

**PENGARUH PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA
TENTANG FUNGSI MANAJERIAL KEPALA RUANG
TERHADAP PELAKSANAAN MANAJEMEN ASUHAN
KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSJD
Dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

Oleh

Bambang Edi Warsito
NIM : E4A003003

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2006**

**PENGARUH PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA
TENTANG FUNGSI MANAJERIAL KEPALA RUANG TERHADAP
PELAKSANAAN MANAJEMEN ASUHAN
KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSJD
Dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

Telah disetujui sebagai Tesis
Untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

Menyetujui,
Pembimbing Utama

Dra. Atik Mawarni, M.Kes
NIP : 131 918 670

Pembimbing Pendamping

Meidiana Dwidiyanti, S.Kp. M.Sc
NIP : 140 145 925

Mengetahui,
Universitas Diponegoro
Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua,

dr. Sudiro, MPH., Dr.PH.
NIP : 131 252 965

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**PENGARUH PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA
TENTANG FUNGSI MANAJERIAL KEPALA RUANG TERHADAP
PELAKSANAAN MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN DI
RUANG RAWAT INAP RSJD
Dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :
Nama : Bambang Edi Warsito
NIM : E4A003003

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Maret 2006
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Pendamping

Pembimbing Utama

Meidiana Dwidiyanti, S.Kp.,M.Sc
NIP 140 145 925

Dra. Atik Mawarni, M.Kes.
NIP 131 918 670

Penguji II

Penguji I

Septo Pawelas Arso, SKM.,MARS.
NIP 132 163 501

Wibowo Kurniadi, dr.,MARS.
NIP 211/SMG/YAKKUM

Semarang, Maret 2006.
Universitas Diponegoro
Program Studi Magister Ilmu kesehatan Masyarakat
Ketua,

dr. Sudiro, MPH., Dr.PH.
NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Maret 2006.

Bambang Edi Warsito. S.Kp.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : Bambang Edi Warsito, S.Kp
Tempat/Tgl. Lahir : Sukoharjo, 07 Maret 1963
Agama : Khatolik
Pekerjaan : Dosen PSIK FK UNDIP
Alamat : Jl. Alamanda Blok B/305 Perum Bukit Diponegoro Tembalang
Semarang

Riwayat Pendidikan :

1. SD Keluarga Mayang Gatak Sukoharjo Lulus Tahun 1975
2. SMP Negeri Gatak Sukoharjo Lulus Tahun 1979
3. SMA Negeri 6 Surakarta Lulus Tahun 1982
4. Akademi Perawatan Satria Jaya Surakarta Lulus Tahun 1986
5. Akta III Universitas Semarang Lulus 1996
6. S-1 Keperawatan FIK UI Jakarta Lulus 2000
7. S-2 ARS MIKM Undip Semarang Lulus 2006

Riwayat Pekerjaan :

1. Dosen Akper Patria Husada Surakarta Th. 1986 – Th. 1990,
2. Guru SPK Depkes Klaten Th. 1988 – Th. 2000.
3. Dosen Poltekes Surakarta di Akbid Depkes Klaten Th. 2000 – Th. 2002.
4. Dosen PSIK FK Undip Semarang Th. 2002 – sekarang.

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, serta atas bantuan, dorongan moril serta bimbingan dari semua pihak sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan tesis yang berjudul “ Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Manajerial Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ”.

Tesis ini untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S2 pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan ini penyusun menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. dr. Sudiro, MPH, Dr.PH., selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ketua Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit yang telah menyetujui tesis ini.
2. Dra. Atik Mawarni, M.Kes., selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan masukan, saran, kritik untuk penyusunan tesis ini.
3. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp. M.Sc., selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan masukan, saran, kritik untuk penyusunan tesis ini.
4. Wibowo Kurniadi, dr.,MARS., selaku penguji I yang telah memberikan masukan, saran, kritik untuk penyusunan tesis ini
5. Septo Pawelas Arso, SKM.,MARS., selaku penguji II yang telah memberikan masukan, saran, kritik untuk penyusunan tesis ini
6. Para Dosen MIKM UNDIP atas masukan, saran dan kritik dalam penyusunan tesis.

7. Dan teman-teman S2 MIKM UNDIP angkatan 2003 yang telah memberikan motivasi dalam penyusunan tesis.
8. Istri dan anak-anak saya yang telah memberikan dukungan dan motivasi sehingga penyusunan tesis terselesaikan.

Dengan selesainya penyusunan tesis ini, penulis berharap dapat memperlancar penyelesaian pendidikan di program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Semarang, Maret 2006

Penyusun,
Bambang Edi Warsito
NIM. E4A003003

ABSTRAK

BAMBANG EDI WARSITO

Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Manajerial Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

xiv + 80 halaman + 10 Lampiran

Latar belakang penelitian ini adalah fungsi manajerial kepala ruang belum baik seperti fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian dalam manajemen keperawatan sangat menentukan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap oleh perawat pelaksana dalam melaksanakan manajemen asuhan keperawatan kepada klien. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Penelitian ini merupakan studi *cross-sectional*, jenis penelitian kuantitatif dilanjutkan kualitatif. Populasi perawat pelaksana di ruang rawat inap dan seluruh kepala ruang. 52 perawat pelaksana sebagai sampel melalui *Proportionate Stratified Random Sampling* di 12 ruang rawat inap diberikan kuesioner persepsi fungsi manajerial kepala ruang dan dinilai pelaksanaan asuhan keperawatan melalui dokumen pasien. Dilanjutkan cross cek dengan kepala ruang tentang persepsi manajerial.

Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik (65,4%). Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang yaitu (1) fungsi perencanaan baik (53,8%), tidak ada hubungan ($p=0,857$), dan tidak ada pengaruh ($p=0,543$, Exp B=0,700). (2) fungsi pengorganisasian baik (55,8%), tidak ada hubungan ($p=0,982$), dan tidak ada pengaruh ($p=0,982$, Exp B=1,013). (3) fungsi pengarahan baik (75%), ada hubungan ($p=0,002$), dan ada pengaruh ($p=0,035$, Exp B=4,888). (4) fungsi pengawasan tidak baik (51,9%), ada hubungan ($p=0,007$) dan ada pengaruh ($p=0,068$, Exp B=3,679). (5) fungsi pengendalian tidak baik (59,6%), tidak ada hubungan ($p=0,873$), dan tidak ada pengaruh ($p=0,873$, Exp B=1,100).

Kesimpulannya bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengarahan kepala ruang tidak baik, cenderung pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya juga tidak baik ($p=0,035$, Exp B=4,888), dan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengawasan kepala ruang tidak baik, cenderung pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya juga tidak baik ($p=0,068$, Exp B=3,679).

Kata Kunci : Manajemen keperawatan, Persepsi, Perawat.

ABSTRACT

Bambang Edi Warsito

Influence of the Nurse's Perception about the Function of the Head's Nurse Management toward Nursing Care Management Implementation at Inpatient Room of Dr. Amino Gondohutomo District Mentally Hospital in Semarang

xiv + 80 pages + 10 enclosures

The functions of management such as planning, organizing, guiding monitoring, and controlling had not been done well by the head's nurse. Nursing management is important to determine the nursing care services for client at inpatient room. Aim of this research was to analyse influence of the nurse's perception about the function of the head's nurse management toward nursing care management implementation at Inpatient Room of Dr. Amino Gondohutomo District Mentally Hospital in Semarang.

This was a *quantitative and a qualitative research with cross sectional* approach. Population was nurses at inpatient room and all head's nurse. Number of sample was 52 nurses taken by *Proportionate stratified random sampling* at 12 inpatient rooms. The questioner was used to collect data continued with cross check to the head's nurse about perception of management.

Result of this research shows that implementing of nursing care management is good (65,4%). Perception of a nurse about the head's nurse management namely: (1) Good planning (53,8%), no significant association ($p=0,857$), and no influence ($p=0,543$, Exp B=0,700). (2) Good organizing (55,8%), no significant association ($p=0,982$), and no influence ($p=0,982$, Exp B=1,013). (3) Good guiding (75%), significant associated ($p=0,002$), and significant influence ($p=0,035$, Exp B=4,888). (4) Not good monitoring (51,9%), significant association ($p=0,007$), and significant influence ($p=0,068$, Exp B=3,679). (5) Not good controlling (59,6%), no significant association ($p=0,873$), and no influence ($p=0,873$, Exp B=1,100).

Conclusion of this research is the nurse who perceives not good the head's nurse guiding has a risk to be not implementing the nursing care management ($p=0,035$, Exp B=4,888), and the nurse who perceives not good the head's nurse monitoring has a risk to be not implementing the nursing care management ($p=0,068$, Exp B=3,679).

Key Words: Nursing Management, Perception, Nurse.

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Ruang Lingkup	9
E. Manfaat Penelitian	9
F. Keaslian Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Konsep Manajemen Keperawatan	11
B. Perencanaan Kegiatan Keperawatan di ruang rawat Inap	12
C. Pengorganisasian kegiatan keperawatan di ruang rawat inap	13
D. Pengarahan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap	15
E. Pengawasan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap	17
F. Pengendalian kegiatan keperawatan di ruang rawat inap	19
G. Kepemimpinan dalam Keperawatan	20
H. Standar Asuhan Keperawatan	22
I. Manajemen Asuhan Keperawatan	24
J. Persepsi	25
K. Kerangka Teori	26

BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	27
	A. Kerangka Konsep	27
	B. Hipotesis	27
	C. Jenis dan rancangan penelitian	28
	D. Definisi operasional variabel penelitian dan skala pengukuran.....	29
	E. Populasi dan sampel penelitian	34
	F. Alat dan cara penelitian	36
	G. Teknik pengolahan dan analisis data	38
BAB IV	HASIL PENELITIAN	43
	A. Gambaran Umum RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang	43
	B. Diskripsi Karakteristik Responden	47
	C. Diskripsi responden menurut variabel penelitian	49
	D. Analisis hubungan antar variabel penelitian	56
	E. Analisis multivariat variabel penelitian	61
	F. Hasil wawancara mendalam dengan kepala ruang	63
	G. Keterbatasan Penelitian	65
BAB V	PEMBAHASAN	66
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	75
	A. Kesimpulan	75
	B. Saran	76
	DAFTAR PUSTAKA	78
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor tabel	Judul tabel	Halaman
Tabel 1.1	: Gambaran Tingkat Pendidikan Tenaga Perawat RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang Oktober 2005	3
Tabel 1.2	: Gambaran Tingkat Pendidikan Kepala Ruang RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang Oktober 2005	4
Tabel 1.3	: Hasil Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang Oktober 2005 ...	5
Tabel 3.1	: Besar Sample tiap ruang Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang	35
Tabel 4.1	: Gambaran Tingkat Pendidikan Tenaga Perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	44
Tabel 4.2	: Gambaran Tingkat Pendidikan Kepala Ruang Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	44
Tabel 4.3	: Hasil Pelaksanaan Penerapan SAK Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	45
Tabel 4.4	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok umur di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	47
Tabel 4.5	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	48
Tabel 4.6	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan status perkawinan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	48
Tabel 4.7	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan terakhir di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	48
Tabel 4.8	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok masa kerja di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	49
Tabel 4.9	: Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi perencanaan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	50
Tabel 4.10	: Distribusi frekuensi persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	50
Tabel 4.11	: Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	51
Tabel 4.12	: Distribusi frekuensi persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	52
Tabel 4.13	: Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengarahan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	52

Tabel 4.14	:	Distribusi frekuensi Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	53
Tabel 4.15	:	Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengawasan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	53
Tabel 4.16	:	Distribusi frekuensi Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	54
Tabel 4.17	:	Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengendalian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006	54
Tabel 4.18	:	Distribusi frekuensi Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Januari 2006	55
Tabel 4.19	:	Distribusi frekuensi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Januari 2006	55
Tabel 4.20	:	Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	56
Tabel 4.21	:	Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	57
Tabel 4.22	:	Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	58
Tabel 4.23	:	Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	59
Tabel 4.24	:	Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	60
Tabel 4.25	:	Ringkasan Hubungan variabel independen dengan variabel dependen	61
Tabel 4.26	:	Hasil uji χ^2 variabel independen dan variabel dependen	62
Tabel 4.27	:	Ringkasan hasil analisis Bivariat menggunakan regresi logistik metode Enter	62
Tabel 4.28	:	Hasil Analisis Multivariat menggunakan regresi logistik metode Enter	62
Tabel 4.29	:	Hasil FGD dengan Kepala Ruang rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang 27 Pebruari 2006	63

