan RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes/ SK / II / 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimum*. Jakarta : Depkes. RI.
- Mulyati, Lia. (2011). *Masa Depan Profesi Keperawatan*. Bandung : Diambil 2 Agustus 2012 dari situs World Wide Web <http://www.stikku.ac.id/>
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2002). *Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Prakteik Keperawatan Profesional* Jakarta: Salemba Medika.
- Nupikso, Gunoro. (2010). *Panduan Mata Kuliah Workshop Penelitian*. Jakarta : Universitas Terbuka.
- Nurachmah, E. (2000). Prinsip pencatatan aspek klien. *Jurnal Keperawatan Indonesia* 4(2).
- Nurachmah,E. (2001). Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit. *Disajikan dalam Seminar Keperawatan RS Islam Cempaka Putih Jakarta 2 Juni 2001*. Jakarta.
- Nurachmah, E . (2005). *Leadership Dalam Keperawatan*. Jakarta : FIK UI.
- Papu, Johanes. (2009). Motivasi Karyawan. *Makassar Young Entrepreneur Solidarity*. November 2009, 14:49
- Perencanaan RSUD. (2011). *Profil RSUD Sungailiat tahun 20011*. Sungailiat : RSUD Sungailiat.
- Potter, Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan Jilid I*. Jakarta: EGC.

- Ratmawati, Dwi & Herachwati, Nurri. (2009). *Prilaku Organisasi*. Jakarta : Universitas Terbuka.
- Robbins, Stephen. (2001). *Perilaku Organisasi (Edisi Bahasa Indonesia)* Jakarta : Prenhallindo.
- Sacharin, R.M. (1996). *Prinsip Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC.
- Sandra, D. (1990). *Teaching Nursing*. California : Cummings Publisher.
- Sanafiah, F. (1990). *Penelitian Kualitatif*. Malang: YA 3.
- Sampuna,B. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : UI Pers.
- Siregar, R. (2003). Hubungan Gaya Kepemimpinan Terhadap Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Kota Tebing Tinggi Tahun 2003. *Tesis , Administrasi Rumah Sakit*. UNSU Medan.
- Soeroso, santoso. (2002). *Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Suatu Pendekatan Sistem*. Jakarta : EGC.
- Sugiono. (2005). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Alfabeta.
- Susanto, Agus, (2001). *Diskusi Era Baru Profesi Keperawatan: Perawat ingin Jadi Mitra Seajar Dokter*. Jakarta : Kompas Jum'at 29 Juni 2001.
- Suciati. Santi,D. Tirta,R. Susanti. Agnes P,S. Supartomo. (2010). *Pedoman Penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM)*. Jakarta : FKM UI.
- Sumijatun. (1996). *Analisa Kompetensi Supervisi Kepala Ruang Rawat Inap RSU Pasar Rebo Jakarta*. Jakarta : FKM UI. Diambil 3 Oktober 2011 dari situs World Wide Web
<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=80638>.
- Szilagy, Andrew, D. (1990). *Organizaional Behavior and Performance*. Houston: Harper Collins Publishers.
- Tarwoto, Watona. (2004). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Ed.1. Jakarta : Salemba Medika.
- Wahyuni, Sri. (2007). *Analisis Kompetensi Kepala Ruang Dalam Pelaksanaan Standar Manajememn Pelayanan Keperawatan dan Pengaruhnya Terhadap Kinerja Perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara*. Semarang: PPS Undip.Diambil 8 April 2012 dari situs World Wide Web
http://eprints.undip.ac.id/18327/1/SRI_WAHYUNI.pdf

Widjaya, Farid. (2005). *Metoda Penelitian Bisnis*. Jakarta: Universitas Terbuka.

Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*. Surabaya : Airlangga University Press.

UNIVERSITAS TERBUKA