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

- 1 Lampiran Lembar penjelasan untuk responden
- 2 Lampiran Lembar persetujuan menjadi responden
- 3 Lampiran Kuesioner Penelitian Perawat Pelaksana
- 4 Lampiran Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Askep
- 5 Lampiran Pedoman Wawancara Penelitian Kepala Ruang
- 6 Lampiran Surat Ijin penelitian dan pengambilan data
- 7 Lampiran Pengolahan Data SPSS Validitas dan Reliabilitas kuesioner
- 8 Lampiran Pengolahan Data SPSS Deskriptif Statistik
- 9 Lampiran Pengolahan Data SPSS Tabel Silang
- 10 Lampiran Pengolahan Data SPSS Regresi Logistik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan salah satu tatanan pemberi jasa pelayanan kesehatan harus mampu menyediakan berbagai jenis pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga merupakan institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat karya, padat pakar dan padat modal.¹

Sumber daya manusia mempunyai kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berbentuk pelayanan medik, rehabilitasi medik dan pelayanan keperawatan sangat diperlukan dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional di rumah sakit.¹ Tenaga perawat sebagai sumber daya manusia di rumah sakit selama 24 jam selalu berinteraksi dengan pasiennya, memiliki waktu kontak serta jumlah yang paling banyak dibanding dengan tenaga kesehatan manapun sehingga memiliki kontribusi yang besar dalam upaya meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan yang diberikan dibanding dengan tenaga kesehatan yang lain.² Salah satu upaya yang sangat penting dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan adalah meningkatkan sumber daya manusia dan manajemen keperawatan.³

Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi dari sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan, obyektifitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan.² Proses manajemen dibagi lima fase yaitu : planning, organizing, staffing, directing, controlling yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain.⁴

Dalam pelaksanaan manajemen keperawatan didukung kemampuan dan ketrampilan kepemimpinan dalam pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien oleh setiap perawat apakah sebagai staf, ketua tim, kepala ruang, pengawas atau kepala

bidang.⁵ Kepemimpinan merupakan motor penggerak bagi sumber-sumber dan alat-alat dalam suatu organisasi melalui pengambilan keputusan, penentuan kebijakan dan menggerakkan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi.⁵ Kepemimpinan dalam keperawatan harus dapat diakui dan diterima oleh para bawahannya, sehingga kewenangannya dan keinginannya dapat dimanifestasikan oleh kerelaan dan kemampuan bawahan untuk melaksanakan sesuai dengan pimpinannya.

Manajemen asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep-konsep manajemen seperti ; perencanaan, pengorganisasiann, pengarahan, pengendalian dan evaluasi.⁵ Manajemen asuhan keperawatan dilaksanakan melalui pendekatan dengan metode proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah yang menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien/klien sesuai dengan kode etik dan standar praktek keperawatan.⁶

Standar praktek keperawatan penting bagi profesi keperawatan, karena mencerminkan kualitas pelayanan keperawatan. Standar praktek keperawatan adalah pernyataan deskriptif dari kualitas yang diinginkan, terhadap evaluasi pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien/klien dapat dilaksanakan.⁵ Standar praktek keperawatan berfungsi sebagai pedoman untuk membimbing perawat dalam menentukan pemberian pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien/klien.

Dalam pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan diharapkan memenuhi target dan hasil yang diperoleh pasien/klien, maka diperlukan pengarahan dan pengawasan melalui kegiatan supervisi. Supervisi merupakan cara yang ampuh untuk mencapai tujuan pelayanan rumah sakit, khususnya pelayanan keperawatan. Supervisi keperawatan adalah proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan.² Tujuan supervisi adalah pemenuhan dan peningkatan kepuasan pelayanan kepada pasien / klien. Adapun

tujuan akhir dari supervisi adalah kebutuhan, ketrampilan dan kemampuan perawat untuk dapat melakukan tugasnya.⁵ Supervisi merupakan salah satu fungsi pokok yang harus dilaksanakan oleh pengelola atau manajer keperawatan dari manajer terendah, menengah sampai atas.⁵

Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Tengah, menurut SK Gubernur Jawa Tengah No 440/09/2002.⁷ Adapun tugas pokoknya adalah melaksanakan sebagian tugas teknis Pemerintah Propinsi Jawa Tengah di Bidang Kesehatan Jiwa dan melaksanakan kebijakan teknis operasional pelayanan kesehatan jiwa dan kesehatan dasar untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia.⁷ Salah satu fungsinya adalah pelayanan dan asuhan keperawatan.⁷ Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang yang merupakan rumah sakit dengan klasifikasi jumlah tempat tidur sebanyak 218 TT, 12 ruang rawat inap dengan BOR mencapai 73,2 %, dan didukung oleh jumlah tenaga perawat fungsional sebanyak 102 orang bulan Oktober tahun 2005, secara rinci dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini :

Tabel 1.1 Gambaran Tingkat Pendidikan Tenaga Perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang Oktober 2005

Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
S1 kep + Ners	12	11,76
D III keperawatan	63	61,77
SPKSJ/SPK/SPR B	27	26,47
Total	102	100

Dari jumlah tersebut yang mengikuti pendidikan lanjut adalah 24 orang yaitu sebanyak 4 orang mengikuti S1 keperawatan dan sisa sebanyak 20 orang mengikuti pendidikan program khusus DIII keperawatan di institusi setempat. Peningkatan pendidikan

perawat ini dapat memenuhi tuntutan profesi keperawatan dan masyarakat akan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

Dalam melaksanakan manajemen keperawatan di ruang rawat inap dipimpin oleh kepala ruang. Pendidikan kepala ruang seharusnya minimal S1 Keperawatan (ditambah pendidikan profesi Ners). Karena seorang kepala ruang sebagai pimpinan keperawatan harus memiliki ketrampilan dalam komunikasi, kemampuan memberi motivasi kepada staf, ketrampilan kepemimpinan, ketrampilan mengatur waktu serta mampu memecahkan masalah dan mengambil keputusan.⁵ Adapun data tingkat pendidikan kepala ruang seperti terlihat pada tabel 1.2 berikut ini :

Tabel 1.2 Gambaran Tingkat Pendidikan Kepala Ruang Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang Oktober 2005

Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
S1 kep + Ners	5	41,66
D III keperawatan	7	58,34
Total	12	100

Dari data tersebut terlihat masih didominasi oleh perawat yang pendidikannya DIII Keperawatan yaitu 58,34 %. Dalam pelaksanaan manajemen keperawatan yang bermutu dibutuhkan seorang manajer keperawatan yang bertanggung jawab dan mampu melaksanakan manajemen keperawatan sehingga dapat menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Untuk dapat menerapkan manajemen keperawatan di ruang rawat inap diperlukan seorang kepala ruang yang memenuhi standar sebagai manajerial. Menurut Hubber (2000) seorang manajer diharapkan mampu mengelola pelayanan keperawatan di ruang rawat inap dengan menggunakan pendekatan manajemen keperawatan yaitu melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian.²

Kualitas asuhan keperawatan dapat diukur dengan standar asuhan keperawatan yaitu pernyataan deskriptif dari kualitas yang diinginkan terhadap evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat dilaksanakan.⁵ Adapun fungsinya adalah sebagai pedoman dalam perencanaan manajemen keperawatan di rumah sakit.² Menurut Tim Departemen Kesehatan RI (2001) penilaian pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan dengan metode proses keperawatan di rumah sakit dapat diukur dengan instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan.⁸ Adapun salah satu penilaiannya adalah dengan menggunakan instrumen A yaitu pedoman studi dokumentasi asuhan keperawatan untuk mengetahui kualitas asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Adapun ketetapan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang hasil yang diharapkan adalah pencapaian rata-rata lebih 86 %.

Dari hasil pelaksanaan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang terlihat pada tabel 1.3 sebagai berikut :

Tabel 1.3 Hasil Pelaksanaan Penerapan SAK Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2004

No	ASPEK YANG DINILAI	JUMLAH	RATA2 %
1	Pengkajian Keperawatan	907	76
2	Diagnosa Keperawatan	1003	84
3	Perencanaan Keperawatan	1022	85
4	Tindakan Keperawatan	625	52
5	Evaluasi Keperawatan	420	35
6	Catatan Asuhan Keperawatan	1012	84
Total		4989	416
Pencapaian Rata-rata (%)			69.3

Dari data tersebut menunjukkan hasil pada semua aspek yang dinilai dan pencapaian rata-rata masih dibawah ketetapan Rumah Sakit Jiwa Daerah dr Amino Gondohutomo Semarang (< 86%). Sehingga masalah pelaksanaan standar asuhan keperawatan

masih rendah. Hal ini terkait juga dengan pelaksanaan pengawasan kepala ruang yang belum terlaksana dengan baik, karena format pengawasan melalui supervisi langsung maupun tidak langsung belum ada. Dari hasil wawancara penulis saat pelatihan Bintek Asuhan Keperawatan, perawat pelaksana menyatakan dan mengeluh belum pernah mendapatkan supervisi dari kepala ruang.

B. Perumusan Masalah

Untuk dapat menerapkan manajemen keperawatan di ruang rawat inap diperlukan seorang kepala ruang yang memenuhi standar sebagai manajerial. Adapun kemampuan manajerial kepala ruang rawat inap diharapkan tingkat pendidikannya minimal S1 Keperawatan, akan tetapi kenyataannya di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang sebesar 58,34 % atau 7 ruang rawat inap kepala ruangnya masih dijabat oleh seorang manajer yang tingkat pendidikannya DIII Keperawatan.

Berdasarkan studi pendahuluan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang fungsi manajerial kepala ruang, seperti fungsi perencanaan keperawatan di ruang rawat inap belum sepenuhnya dilaksanakan oleh kepala ruang. Fungsi pengorganisasian keperawatan di ruang rawat inap seperti sistem penugasan, pengaturan dinas, pengaturan kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan masih bervariasi, belum sepenuhnya sesuai dengan standar pelayanan dan asuhan keperawatan. Fungsi pengarahan keperawatan di ruang rawat inap meliputi saling memberi motivasi, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi dan kolaborasi juga masih bervariasi dalam pelaksanaan di setiap ruang. Fungsi pengawasan keperawatan di ruang rawat inap melalui supervisi langsung seperti mengobservasi kegiatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan perawat pelaksana, maupun supervisi tidak langsung dengan pemeriksaan dokumentasi yang ada terkait dengan aktivitas dari perawat pelaksana seperti pemeriksaan daftar hadir, catatan dokumentasi dan laporan

konduite staf. Fungsi pengendalian mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap berdasarkan indikator mutu, kegiatan mutu dan tindak lanjut belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik.

Manajemen asuhan keperawatan dilaksanakan dengan metode proses keperawatan, didasarkan pada Standar Asuhan Keperawatan. Dari hasil evaluasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pencapaian dari masing-masing aspek yang dinilai dan secara kumulatif masih dibawah rata-rata yang ditetapkan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang (< 86 %).

Berdasarkan uraian diatas masalahnya adalah fungsi manajerial kepala ruang dan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang belum terlaksana dengan baik. Pertanyaan penelitiannya adalah Bagaimanakah pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang dan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Diperoleh gambaran persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang dan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- b. Menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan

keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

- c. Menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- d. Menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- e. Menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- f. Menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- g. Menganalisis pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

D. Ruang Lingkup

1. Ruang lingkup waktu

Pelaksanaan penelitian dilaksanakan selama 2 bulan.

2. Ruang lingkup tempat

Tempat penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

3. Ruang lingkup materi

Materi penelitian mengenai manajemen keperawatan yaitu fungsi manajerial kepala ruang dan manajemen asuhan keperawatan.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo

Dari hasil penelitian ini dapat diperoleh gambaran tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap manajemen asuhan keperawatan, sehingga rumah sakit dapat meningkatkan kemampuan kepemimpinan kepala ruang, menjadikan acuan untuk rekrutmen menjadi kepala ruang, dan dapat disusun metode dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

2. Bagi MIKM UNDIP Semarang

Dari hasil penelitian ini dapat menjadikan bahan pengembangan ilmu pengetahuan dalam manajemen keperawatan, manajemen sumber daya manusia rumah sakit, dan Manajemen Mutu Rumah Sakit, serta menjadikan referensi bagi peneliti berikutnya.

3. Bagi Peneliti

Dari penelitian ini dapat diperoleh gambaran tentang pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Sehingga dapat memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisis fungsi manajerial kepala ruang yang berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian Herawani Azies, Elly Nurachmah dan S. Notoatmojo (2001) mengenai persepsi kepala ruang dan perawat pelaksana tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta-2001. Melalui studi kualitatif : deskriptif-eksploratif dengan menggunakan pendekatan fenomenologikal ditemukan standar praktek keperawatan belum difungsikan secara optimal, sehingga pendokumentasian dapat dipertanggungjawabkan baik secara legal, sosial dan profesional.²⁵

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan obyektifitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan.² Keberhasilan pelayanan keperawatan sangat dipengaruhi oleh bagaimana manajer keperawatan melaksanakan peran dan fungsinya.

Menurut Gillies (1994) proses manajemen adalah merupakan rangkaian kegiatan input, proses, dan output.³ Marquis & Huston (2000) menyatakan proses manajemen dibagi lima tahap yaitu planning, organizing, staffing, directing, controlling yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain.⁴

Manajemen keperawatan adalah keyakinan yang dimiliki oleh tim keperawatan yang bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan berkualitas melalui pembagian kerja, koordinasi dan evaluasi. Manajemen keperawatan terdiri dari manajemen operasional dan manajemen asuhan keperawatan.⁵

Manajemen operasional adalah pelayanan keperawatan di rumah sakit yang dikelola oleh departemen atau bidang perawatan melalui tiga tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak, manajemen menengah, dan manajemen bawah. Menurut Swansburg & Swansburg (1999) manajer keperawatan tersebut harus memiliki beberapa faktor agar penatalaksanaannya berhasil yaitu : (1) Kemampuan menerapkan pengetahuan, (2) Ketrampilan kepemimpinan, (3) Kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin, dan (4) Kemampuan melaksanakan fungsi manajemen.⁵ Di setiap ruang rawat inap akan dipimpin oleh seorang manajer yaitu kepala ruang yang mampu melaksanakan pengelolaan pelayanan keperawatan. Pengelolaan pelayanan keperawatan menggunakan pendekatan manajemen

keperawatan yaitu melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian.²

Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metode proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien.⁶ Dalam manajemen asuhan keperawatan ada tiga komponen penting yaitu manajemen sumber daya manusia dengan menggunakan sistem pengorganisasian pekerjaan perawat, sistem klasifikasi kebutuhan klien dan metode proses keperawatan.⁶

B. Perencanaan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap

Fungsi perencanaan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap yang dilaksanakan oleh kepala ruang sebagai pemikiran atau konsep-konsep tindakan tertulis seorang manajer. Sebelum melakukan perencanaan terlebih dahulu dianalisa dan dikaji sistem, strategi organisasi dan tujuan organisasi, sumber-sumber organisasi, kemampuan yang ada, aktifitas spesifik dan prioritasnya.⁵

Perencanaan diartikan sebagai rincian kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan dilaksanakan dan dimana kegiatan itu berlangsung.⁶ Perencanaan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap akan memberi petunjuk dan mempermudah pelaksanaan suatu kegiatan untuk mencapai tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan kepada pasien/klien. Perencanaan di ruang rawat inap melibatkan seluruh personil mulai dari perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruang. Perencanaan kepala ruang sebagai manajer meliputi perencanaan tahunan, bulanan, mingguan dan harian.

Perencanaan kepala ruang di ruang rawat inap meliputi perencanaan kebutuhan tenaga dan penugasan tenaga, pengembangan tenaga, kebutuhan logistik ruangan, program kendali mutu yang akan disusun untuk pencapaian tujuan jangka pendek,

menengah dan panjang. Disamping itu kepala ruang merencanakan kegiatan di ruangan seperti pertemuan dengan staf pada permulaan dan akhir minggu. Tujuan pertemuan adalah untuk menilai atau mengevaluasi kegiatan perawat sudah sesuai dengan standar atau belum, sehingga dapat dilakukan perubahan-perubahan atau pengembangan dari kegiatan tersebut.

Adapun langkah-langkah perencanaan kebutuhan tenaga keperawatan menurut Gillies (1994) meliputi :

1. Mengidentifikasi bentuk dan beban pelayanan dan asuhan keperawatan yang akan diberikan.
2. Menentukan kategori perawat yang akan ditugaskan untuk melaksanakan pelayanan dan asuhan keperawatan.
3. Menentukan jumlah masing-masing kategori perawat yang dibutuhkan.
4. Menerima dan menyaring untuk mengisi posisi yang ada.
5. Melakukan seleksi calon-calon yang ada.
6. Menentukan tenaga perawat sesuai dengan unit atau shift.
7. Menberikan tanggung jawab untuk melaksanakan tugas pelayanan dan asuhan keperawatan.

C. Pengorganisasian kegiatan keperawatan di ruang rawat inap

Pengorganisasian adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas-tugas, kewenangan dan tanggung jawab sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakan sebagai suatu kesatuan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.⁵ Ada tiga aspek penting dalam pengorganisasian meliputi : pola struktur organisasi, penataan kegiatan, dan struktur kerja organisasi.

Prinsip-prinsip pengorganisasian adalah pembagian kerja, kesatuan komando, rentang kendali, pendelegasian, koordinasi. Dan pengorganisasian bermanfaat untuk :

penjabaran terinci semua pekerjaan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, pembagian beban kerja sesuai dengan kemampuan perorangan/kelompok, dan mengatur mekanisme kerja antar masing-masing anggota kelompok untuk hubungan dan koordinasi.²

Kepala ruang bertanggung jawab untuk mengorganisasi kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap meliputi :

1. Struktur organisasi

Struktur organisasi ruang rawat inap terdiri dari : struktur, bentuk dan bagan. Berdasarkan keputusan Direktur rumah sakit dapat ditetapkan struktur organisasi ruang rawat inap untuk menggambarkan pola hubungan antar bagian atau staf atasan baik vertikal maupun horizontal. Juga dapat dilihat posisi tiap bagian, wewenang dan tanggung jawab serta jalur tanggung gugat. Bentuk organisasi disesuaikan dengan pengelompokan kegiatan atau sistem penugasan.

2. Pengelompokan kegiatan

Setiap organisasi memiliki serangkaian tugas atau kegiatan yang harus diselesaikan untuk mencapai tujuan. Kegiatan perlu dikumpulkan sesuai dengan spesifikasi tertentu. Pengelompokan kegiatan dilakukan untuk memudahkan pembagian tugas pada perawat sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang mereka miliki serta disesuaikan dengan kebutuhan klien. Ini yang disebut dengan metoda penugasan keperawatan. Metoda penugasan tersebut antara lain : metode fungsional, metode alokasi klien/keperawatan total, metode tim keperawatan, metode keperawatan primer, dan metode moduler.⁵

3. Koordinasi kegiatan

Kepala ruang sebagai koordinator kegiatan harus menciptakan kerjasama yang selaras satu sama lain dan saling menunjang untuk menciptakan suasana kerja

yang kondusif. Selain itu perlu adanya pendelegasian tugas kepada ketua tim atau perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan di ruang rawat inap.

4. Evaluasi kegiatan

Kegiatan yang telah dilaksanakan perlu dievaluasi untuk menilai apakah pelaksanaan kegiatan sesuai rencana. 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 antar staf dan kebersamaan dalam kelompok, hal ini untuk meningkatkan motivasi kerja dan perasaan keterikatan dalam kelompok untuk meningkatkan kualitas kerja dan mencapai tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan.

D. Pengarahan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap

Fungsi pengarahan selalu berkaitan erat dengan perencanaan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap dalam rangka menugaskan perawat untuk melaksanakan mencapai tujuan yang telah ditentukan. Fungsi pengarahan adalah agar membuat perawat atau staf melakukan apa yang diinginkan dan harus mereka lakukan. Kepala ruang dalam melakukan kegiatan pengarahan melalui : saling memberi motivasi, membantu pemecahan masalah, melakukan pendelegasian, menggunakan komunikasi yang efektif, melakukan kolaborasi dan koordinasi.

Kegiatan saling memberi motivasi merupakan unsur yang penting dalam pelaksanaan tugas pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap. Hal-hal yang perlu dilakukan oleh kepala ruang adalah selalu memberikan reinforcement terhadap hal-hal yang positif, memberikan umpan balik, memanggil perawat yang kurang termotivasi, mungkin prestasi yang dicapai perlu diberikan penghargaan.

Di ruang rawat inap terdiri dari personil berbagai latar belakang yang dapat menjadikan masalah/konflik. Masalah/konflik yang terjadi tidak dibiarkan berkepanjangan dan harus diselesaikan secara konstruktif. Pendekatan yang digunakan kepala ruang dalam menyelesaikan masalah adalah :

1. Mengidentifikasi akar permasalahan yang terjadi dengan melakukan klarifikasi pada pihak-pihak yang berkonflik
2. Mengidentifikasi penyebab-penyebab timbulnya konflik tersebut
3. Mengidentifikasi alternatif-alternatif penyelesaian yang mungkin diterapkan
4. Memilih alternatif penyelesaian terbaik untuk diterapkan
5. Menerapkan alternatif terpilih
6. Melakukan evaluasi peredaan konflik

Pendelegasian tugas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pengelolaan ruangan. Pendelegasian digolongkan menjadi 2 jenis yaitu terencana dan insidental. Pendelegasian terencana adalah pendelegasian yang memang otomatis terjadi sebagai konsekuensi sistem penugasan yang diterapkan di ruang rawat inap, bentuknya dapat pendelegasian tugas kepala ruang kepada ketua tim, kepada penanggung jawab shift. Pendelegasian insidental terjadi bila salah satu personil ruang rawat inap berhalangan hadir, maka pendelegasian tugas harus dilakukan.

Komunikasi yang efektif dapat dilakukan baik lisan maupun tertulis. Komunikasi lisan diselenggarakan melalui proses : operan, konferens, konsultasi, dan informal antar staf. Komunikasi tertulis diselenggarakan melalui media yaitu papan tulis, buku laporan ruangan, atau pesan-pesan khusus tertulis.

Kolaborasi dan koordinasi dilakukan oleh kepala ruang dengan semangat kemitraan dengan tim keswa, seperti konsultasi dengan tim medis terkait dengan program pengobatan, psikolog, pekerja sosial, tim penunjang pelayanan di ruang rawat inap. Selain itu perlu dilakukan koordinasi dengan unit atau bidang lain seperti :

instalasi gizi, instalasi farmasi, instalasi IPRS, bidang pelayanan medik, bidang penunjang medik, bidang kesekretariatan, serta unit rawat jalan dan rawat darurat.

E. Pengawasan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap

Pelayanan rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, khususnya pasien dan keluarganya. Untuk itu rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya.

Pelayanan yang berkualitas perlu didukung oleh sumber-sumber yang memadai yaitu sumber daya manusia, standar pelayanan (Standar Asuhan Keperawatan), dan fasilitas. Sumber-sumber tersebut dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya agar berdaya guna, sehingga tercapai kualitas yang tinggi dengan biaya yang seminimal mungkin.

Untuk mencapai tujuan pelayanan rumah sakit tersebut, khususnya pelayanan keperawatan diperlukan supervisi keperawatan. Supervisi keperawatan adalah proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan. Adapun tujuan dari supervisi keperawatan tersebut adalah pemenuhan dan peningkatan kepuasan pelayanan pada pasien dan keluarganya. Jadi supervisi difokuskan pada kebutuhan, ketrampilan, dan kemampuan perawat untuk melakukan tugasnya.

Kegiatan supervisi merupakan salah satu fungsi pokok yang harus dilaksanakan oleh pengelola (manajer) dari yang terendah, menengah dan atas. Manajer yang melakukan fungsi supervisi disebut supervisor. Di rumah sakit manajer keperawatan yang melakukan fungsi 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 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. Pastikan praktek keperawatan profesional dijalankan.

Supervisi yang berhasil guna dan berdaya guna tidak dapat terjadi begitu saja, tetapi memerlukan praktek dan evaluasi penampilan agar peran dan fungsi supervisi dapat dijalankan dengan tepat. Kegagalan supervisi dapat menimbulkan kesenjangan dalam pelayanan keperawatan, akibatnya perawat pelaksana mengambil keputusan tentang tindakan keperawatan tanpa penilaian dan pengalaman yang matang sehingga kualitas asuhan keperawatan tidak dapat dipertanggungjawabkan. Akhirnya dapat terjadi kecelakaan, kegagalan terapi, salah pengertian atau malpraktek.

Proses supervisi praktek keperawatan meliputi tiga elemen yaitu :

1. Standar praktek keperawatan, sebagai acuan
2. Fakta pelaksanaan praktek keperawatan, sebagai pembanding untuk menetapkan pencapaian atau kesenjangan.
3. Tindak lanjut, baik berupa upaya mempertahankan kualitas maupun upaya memperbaiki.

Adapun area yang disupervisi adalah :

1. Pengetahuan dan pengertian tentang pasien dan diri sendiri
2. Ketrampilan yang dilakukan sesuai dengan standar
3. Sikap dan penghargaan terhadap pekerjaan.

Cara supervisi yang dilakukan dapat secara langsung dan tidak langsung. Supervisi langsung dapat dilaksanakan pada saat kegiatan sedang berlangsung, dimana supervisor terlibat langsung dalam kegiatan agar pengarahan dan pemberian

petunjuk tidak dirasakan sebagai perintah. Supervisi tidak langsung dapat dilaksanakan dengan melalui laporan baik tertulis maupun lisan. Disini ada kesenjangan fakta dimana supervisor tidak terlibat langsung dilapangan.

F. Pengendalian kegiatan keperawatan di ruang rawat inap

Adalah penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat dengan mengukur dan mengkaji struktur, proses dan hasil pelayanan dan asuhan keperawatan sesuai standar dan keadaan institusi untuk mencapai dan mempertahankan kualitas. Ukuran kualitas pelayanan dan asuhan keperawatan dengan indikator proses yaitu nilai dokumentasi keperawatan, indikator out put yaitu tingkat kepuasan pasien/klien, tingkat kepuasan perawat, lama hari rawat. Untuk kegiatan mutu yang dilaksanakan kepala ruang meliputi : Audit dokumentasi proses keperawatan tiap dua bln sekali, survey kepuasan pasien/klien setiap kali pulang, survey kepuasan perawat tiap enam bulan, survey kepuasan tenaga kesehatan lain, dan perhitungan lama hari rawat klien, serta melakukan langkah-langkah perbaikan mutu dengan memperhitungkan standar yang ditetapkan.

G. Kepemimpinan dalam keperawatan

Menurut Stoner (1982) definisi kepemimpinan adalah suatu proses pengarahan dan pemberian pengaruh pada kegiatan-kegiatan dari sekelompok anggota yang saling berhubungan tugasnya.¹⁰ Menurut Handoko (1997) ada tiga implikasi dari definisi tersebut yaitu (1) kepemimpinan menyangkut orang yaitu bawahan atau pengikut, (2) kepemimpinan menyangkut suatu pembagian kekuasaan yang tidak seimbang diantara para pemimpin dan anggota kelompok, (3) pemimpin dapat mempergunakan pengaruh.¹⁰ Kepemimpinan bagian yang terpenting dari manajemen yaitu merupakan

kemampuan yang dipunyai seseorang untuk mempengaruhi orang-orang lain agar bekerja mencapai tujuan dan sasaran.¹⁰

Sullivan & Decker (1997) mendefinisikan kepemimpinan merupakan penggunaan ketrampilan seseorang dalam mempengaruhi orang lain untuk melaksanakan sesuatu dengan sebaik-baiknya sesuai dengan kemampuannya. Kepemimpinan merupakan interaksi antar kelompok, proses mempengaruhi kegiatan suatu organisasi dalam pencapaian tujuan.¹¹

McGregor (1993) mengatakan bahwa kepemimpinan merupakan hubungan yang sangat kompleks yang selalu berubah dengan waktu seperti perubahan yang terjadi pada manajemen, serikat kerja atau kekuatan dari luar. Dalam keperawatan perubahan dalam kepemimpinan ditempa oleh manajemen keperawatan, para pendidik keperawatan, organisasi keperawatan, serikat kerja, dan harapan-harapan klien-pasien dan keluarga.¹²

Kepemimpinan dipengaruhi oleh sifat bawaan yang berhubungan dengan intelegensi, kepribadian dan kemampuan. Menurut Edwin Ghiselli menyatakan sifat-sifat kepemimpinan efektif adalah *supervisory ability*, kebutuhan akan prestasi dalam pekerjaan, kecerdasan, ketegasan, kepercayaan diri dan inisiatif.¹⁰ Keith Davis mengikhtisarkan empat ciri/sifat utama kepemimpinan yaitu (1) kecerdasan, (2) kedewasaan dan keluasan hubungan sosial, (3) motivasi diri dan dorongan berprestasi, dan (4) sikap-sikap hubungan manusiawi.¹⁰

Juga dipengaruhi oleh teori perilaku dan gaya kepemimpinan. Dalam keperawatan seorang kepala ruang sebagai pemimpin dapat menggunakan gaya otokratik, demokratik, bebas atau partisipatif tergantung pada situasi dan kemampuan seseorang. Menurut McGregor (1993) ada empat variabel besar untuk memahami kepemimpinan yaitu (1) karakteristik pimpinan, (2) Karakteristik bawahan, (3) Karakteristik organisasi, (4) Karakteristik Lingkungan.¹²

Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan penggunaan ketrampilan seorang pemimpin (manajer keperawatan) dalam mempengaruhi perawat-perawat lain dibawah pengawasannya untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai. Menurut Bennis dalam Lancaster & Lancaster (1997), mengidentifikasi empat kemampuan penting bagi seorang pemimpin yaitu (1) mempunyai pengetahuan yang luas dan kompleks tentang sistem manusia, (2) menerapkan pengetahuan tentang pengembangan dan pembinaan bawahan, (3) mempunyai kemampuan hubungan antar manusia, (4) mempunyai sekelompok nilai-nilai dan kemampuan mengenal orang lain dengan baik.¹³

Agar tujuan keperawatan tercapai diperlukan berbagai kegiatan dalam menerapkan ketrampilan kepemimpinan kepala ruang. Menurut Kron (1981) ketrampilan kepemimpinan kepala ruang tersebut meliputi kegiatan : (1) Perencanaan & Pengorganisasian, (2) Penugasan & Pengarahan, (3) Pembimbingan, (4) Kerjasama & Partisipasi, (5) Koordinasi, (6) Evaluasi.⁹ Adapun kegiatan tersebut adalah :

Sehingga kepala ruang sebagai pemimpin dalam melaksanakan kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan diharapkan dapat : (1) membantu staf keperawatan mencapai tujuan yang ditentukan, (2) mengarahkan kegiatan-kegiatan keperawatan, (3) bertanggung jawab atas tindakan keperawatan yang dilakukan, (4) melaksanakan keperawatan berdasarkan standar, (5) menyelesaikan pekerjaan dengan benar, (6) mencapai tujuan keperawatan, (7) mensejahterakan staf keperawatan, dan (8) memotivasi staf keperawatan.

H. Standar Asuhan Keperawatan

Standar merupakan uraian pernyataan tingkat kinerja yang diinginkan, sehingga kualitas struktur, proses dan hasil dapat dinilai. Standar asuhan keperawatan berarti

pernyataan kualitas yang diinginkan dan dapat dinilai pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien/klien. Pengertian standar menurut PPNI dapat diartikan sebagai : pedoman, ukuran, kriteria, peraturan, keperingkatan, undang-undang, indikator, pengukuran atau penafsiran, etik dan prinsip, prototype atau model, norma dan kegiatan, ada kekhasan, pernyataan kompetensi serta persyaratan akreditasi.¹⁴

Tujuan utama standar memberikan kejelasan dan pedoman untuk mengidentifikasi ukuran dan penilaian hasil akhir, dengan demikian standar dapat meningkatkan dan memfasilitasi perbaikan dan pencapaian kualitas asuhan keperawatan. Kriteria kualitas asuhan keperawatan mencakup : aman, akurasi, kontinuitas, efektif biaya, manusiawi dan memberikan harapan yang sama tentang apa yang baik bagi perawat dan pasien. Standar menjamin perawat mengambil keputusan yang layak atau wajar dan melaksanakan intervensi-intervensi yang aman dan akontabel.¹⁴ Standar asuhan keperawatan menurut Tim Depkes RI (2001) berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan apakah asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit sudah mengikuti dan memenuhi persyaratan-persyaratan yang ditetapkan dalam standar.⁸ Jadi pelayanan asuhan keperawatan sudah mengikuti dan sesuai dengan standar tersebut dapat disimpulkan bahwa pelayanan paling sedikit sudah dapat dipertanggung-jawabkan, termasuk mutu pelayanan juga harus dianggap baik.

Untuk mengetahui tingkat keberhasilan penerapan standar ini, perlu dilakukan penilaian secara objektif dengan menggunakan metode penerapan dan instrumen penilaian yang baku. Maka menurut Tim Depkes RI (2001) telah menyusun Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan yang terdiri dari (1) Pedoman Studi Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang selanjutnya disebut instrumen A, (2) Angket yang ditujukan kepada pasien dan keluarga untuk memperoleh gambaran tentang persepsi pasien terhadap mutu asuhan keperawatan yang selanjutnya disebut

instrumen B, (3) Pedoman Observasi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan selanjutnya disebut instrumen C. Semua instrumen ini dapat digunakan disemua rumah sakit yaitu RS Khusus dan RSUD kelas A, B dan C baik pemerintah maupun swasta.⁸

Instrumen A digunakan untuk mengumpulkan data agar dapat menilai kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan pendokumentasian yang ditemukan dalam rekam medik pasien dengan pendokumentasian yang ditentukan dalam standar keperawatan. Adapun aspek yang dinilai dalam instrumen ini adalah (1) Pengkajian Keperawatan, (2) Diagnosa Keperawatan, (3) Perencanaan Keperawatan, (4) Tindakan Keperawatan, (5) Evaluasi Keperawatan dan (6) Catatan Asuhan Keperawatan.⁸

Untuk instrumen B digunakan untuk mengumpulkan data tentang persepsi pasien/keluarga terhadap mutu asuhan keperawatan di rumah sakit. Adapun aspek yang dinilai adalah (1) Data umum, (2) Data pelayanan keperawatan dan (3) Saran pasien / keluarga untuk perbaikan, merupakan pertanyaan terbuka.

Dan instrumen C digunakan untuk mengumpulkan data dan menilai pelaksanaan kegiatan keperawatan yang sedang dilakukan oleh perawat. Aspek yang dinilai adalah persiapan dan pelaksanaan tiap kegiatan keperawatan. Ini dilakukan oleh perawat penilai atau observer yang memenuhi kriteria.

I. Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan menggunakan metoda proses keperawatan yang didasari konsep-konsep manajemen didalamnya, seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian serta evaluasi. Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yang menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat yang dibutuhkan oleh pasien. Menurut Keliat

(2000) manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien.⁶

Menurut Craven & Hirnle (2000) Proses keperawatan meliputi enam fase yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, tujuan keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.¹⁵ Sehingga proses keperawatan merupakan suatu pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu panduan untuk praktek keperawatan profesional.¹⁵

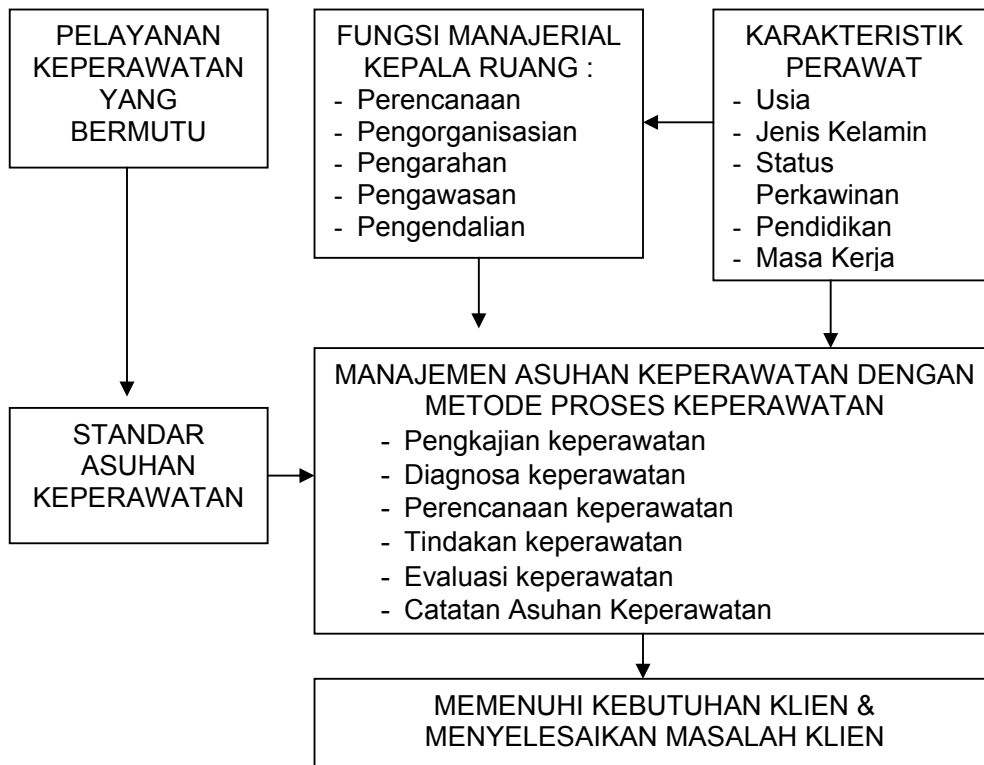
J. Persepsi

Persepsi adalah pengamatan yang merupakan kombinasi pengelihatannya, penciuman, pendengaran serta pengalaman masa lalu. Persepsi dinyatakan sebagai proses menafsir sensasi-sensasi dan memberikan arti kepada stimuli. Persepsi menurut Notoatmodjo (1993) merupakan penafsiran realitas dan masing-masing orang memandang realitas dari sudut perspektif yang berbeda.¹⁶ Abramson (1991) menyatakan persepsi sebagai proses seseorang menyeleksi, mengorganisasikan dan menafsirkan informasi untuk membentuk suatu gambaran yang memberi arti.¹⁶ Menurut Robin (1998) persepsi didefinisikan sebagai suatu proses dengan mana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka.¹⁷ Ada faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu pada pelaku persepsi (*perceiver*), obyek yang dipersepsikan, dan situasi dimana persepsi itu dilakukan.¹⁷

Jadi persepsi menurut Bennet (1987) adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi tentang lingkungannya, melalui indera dan tiap-tiap individu dapat memberikan arti yang berbeda.¹⁶ Ini dapat dipengaruhi oleh :

(1) tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang, (2) faktor pada pemersepsi atau pihak pelaku persepsi, (3) faktor obyek atau target yang dipersepsikan dan (4) faktor situasi dimana persepsi itu dilakukan. Dari pihak pelaku persepsi dipengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti sikap, motivasi, kepentingan atau minat, pengalaman dan pengharapan. Ada variabel lain yang dapat menentukan persepsi adalah umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup individu.

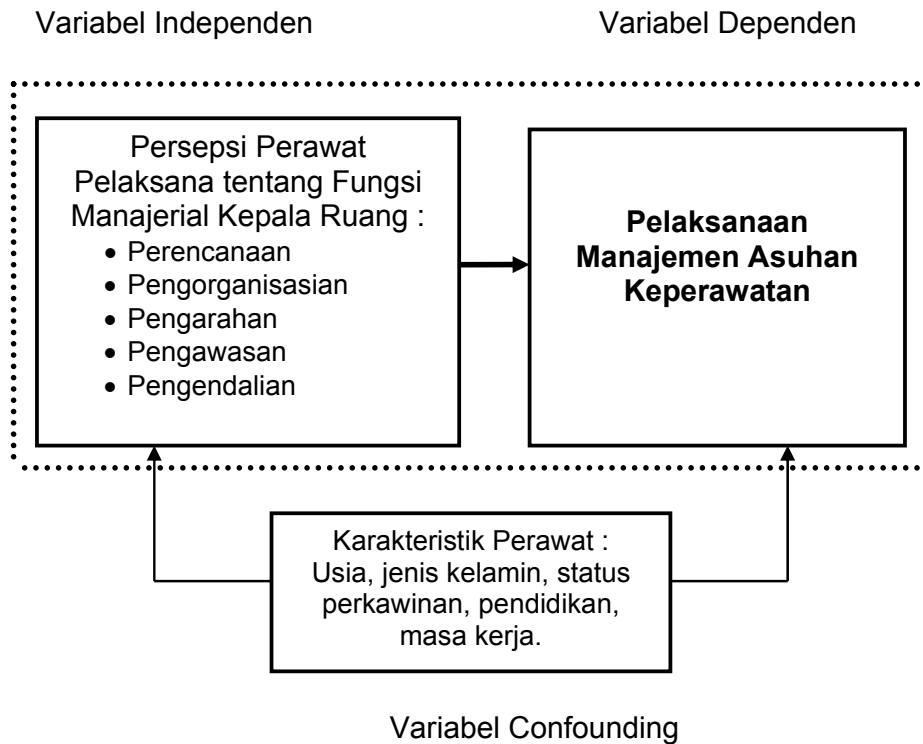
K. Kerangka Teori



Sumber : Hubberd, D (2000), Tim Depkes RI (2001), Craven & Hirnle (2000), Swansburg, RJ (1999). Keliat, (2000).

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Keterangan : adalah area yang diteliti

B. Hipotesis

1. Ada pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
2. Ada pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

3. Ada pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
4. Ada pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
5. Ada pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
6. Ada pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *studi kuantitatif* dengan analisis statistik dan dilanjutkan *studi kualitatif* dengan wawancara mendalam. Desain penelitian ini merupakan studi *cross-sectional*, menurut Sastroasmoro dan Ismael (2002) mencakup semua jenis penelitian yang pengukuran variabel-variabelnya dilakukan hanya satu kali, pada satu saat.²⁰ Pada penelitian ini bertujuan untuk memahami pengaruh fenomena antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan dinilai secara simultan pada satu saat. Sebagai unit analisis akan dilakukan kepada responden yaitu perawat pelaksana dengan pengukuran melalui kuesioner persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang dan pengukuran manajemen asuhan keperawatan melalui penilaian 5 dokumen keperawatan pasien yang sudah dinyatakan pulang. Dilanjutkan *studi kualitatif* dengan wawancara mendalam dengan kepala ruang sebagai cross-cek terhadap persepsi perawat pelaksana.

D. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

Dari kerangka konsep penelitian diatas menggambarkan variabel faktor fungsi manajerial kepala ruang yang terdiri dari fungsi : Perencanaan, Pengorganisasian, Pengarahan, Pengawasan, Pengendalian (sebagai variabel independen) yang dapat mempengaruhi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan (sebagai variabel dependen), yang diukur/dinilai melalui persepsi perawat pelaksana. Variabel Confounding yaitu umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja.

Variabel independen

1. Faktor fungsi manajerial kepala ruang

Adalah penilaian persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang :

a. Fungsi Perencanaan

Adalah penyusunan perencanaan kegiatan oleh kepala ruang yang berfokus pada asuhan keperawatan yaitu : 1) rencana tahunan, bulanan, mingguan dan harian. 2) rencana kebutuhan tenaga, 3) rencana penugasan tenaga, 4) rencana pengembangan tenaga, 5) rencana kebutuhan logistik ruangan, dan 6) rencana program kendali mutu.

b. Fungsi Pengorganisasian

Adalah rangkaian aktifitas kepala ruang dalam penyusunan kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap meliputi : 1) struktur organisasi, 2) pengelompokan kegiatan, 3) koordinasi kegiatan, 4) evaluasi kegiatan, 5) kelompok kerja.

c. Fungsi Pengarahan

Adalah kegiatan kepala ruang dalam rangka pelaksanaan tugas perawat mencapai tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap dengan : 1) motivasi, 2) problem solving, 3) pendelegasian, 4) komunikasi, 5) kolaborasi dan koordinasi.

d. Fungsi Pengawasan

Adalah kegiatan kepala ruang dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap melalui : 1) supervisi langsung, dan 2) tidak langsung.

e. Fungsi Pengendalian

Adalah kegiatan kepala ruang melakukan penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat dengan mengukur dan mengkaji struktur, proses dan hasil pelayanan dan asuhan keperawatan sesuai standar dan keadaan institusi. Ukuran kualitas pelayanan dan asuhan keperawatan dengan : 1) indikator proses yaitu nilai dokumentasi keperawatan, 2) indikator out put yaitu tingkat kepuasan pasien/klien, tingkat kepuasan perawat, lama hari rawat. Untuk kegiatan mutu yang dilaksanakan kepala ruang meliputi : Audit dokumentasi proses keperawatan tiap dua bln sekali, survey kepuasan pasien/klien setiap kali pulang, survey kepuasan perawat tiap enam bulan, survey kepuasan tenaga kesehatan lain, dan perhitungan lama hari rawat klien, serta melakukan langkah-langkah perbaikan mutu dengan memperhitungkan standar yang ditetapkan.

Cara mengukur melalui kuesioner terstruktur sesuai dengan pilihan persepsi perawat pelaksana menggunakan rentang pilihan untuk :

1) Pernyataan positif dengan skoring :

1=Sangat Tidak Setuju, 2=Kurang Setuju, 3=Ragu-ragu, 4=Setuju,
5=Sangat Setuju.

2) Pernyataan negatif dengan skoring :

1=Sangat Setuju (SS), 2=Setuju (S), 3=Ragu-ragu (R), 4=Kurang Setuju
(KS), 5=Sangat Tidak Setuju (STS).

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek kedalam 2 katagori :

a. Apabila distribusi data normal akan menggunakan katagori :

1) Baik : $X \geq \bar{X}$

2) Tidak Baik : $X < \bar{X}$

b. Apabila distribusi data tidak normal akan menggunakan titik median Katagori :

1) Baik : $X \geq \text{Median}$

2) Tidak baik : $X < \text{Median}$

Skala pengukurannya adalah: nominal

Variabel Dependen

1. Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan.

Adalah Penilaian terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang dilakukan oleh kepala ruang sesuai Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit meliputi :

- a. Pengkajian keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Perencanaan keperawatan
- d. Tindakan keperawatan
- e. Evaluasi keperawatan
- f. Catatan askep

Cara mengukur sesuai dengan penilaian terhadap 5 dokumen keperawatan pasien rawat inap dalam satu periode (dua bulan) dengan menggunakan Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes RI tahun 2001, dengan skoring jawaban 1 = kegiatan dilakukan, 0 = kegiatan tidak dilakukan.

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek kedalam 2 katagori :

a. Apabila distribusi data normal akan menggunakan katagori :

1) Baik : $X \geq \bar{X}$

2) Tidak Baik : $X < \bar{X}$

b. Apabila distribusi data tidak normal akan menggunakan titik median Katagori :

1) Baik : $X \geq \text{Median}$

2) Tidak baik : $X < \text{Median}$

Skala pengukurannya adalah: nominal

Variabel Confounding

1. Umur

Adalah lama hidup seseorang hingga ulang tahunnya yang terakhir.

Variabel diukur dengan pertanyaan terstruktur dalam kuesioner dan dinyatakan dalam tahun.

Skala pengukurannya : Rasio

2. Jenis kelamin

Adalah Ciri biologi yang berkaitan dengan jenis kelamin yang diketahui dari jawaban responden tentang jenis kelamin yang terdiri dari "Pria" dan "Wanita"

Variabel diukur dengan pertanyaan terstruktur dalam kuesioner dan dinyatakan dalam :

1) **Pria**

2) **Wanita**

Skala pengukurannya : Nominal

3. Status Perkawinan

Adalah Kondisi responden dalam keluarga, yang diketahui dari jawaban tentang Menikah dan Belum menikah.

Variabel diukur dengan pertanyaan terstruktur dalam kuesioner dan dinyatakan dalam :

1) **Menikah**

2) **Belum menikah**

Skala pengukurannya : Nominal

4. Tingkat Pendidikan

Adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh perawat

Variabel diukur dengan pertanyaan terstruktur dalam kuesioner dan dinyatakan dalam tingkat :

1) **DIII Keperawatan**

2) **S1 Perawat + Ners**

Skala pengukurannya : Ordinal

5. Masa kerja

Adalah lama seorang perawat bekerja di ruang rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Variabel diukur dengan pertanyaan terstruktur dalam kuesioner dan dinyatakan dalam tahun.

Skala pengukurannya : Rasio

E. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah populasi terjangkau yaitu seluruh perawat pelaksana, seluruh kepala ruang rawat inap dan dokumen keperawatan pasien yang telah pulang dalam kurun waktu 2 (dua) bulan pada Januari – Pebruari 2006 di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Pengambilan sampel penelitian untuk perawat pelaksana, ini ditentukan melalui *Proportionate Stratified Random Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dari anggota populasi secara acak dan berstrata secara proposional serta berdasarkan ruangan dimana perawat pelaksana berada. Selain itu responden ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu :

1. Kriteria inklusi
 - a. Bersedia menjadi responden
 - b. Pendidikan minimal DIII keperawatan
 - c. Bekerja minimal 2 tahun
 - d. Bertugas di ruang rawat inap
 - e. Sebagai perawat pelaksana
2. Kriteria eksklusi
 - a. Perawat yang tugas belajar
 - b. Perawat yang menjabat struktural
 - c. Perawat yang sedang cuti

Adapun besarnya sampel menurut rumus yang dikutip dari Nursalam (2002) adalah sebagai berikut :⁴⁰

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = tingkat ketepatan absolut yang diinginkan

Dari populasi terjangkau terdapat 63 perawat fungsional dengan $d = 0,05$, maka besar sampel sesuai rumus diatas adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2} = \frac{63}{1 + 63(0,05)^2} = 54 \text{ responden.}$$

Dari 54 responden tersebut akan diambil secara proposional tiap ruang dari 12 ruangan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n_i = \frac{N_i}{N} \cdot n$$

Keterangan :

n_i = Jumlah sampel tiap ruang

n = Jumlah sampel seluruhnya

N_i = Jumlah populasi tiap ruang

N = Jumlah populasi seluruhnya

Sehingga besar sampel tiap ruang dapat dilihat dalam tabel 3.4 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Besar Sampel Tiap ruang Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang N = 63 n = 54

Ruang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
N_i	3	4	4	5	4	3	4	11	4	4	6	11
n_i	2	3	3	4	3	2	3	10	3	3	5	11

Dari sejumlah 52 perawat pelaksana yang terpilih akan dicari dokumen keperawatan pasien dari perawat pelaksana tersebut dan dinilai masing-masing

perawat pelaksana berjumlah 5 dokumen keperawatan pasien yang memenuhi kriteria sebagai berikut : dokumen pasien yang telah pulang dan dirawat minimal 3 (tiga) hari diruangan yang bersangkutan, dilakukan selama kurun waktu 2 bulan.

F. Alat dan Cara Penelitian

1. Instrumen Penelitian

Sebagai alat untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini digunakan jenis instrumen yang terdiri dari :

- a. Kuisisioner Penelitian Perawat Pelaksana (lampiran 3)
 - 1) Daftar isian karakteristik demografi perawat
 - 2) Daftar pernyataan persepsi tentang faktor fungsi manajerial kepala ruang
- b. Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan (lampiran 4)
- c. Pedoman Wawancara Kepala Ruang (lampiran 5)

2. Uji Coba Kuesioner

a. Uji Validitas Kuesioner

Uji validitas kuesioner telah dilakukan adalah untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pernyataan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut.¹⁹ Jadi validitas mengukur apakah pernyataan dalam kuesioner yang sudah kita buat betul-betul dapat mengukur apa yang hendak kita ukur. Validitas kuesioner yang digunakan adalah dengan melakukan korelasi bivariat antara masing-masing skor indikator dengan total skor konstruk melalui analisis SPSS. Pada out SPSS

dapat dianalisa bahwa korelasi antara masing-masing indikator terhadap total skor kontruks menunjukkan hasil yang signifikan. Kriteria yang digunakan untuk validitas adalah apabila $p \leq 0,05$ maka dinyatakan valid, maka dapat dikatakan bahwa semua item pernyataan dapat dipergunakan sebagai instrumen penelitian. Disini telah diukur validitas kuesioner yang berisi persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang yang terdiri dari 44 item pernyataan terhadap 60 responden yang terdiri dari 30 responden RSJD Surakarta dan 30 responden RSJP Magelang. Hasil pengukuran validitas kuesioner menunjukkan 31 item pernyataan valid untuk penelitian dan 13 item pernyataan didrop. (hasil terlampir)

b. Uji Reliabilitas Kuesioner

Menurut Ghazali (2005), uji reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Pengukuran reliabilitas dapat dilakukan dengan dua cara yaitu *repeated measure* dan *one shot*.¹⁹ Dalam pengukuran ini penulis menggunakan cara *one shot* yaitu pengukuran sekali saja. Disini pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pernyataan lain atau mengukur korelasi antar jawaban.¹⁹ Dan pengolahannya digunakan SPSS dengan uji statistik *Cronbach Alpha* (α) > 0.60.¹⁹

Hasil pengukuran validitas kuesioner menunjukkan 31 item pernyataan valid untuk penelitian lalu dilakukan pengukuran reliabilitas dengan uji statistik *Cronbach Alpha* (α) ternyata 31 item pernyataan reabel yaitu nilai α > 0.60. (hasil terlampir)

G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan untuk menghasilkan informasi yang benar sesuai dengan tujuan penelitian. Kegiatan ini dilakukan dengan tahapan yaitu :

a. Editing data

Memeriksa data dilakukan setelah semua data terkumpul. Langkah pertama adalah memeriksa kembali semua kuesioner tersebut satu persatu hal ini dilakukan dengan maksud untuk mengecek apakah setiap kuesioner telah diisi sesuai dengan petunjuk sebelumnya. Dari hasil pemeriksaan kuesioner 52 responden telah terisi semua dengan benar sesuai dengan petunjuk.

b. Koding data

Yaitu tanda kode tertentu terhadap jawaban, hal ini dimaksudkan untuk memudahkan pada waktu pengolahan data.

c. Processing data

Yaitu pemrosesan data agar dapat dianalisis dengan meng-*entry* data dari kuesioner ke dalam program SPSS.

d. Cleaning data

Yaitu pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak dengan mengetahui *missing data*, variasi data, konsistensi data dan membuat tabel silang.

2. Analisa data

Pada tahap ini dilakukan analisa terhadap data yang sudah di-*entry* sehingga dihasilkan informasi yang dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan menguji hipotesis. Analisis data pada penelitian ini terdiri dari :

a. Analisis Univariat

Dilakukan untuk mendiskripsikan seluruh variabel, yaitu variabel independen maupun variabel dependen dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi.

1) Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Uji statistik Kolmogorov-Smirnov untuk data jawaban tentang variabel persepsi fungsi perencanaan kepala ruang memberikan nilai 1,065 $p=0,206$ ($p>0,05$), yang berarti data variabel tersebut terdistribusi secara normal, maka skor jawaban dapat digolongkan 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean adalah:

- a) Perencanaan baik bila skor ≥ 22.35
- b) Perencanaan tidak baik bila skor < 22.35

2) Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Uji statistik Kolmogorov-Smirnov untuk data jawaban tentang variabel persepsi fungsi pengorganisasian kepala ruang memberikan nilai 0,720 $p=0,677$ ($p>0,05$), yang berarti data variabel tersebut terdistribusi secara normal, maka skor jawaban dapat digolongkan 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean adalah:

- a) Perencanaan baik bila skor ≥ 26.79
- b) Perencanaan tidak baik bila skor < 26.79

3) Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Uji statistik Kolmogorov-Smirnov untuk data jawaban tentang variabel persepsi fungsi pengarahan kepala ruang memberikan nilai 1,688 $p=0,007$ ($p<0,05$) yang berarti data variabel tersebut tidak terdistribusi

secara normal, maka skor jawaban dapat digolongkan 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai median adalah:

- a) Perencanaan baik bila skor $\geq 16,00$
- b) Perencanaan tidak baik bila skor $< 16,00$

- 4) Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Uji statistik Kolmogorov-Smirnov untuk data jawaban tentang variabel persepsi fungsi pengawasan kepala ruang memberikan nilai 1,166 $p=0,132$ ($p>0,05$) yang berarti data variabel tersebut terdistribusi secara normal, maka skor jawaban dapat digolongkan 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean adalah:

- a) Perencanaan baik bila skor ≥ 23.12
- b) Perencanaan tidak baik bila skor < 23.12

- 5) Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Uji statistik Kolmogorov-Smirnov untuk data jawaban tentang variabel persepsi fungsi pengendalian kepala ruang memberikan nilai 0,850 $p=0,465$ ($p>0,05$) yang berarti data variabel tersebut terdistribusi secara normal, maka skor jawaban dapat digolongkan 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean adalah:

- a) Perencanaan baik bila skor ≥ 28.27
- b) Perencanaan tidak baik bila skor < 28.27

- 6) Pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Uji statistik Kolmogorov-Smirnov untuk data penilaian tentang variabel pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan memberikan nilai 1,349 $p=0,053$ ($p>0,05$) yang berarti data variabel tersebut terdistribusi secara

normal, maka skor jawaban dapat digolongkan 2 kategori dengan menggunakan batasan nilai mean adalah:

- a) Perencanaan baik bila skor ≥ 543.29
- b) Perencanaan tidak baik bila skor < 543.29

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini menggunakan analisis tabulasi silang (*Crosstab*) yaitu menyajikan data dalam bentuk tabulasi yang meliputi baris dan kolom yang datanya berskala nominal atau kategori.¹⁹ Dengan uji *Chi-squares* menguji adakah assosiasi antara masing-masing variabel independen persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang yaitu fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi pengarahan, fungsi pengendalian dan fungsi pengawasan secara sendiri-sendiri terhadap variabel dependen tentang pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan, sehingga diketahui variabel independen mana yang secara bermakna berhubungan dan layak untuk diuji secara bersama-sama (*multivariat*). Apabila hasil uji *Chi-squares* (χ^2) nilai $p < 0.05$, maka dapat disimpulkan ada hubungan atau assosiasi antara variabel independen dan dependen.¹⁹

c. Analisis Multivariat

Digunakan regresi logistik (*logistic regression*) karena skala pengukuran pada variabel dependen berskala nominal dikotom dan skala pengukuran pada variabel independen juga berskala numerik dan nominal.²⁰ Disini diuji apakah probabilitas terjadinya variabel dependen dapat diprediksi dengan variabel independennya. Karena dalam penelitian ini diteliti variabel independen persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang yang diukur dengan skala nominal berpengaruh terhadap variabel dependen tentang pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang

juga berskala nominal. Sehingga dapat diperoleh persamaan regresi logistik sebagai berikut :

$$P(\text{Prob Event}) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

$$Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

$$Z = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_p X_p$$

Keterangan :

- $\text{Exp}(B) = \text{OR} / \text{RR}$
- $X_i = \text{Variabel independen} = \text{rasio, interval, ordinal, nominal}$
- $P(\text{event}) = \text{variabel dependen} = \text{nominal}$

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr. Amino Gondohutomo Semarang milik Pemerintah Propinsi Jawa Tengah, dimana pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Gubernur sesuai dengan kedudukannya berdasarkan pada SK Gubernur Jawa Tengah No. 440/09/2002 tentang pengintegrasian Rumah Sakit Jiwa Semarang, Surakarta dan Klaten dalam perangkat daerah Propinsi Jawa Tengah.

Visi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang adalah “ Menjadi Rumah Sakit Jiwa Unggulan, pusat rujukan dan pendidikan yang memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh, profesional dan terjangkau untuk mewujudkan masyarakat Jawa Tengah sehat, produktif dan mandiri tahun 2010 “

Misi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang adalah :

1. Meningkatkan pelayanan dan perawatan kesehatan dasar dan kesehatan jiwa yang profesional.
2. Meningkatkan pendidikan, pelatihan dan penelitian dibidang medik psikiatrik, keperawatan, penunjang dan administrasi Rumah Sakit untuk perbaikan mutu yang berkelanjutan.
3. Mempertahankan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang tetap terakreditasi.
4. Meningkatkan peran serta masyarakat dibidang kesehatan jiwa melalui penyuluhan dan pendidikan untuk memperbaiki kualitas hidup.

5. Mengembangkan pelayanan medik sub spesialisik terkait, dengan melengkapi dan mengoptimalkan sarana dan prasarana sesuai dengan perkembangan Iptek.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang yang merupakan rumah sakit dengan klasifikasi jumlah tempat tidur sebanyak 218 TT, 12 ruang rawat inap dengan BOR mencapai 73,2 %, dan didukung oleh jumlah tenaga perawat fungsional sebanyak 102 orang, secara rinci dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini :

Tabel 4.1 Gambaran Tingkat Pendidikan Tenaga Perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
S1 kep + Ners	12	11,76
D III keperawatan	83	81,38
SPKSJ/SPK/SPR B	7	6,86
Total	102	100

Dari 102 tenaga perawat tersebut diatas 81,38 % tingkat pendidikan D III keperawatan, 11.76 % tingkat pendidikan S1 keperawatan + Ners, dan 6,86 % tingkat pendidikan SPKSJ/SPK/SPR B.

Adapun data tingkat pendidikan kepala ruang seperti terlihat pada tabel 4.2 berikut ini :

Tabel 4.2 Gambaran Tingkat Pendidikan Kepala Ruang Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
S1 kep + Ners	5	41,66
D III keperawatan	7	58,34
Total	12	100

Dari seluruh kepala ruang (12) terlihat 58,34 % tingkat pendidikan terakhir DIII Keperawatan dan 41,66 % tingkat pendidikan terakhir S1 keperawatan + Ners.

Hasil pelaksanaan evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang terlihat pada tabel 4.3 sebagai berikut ini :

Tabel 4.3 Hasil Pelaksanaan Penerapan SAK Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006

No	ASPEK YANG DINILAI	JUMLAH	RATA2 %
1	Pengkajian Keperawatan	4703	90,44
2	Diagnosa Keperawatan	4696	90,31
3	Perencanaan Keperawatan	4683	90,06
4	Tindakan Keperawatan	4724	90,85
5	Evaluasi Keperawatan	4731	90,98
6	Catatan Asuhan Keperawatan	4714	90,65
Total		28251	543,29
Pencapaian Rata-rata (%)			90,55

Dari data tersebut menunjukkan hasil pada aspek yang dinilai dan pencapaian rata-rata dalam asuhan keperawatan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semrang cukup baik (90,55%), ini terlihat pada pengkajian keperawatan (90,44%), diagnosa keperawatan (90,31%), perencanaan keperawatan (90,06%), tindakan keperawatan (90,98%), evaluasi keperawatan (90,65%) dan catatan asuhan keperawatan (90,65%).

Adapun program - program Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang untuk mencapai visi dan misi tersebut diatas yang dituangkan dalam rencana strategis tahun 2005 – 2009 adalah:

1. Peningkatan Sumber Daya Manusia melalui pendidikan:
 - a Formal : Pelayanan Medis. Keperawatan, Penunjang Medis, Administrasi dan Manajemen, serta Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian.

b. Non Formal : Bintek Pelayanan Medis, Bintek Keperawatan, Bintek Administrasi dan Manajemen, dan Pendidikan Berkelanjutan.

2. Penambahan kuantitas pelayanan

- a. **Membuka Bangsal MPKP**
- b. **Re-setting Bangsal Narkoba**
- c. **Mengoptimalkan Poliklinik Anak Remaja**
- d. **Membuka Poliklinik Psikoterapi, Psikogeriatri, Penyakit Dalam**
- e. **Memperluas jangkauan Integrasi RS Jiwa**
- f. **Mengadakan Home Visite**
- g. **Pembinaan keluarga yang menolak pasien, pelayanan psikiatri ke panti**
- h. **Menambah kapasitas VIP**
- i. **Mengaktifkan TPKJM**
- j. **Membentuk kelompok studi psikiatri biologi dan psikoterapi**
- k. **Kerjasama dengan BLK**

3. Peningkatan kualitas pelayanan

- a. **Penambahan alat diagnostik, alat kenyamanan pasien**
- b. **Peningkatan frekuensi terapi**
- c. **Melakukan survei kepuasan pelanggan untuk melihat kegiatan yang telah dilakukan**
- d. **Penambahan sarana dan prasarana Teknologi Informasi di RS**

4. Peningkatan promosi

- a. **Memperkenalkan pelayanan yang ada di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang dengan melalui media massa dan elektronik**
- b. **Memperkenalkan pelayanan yang ada di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang dengan melalui penyuluhan**
- c. **Memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi untuk mengikuti pendidikan yang lebih tinggi / kursus singkat**
- d. **Membentuk unit Humas dan Promosi Rumah Sakit**

5. Kemitraan

- a. Mengadakan kerjasama untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat
- b. Mengadakan kerjasama dengan rumah sakit lain untuk peningkatan pelayanan dan rujukan
- c. Mengadakan kerjasama dengan institusi lain
- d. Mengikuti program kemitraan propinsi Jawa Tengah.

B. Deskripsi Karakteristik Responden

1. Distribusi responden berdasarkan kelompok umur

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok umur di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Umur	Frekuensi	Persentase
< 30 Th	11	21.2
30 – 39 Th	33	63.5
40 – 50 Th	6	11.5
> 50 Th	2	3.8
Total	52	100.0

Skor rerata umur responden 35 tahun, dengan umur terendah 24 tahun dan umur tertinggi 51 tahun, dengan simpangan baku 6,577. Dari tabel 4.4 tersebut diatas menunjukkan umur responden (perawat pelaksana) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang berdasarkan kelompok umur sebesar 63.5 % berkisar antara 30 – 39 tahun, 21.2 % berkisar kurang dari 30 tahun, 11.5 % berkisar antara 40 – 50 tahun, dan 3.8 % berumur diatas 50 tahun.

2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Pria	22	42.3
Wanita	30	57.7
Total	52	100.0

Dari tabel 4.5 tersebut diatas menunjukkan jenis kelamin responden (perawat pelaksana) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebanyak 57.7 % wanita dan 42.3 % pria.

3. Distribusi responden berdasarkan status perkawinan

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status perkawinan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Status Perkawinan	Frekuensi	Persentase
Menikah	46	88.5
Belum menikah	6	11.5
Total	52	100.0

Dari tabel 4.6 tersebut diatas menunjukkan responden (perawat pelaksana) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebanyak 88.5 % sudah menikah dan 11.5 % belum menikah.

4. Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan terakhir di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Persentase
D3 Kep.	48	92.3
S1 Kep + Ners	4	7.7
Total	52	100.0

Dari tabel 4.7 tersebut diatas menunjukkan pendidikan terakhir responden (perawat pelaksana) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

sebanyak 92.3 % berpendidikan D3 Keperawatan dan 7.7 % berpendidikan S1 Keperawatan + Ners.

5. Distribusi responden berdasarkan masa kerja

Tabel 4.8 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok masa kerja di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Masa Kerja	Frekuensi	Persentase
< 10 Th.	18	34.6
10 – 20 Th	27	51.9
> 20 Th.	7	13.5
Total	52	100.0

Skor rerata masa kerja responden 12 tahun, dengan masa kerja terendah 2 tahun dan masa kerja tertinggi 28 tahun, dengan simpangan baku 6,300. Dari tabel 4.8 tersebut diatas menunjukkan responden (perawat pelaksana) mempunyai masa kerja sebagai perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yaitu 51.9 % masa kerja berkisar antara 10 – 20 tahun, 34.6 % kurang dari 10 tahun, dan 13.5 % Lebih dari 20 tahun.

C. Diskripsi responden menurut variabel penelitian

1. Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Tabel 4.9 Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi perencanaan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

No	Pernyataan	SS	S	R	KS	STS	Total
1	Menyusun rencana kegiatan askep tiap th.	8 15,4%	22 42,3%	13 25,0%	5 9,6%	4 7,7%	52 100%
2	Menyusun rencana kegiatan askep tiap bln.	6 11,5%	24 46,2%	13 25,0%	5 9,6%	4 7,7%	52 100%
3	Menyusun rencana kegiatan askep tiap mg.	11 21,2%	19 36,5%	15 28,8%	6 11,5%	1 1,9%	52 100%
4	Menyusun rencana kegiatan askep tiap hr.	9 17,3%	33 63,5%	5 9,6%	4 7,7%	1 1,9%	52 100%
5	Merencanakan kebutuhan tenaga	9 17,3%	33 63,5%	6 11,5%	3 5,8%	1 1,9%	52 100%
6	Merencanakan metoda penugasan	16 30,8%	27 51,9%	3 5,8%	5 9,6%	1 1,9%	52 100%

Pada tabel 4.9 dapat dilihat distribusi jawaban persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang sebagian besar setuju bahwa ada perencanaan kepala ruang di ruang rawat inap tentang kegiatan asuhan keperawatan tiap tahunan (42,3%), bulanan (46,2%), mingguan (36,5%) maupun harian (63,5%). Disamping itu perlu adanya perencanaan kebutuhan tenaga dalam asuhan keperawatan (63,5%) dan perencanaan metoda penugasan (51,9%).

Tabel 4.10 Distribusi frekuensi persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Fungsi Perencanaan	Frekuensi	Persentase
Tidak baik	24	46.2
Baik	28	53.8
Total	52	100.0

Dari Tabel 4.10 menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang 53,8 % baik dan 46,2 % tidak baik.

2. Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Tabel 4.11 Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

No	Pernyataan	SS	S	R	KS	STS	Total
1	Merumuskan metode / sistem penugasan	12 23,1%	34 65,4%	2 3,8%	3 5,8%	1 1,9%	52 100%
2	Membuat rincian tugas katim dan anggota tim	7 13,5%	27 51,9%	12 23,1%	2 3,8%	4 7,7%	52 100%
3	Membuat rentang kendali karu, katim, anggota	11 21,2%	22 42,3%	10 19,2%	7 13,5%	2 3,8%	52 100%
4	Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan	13 25,0%	33 63,5%	6 11,5%	0	0	52 100%
5	Menetapkan standar dan sasaran askep	7 13,5%	32 61,5%	5 9,6%	6 11,5%	2 3,8%	52 100%
6	Pedelegasian tugas keperawatan	14 26,9%	33 63,5%	4 7,7%	0	1 1,9%	52 100%
7	Memberikan wewenang kepada tenaga TU	9 17,3%	22 51,9%	11 21,2%	10 19,2%	0	52 100%

Pada tabel 4.11 dapat dilihat distribusi jawaban persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang sebagian besar setuju bahwa ada perumusan metode / sistem penugasan (65,4%), pembuatan rincian tugas katim dan anggota tim (51,9%), pembuatan rentang kendali karu dan katim serta anggota (42,3%), pengaturan dan pengendalian tenaga keperawatan (63,5%), penetapan standar dan sasaran askep (61,5%), pedelegasian tugas keperawatan (63,5%), dan pemberian kewewenang kepada tenaga TU (51,9%).

Tabel 4.12 Distribusi frekuensi persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Fungsi Pengorganisasian	Frekuensi	Persentase
Tidak baik	23	44.2
Baik	29	55.8
Total	52	100.0

Dari Tabel 4.12 menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang 55,8 % baik dan 44,2 % tidak baik.

3. Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Tabel 4.13 Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengarahan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

No	Pernyataan	SS	S	R	KS	STS	Total
1	Melibatkan perawat sejak awal hingga akhir	19 36,5%	30 57,7%	2 3,8%	0	1 1,9%	52 100%
2	Memberi motivasi dlm meningkatkan askep	16 30,8%	32 61,5%	4 7,7%	0	0	52 100%
3	Memberi pujian kepada perawat dlm askep	7 13,5%	33 63,5%	8 15,4%	4 7,7%	0	52 100%
4	Membimbing perawat dlm askep dgn benar	11 21,2%	35 67,3%	4 7,7%	1 1,9%	1 1,9%	52 100%

Pada tabel 4.13 dapat dilihat distribusi jawaban persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang sebagian besar setuju bahwa kepala ruang melibatkan perawat sejak awal hingga akhir (57,7%), memberi motivasi dalam meningkatkan asuhan keperawatan (61,5%), memberi pujian kepada perawat dalam asuhan keperawatan (63,5%), dan membimbing perawat dalam asuhan keperawatan dengan benar (67,3%).

Tabel 4.14 Distribusi frekuensi Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Fungsi Pengarahan	Frekuensi	Persentase
Tidak baik	13	25,0
Baik	39	75,0
Total	52	100.0

Dari Tabel 4.14 menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang 75,0 % baik dan 25,0 % tidak baik.

4. Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Tabel 4.15 Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengawasan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

No	Pernyataan	SS	S	R	KS	STS	Total
1	Menilai pelaksanaan askep	10 19,2%	30 57,7%	8 15,4%	2 3,8%	2 3,8%	52 100%
2	Melakukan supervisi langsung	6 11,5%	31 59,6%	9 17,3%	4 7,7%	2 3,8%	52 100%
3	Saat supervisi perhatikan kemajuan dan kualitas askep	4 7,7%	33 63,5%	11 21,2%	4 7,7%	0	52 100%
4	Terlibat perbaikan askep pada saat supervisi	10 19,2%	35 67,3%	4 7,7%	3 5,8%	0	52 100%
5	Menilai pengetahuan dan ketrampilan perawat dlm askep	4 7,7%	32 61,5%	13 15,0%	3 5,8%	0	52 100%
6	Menggunakan standar untuk menilai askep	14 26,9%	34 65,4%	3 5,8%	1 1,9%	0	52 100%

Pada tabel 4.15 dapat dilihat distribusi jawaban persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang sebagian besar setuju bahwa kepala ruang melakukan penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan (57,7%), melakukan supervisi langsung (59,6%), saat supervisi memperhatikan kemajuan dan kualitas asuhan keperawatan (63,5%), terlibat perbaikan asuhan keperawatan pada saat supervisi (67,3%), menilai pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam asuhan

keperawatan (61,5%), dan menggunakan standar untuk menilai asuhan keperawatan (65,4%).

Tabel 4.16 Distribusi frekuensi Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

Fungsi Pengawasan	Frekuensi	Persentase
Tidak baik	27	51.9
Baik	25	48.1
Total	52	100.0

Dari Tabel 4.16 menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang 51.9 % tidak baik dan 48.1 % baik.

5. Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Tabel 4.17 Distribusi jawaban persepsi tentang fungsi pengendalian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006.

No	Pernyataan	SS	S	R	KS	STS	Total
1	Melakukan Audit dokumentasi askep tiap 2 bln	9 17,3%	14 26,9%	10 19,2%	16 30,8%	3 5,8%	52 100%
2	Melakukan survey kepuasan klien dan keluarga	7 13,5%	11 21,2%	13 25,0%	14 26,9%	7 13,5%	52 100%
3	Melakukan survey kepuasan perawat 6 bln 1X	5 9,6%	11 21,2%	13 25,0%	15 28,8%	8 15,4%	52 100%
4	Melakukan survey kepuasan tenaga kesehatan lain	7 13,5%	17 32,7%	13 25,0%	10 19,2%	5 9,6%	52 100%
5	Menghitung lama hari rawat pasien rawat inap	9 17,3%	27 51,9%	5 9,6%	8 15,4%	3 5,8%	52 100%
6	Menindak lanjuti hasil untuk perbaikan mutu ruang rawat inap	8 15,4%	35 67,3%	3 5,8%	5 9,6%	0	52 100%
7	Mengendalikan logistik ruang rawat inap	12 23,1%	29 55,8%	5 9,6%	6 11,5%	0	52 100%
8	Melakukan penilaian perawat ruang rawat inap	9 17,3%	34 65,4%	7 13,5%	1 1,9%	1 1,9%	52 100%

Pada tabel 4.17 dapat dilihat distribusi jawaban persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang sebagian setuju bahwa

kepala ruang melakukan survey kepuasan tenaga kesehatan lain (32,7%), menghitung lama hari rawat pasien (51,9%), menindak-lanjuti hasil untuk perbaikan mutu (67,3%), mengendalikan logistik di ruang rawat inap (55,8%), melakukan penilaian perawat di ruang rawat inap (65,4%). Sebagian kurang setuju bahwa kepala ruang melakukan audit dokumentasi asuhan keperawatan tiap 2 bulan sekali (30,8%), melakukan survey kepuasan klien dan keluarga (26,9%), melakukan survey kepuasan perawat 6 bulan sekali (28,8%).

Tabel 4.18 Distribusi frekuensi Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006

Fungsi Pengendalian	Frekuensi	Persentase
Tidak baik	31	59.6
Baik	21	40.4
Total	52	100.0

Dari Tabel 4.18 menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang 59,6 % tidak baik dan 40,4 % baik.

6. Pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Tabel 4.19 Distribusi frekuensi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Pebruari 2006

Manajemen askep	Frekuensi	Persentase
Tidak baik	18	34,6
Baik	34	65,4
Total	52	100.0

Dari Tabel 4.19 menunjukkan pelaksanaan asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang 65,4 % baik dan 34,6 % tidak baik.

D. Analisis hubungan antar variabel penelitian (Analisis Bivariat)

1. Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.20 Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

		Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan	
		Tidak Baik	Baik
Fungsi Perencanaan Kepala Ruang	Tidak Baik	8 44,4%	16 47,1%
	Baik	10 55,6%	18 52,9%
Total		18 100%	34 100%

$$\chi^2 = 0,032 \quad p=0,857 \quad (p>0,05)$$

Dari tabel 4.20 terlihat bahwa pada sejumlah persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan tidak baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik adalah 44,4 %, ini lebih kecil dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang baik sebesar 47,1 %, sedang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik 52,9 %, ini lebih kecil dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang tidak baik sebesar 55,6 %.

Hasil uji *Chi-squares* menunjukkan $\chi^2 = 0,032$ dengan $p=0,857$ ($p>0,05$), maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, sehingga H_0 diterima, H_a ditolak.

2. Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.21 Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

		Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan	
		Tidak Baik	Baik
Fungsi Pengorganisasian Kepala Ruang	Tidak Baik	8 44,4%	15 44,1%
	Baik	10 55,6%	19 55,9%
Total		18 100%	34 100%

$$\chi^2 = 0,001 \quad p=0,982 \quad (p>0,05)$$

Dari tabel 4.21 terlihat bahwa pada sejumlah persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian tidak baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik adalah 44,4 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang baik sebesar 44,1 %, sedang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik 55,9 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang tidak baik sebesar 55,6 %.

Hasil uji *Chi-squares* menunjukkan $\chi^2 = 0,001$ dengan $p=0,982$ ($p>0,05$), maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, sehingga H_0 diterima, H_a ditolak.

3. Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.22 Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

		Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan	
		Tidak Baik	Baik
Fungsi Pengarahan Kepala Ruang	Tidak Baik	9 50,0%	4 11,8%
	Baik	9 50,0%	30 88,2%
Total		18 100%	34 100%

$$\chi^2 = 9,176 \quad p=0,002 \quad (p<0,05)$$

Dari tabel 4.22 terlihat bahwa pada sejumlah persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan tidak baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik adalah 50,0 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang baik sebesar 11,8 %, sedang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik 88,2 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang tidak baik sebesar 50,0 %.

Hasil uji *Chi-squares* menunjukkan $\chi^2 = 9,176$ dengan $p=0,002$ ($p<0,05$), maka dapat disimpulkan ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, sehingga H_0 ditolak, H_a diterima.

4. Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.23 Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan

keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

		Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan	
		Tidak Baik	Baik
Fungsi Pengawasan Kepala Ruang	Tidak Baik	14 77,8%	13 38,2%
	Baik	4 22,2%	21 61,8%
Total		18 100%	34 100%

$$\chi^2 = 7,372 \quad p=0,007 \quad (p<0,05)$$

Dari tabel 4.23 terlihat bahwa pada sejumlah persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan tidak baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik adalah 77,8 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang baik sebesar 38,2 %, sedang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan baik yang menjadikan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik 61,8 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang tidak baik sebesar 22,2 %.

Hasil uji *Chi-squares* menunjukkan $\chi^2 = 7,372$ dengan $p=0,007$ ($p<0,05$), maka dapat disimpulkan ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, sehingga H_0 ditolak, H_a diterima.

5. Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.24 Tabel Silang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang berdasarkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

		Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan	
		Tidak Baik	Baik
Fungsi Pengendalian Kepala Ruang	Tidak Baik	11 61,1%	20 58,8%
	Baik	7 38,9%	14 41,2%
Total		18 100%	34 100%

$\chi^2 = 0,026$ $p=0,873$ ($p>0,05$)

Dari tabel 4.24 terlihat bahwa pada sejumlah persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian tidak baik yang menjadi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik adalah 61,1 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang baik sebesar 58,8 %, sedang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian baik yang menjadi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik 41,2 %, ini lebih besar dibanding dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang tidak baik sebesar 38,9 %.

Hasil uji *Chi-squares* menunjukkan $\chi^2 = 0,026$ dengan $p=0,873$ ($p>0,05$), maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, sehingga H_0 diterima, H_a ditolak.

Tabel 4.25. Ringkasan Hubungan variabel independen dengan variabel dependen

Variabel independen	χ^2	p	keterangan
fungsi perencanaan	0,371	0,542	tidak bermakna ($p>0,05$)
fungsi pengorganisasian	0,001	0,982	tidak bermakna ($p>0,05$)
fungsi pengarahan	9,176	0,002	bermakna ($p<0,01$)
fungsi pengawasan	7,372	0,007	bermakna ($p<0,01$)
fungsi pengendalian	0.026	0,873	tidak bermakna ($p>0,05$)

Dari Tabel 4.25 terlihat bahwa variabel independen yang berhubungan dengan variabel dependen meliputi fungsi pengarahan dan fungsi pengawasan. Dan variabel-variabel tersebut dapat diikutkan dalam analisis multivariat.

E. Analisis multivariat variabel penelitian

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik. Agar diperoleh model regresi yang mampu menjelaskan variabel-variabel independen yang berpengaruh terhadap variabel dependen dilakukan suatu prosedur sebagai berikut.

Langkah-langkah persyaratan yang harus diperhatikan dalam analisis multivariat regresi logistik adalah sebagai berikut :

1. **Menentukan Variabel independen yang berhubungan mempunyai nilai $p<0.05$ dalam uji hubungan dengan variabel dependen yaitu dengan metode *Chi Square*.**
2. **Variabel independen yang masuk kriteria nomer 1 diatas, dimasukkan kedalam model logistik regresi bivariat dengan $p \leq 0.25$**
3. **Didalam penentuan model yang cocok dilakukan berdasarkan dari uji Wald dan nilai Exp B.**

Namun untuk variabel independen yang tidak bermakna ($p>0.5$) tetapi mempunyai arti teoritis penting, tidak dikeluarkan dalam melakukan analisis, yaitu dengan memperhatikan Exp B ($\text{Exp B} > 2$).

Pada pengujian hubungan variabel independen dengan dependen yang mempunyai hasil $p < 0,05$ dan selanjutnya dapat dimasukkan kedalam model logistik regresi bivariat adalah seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.26 Hasil uji χ^2 variabel independen dan variabel dependen

Variabel Independen	χ^2	p	Keterangan
Fungsi Pengarahan	9,176	0,002	bermakna ($p < 0,05$)
Fungsi Pengawasan	7,372	0,007	bermakna ($p < 0,05$)

Tabel 4.27 Ringkasan hasil analisis Bivariat menggunakan regresi logistik metode Enter

Variabel Independen	B	SE	Wald	df	P	Exp B
Fungsi Perencanaan	0,357	0,586	0,370	1	0,543	0,700
Fungsi Pengorganisasian	0,013	0,587	0,001	1	0,982	1,013
Fungsi Pengarahan	2,015	0,711	8,030	1	0,005	7,500
Fungsi Pengawasan	1,732	0,668	6,729	1	0,009	5,654
Fungsi Pengendalian	0,095	0,596	0,026	1	0,873	1,100

Berdasarkan tabel 4.27 diatas dapat diketahui bahwa hasil analisis Bivariat dengan $p < 0,25$ meliputi variabel : fungsi pengarahan dan fungsi pengawasan yang selanjutnya dapat dimasukkan kedalam uji statistik metode multivariat.

Tabel 4.28 Hasil Analisis Multivariat menggunakan regresi logistik metode Enter

Variabel Independen	B	SE	Wald	df	P	Exp(b)
Fungsi Pengarahan	1.587	0.752	4.448	1	0.035	4.888
Fungsi Pengawasan	1.303	0.714	3.333	1	0.068	3.679
Constant	-3.931	1.467	7.182	1	0.007	0.020

Dari Tabel 4.28 terlihat bahwa variabel :

1. Fungsi pengarahan dengan $p = 0,035$ ($p < 0,05$) dan $\text{Exp B} = 4,888$, menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang tidak baik, mempunyai pengaruh terhadap pelaksanaan manajemen asuhan

keperawatan tidak baik 5 kali lebih besar, dibanding persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang baik.

2. Fungsi pengawasan dengan $p=0,068$ ($p>0,05$) dan $Exp B=3,679$, menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang tidak baik, mempunyai pengaruh terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik 4 kali lebih besar, dibanding persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang baik.

F. Hasil Wawancara Mendalam dengan Kepala Ruang

Untuk dapat melakukan cross cek antara apa yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana ada kebenarannya, maka dilakukan wawancara mendalam melalui FGD di ruang rapat Bidang Keperawatan dengan kepala ruang sebagai pemegang manajerial ruang rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang adalah sebagai berikut :

Tabel 4.29 Hasil FGD dengan Kepala Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang 27 Pebruari 2006

NO	TEMA	HASIL	KENDALA
1	Fungsi perencanaan kepala ruang dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap	Masih banyak kepala ruang yang belum melaksanakan fungsi perencanaan dengan baik, masih rutinitas pekerjaan harian.	Kurang adanya motivasi, belum jelas apa yang mau dibuat, belum ada standar yang jelas.
2	Fungsi pengorganisasian kepala ruang dalam	Masih banyak kepala ruang yang menerapkan pengorganisasian	SDM terbatas kuantitas untuk perawat, maupun

	<p>pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap</p>	<p>keperawatan dengan metode fungsional, belum menerapkan metode tim.</p> <p>Belum ada rincian tugas dengan jelas, standar (SOP) belum ditetapkan.</p> <p>Job deskripsi belum ada.</p> <p>Roster udah dibuat.</p>	<p>staf administrasi.</p> <p>Standar belum ditetapkan.</p> <p>Rendahnya motivasi perawat.</p>
3	<p>Fungsi pengarahan kepala ruang dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap</p>	<p>Sebagian besar kepala ruang telah melaksanakan dengan mengadakan pertemuan-pertemuan rutin untuk konferensi masalah.</p>	<p>Usia kepala ruang lebih muda tetapi memiliki pendidikan S-1, dan banyak yang berusia tua tetapi pendidikannya D-III, kurang kooperatif, kesadaran diri kurang.</p>
4	<p>Fungsi pengawasan kepala ruang dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap</p>	<p>Sebagian besar kepala ruang telah melaksanakan penilaian askep, supervisi langsung, membimbing perawat.</p>	<p>Usia kepala ruang lebih muda, kurang kooperatif, kesadaran diri kurang.</p>

5	Fungsi pengendalian kepala ruang dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap	Sebagian besar kepala ruang belum melaksanakan audit dokumentasi askep, survey kepuasan kepada klien dan keluarga, perawat dan tenaga kesehatan lain, menghitung lama hari rawat, Ada sebagian kecil kepala ruang yang telah melakukan dengan baik.	Standar (SOP) belum ditetapkan dan format belum tersedia.

G. Keterbatasan Penelitian

Ada keterbatasan dalam penelitian ini hanya dilakukan pada tempat pelayanan keperawatan di satu rumah sakit. Yang sebenarnya berlaku pada pelayanan keperawatan di beberapa rumah sakit milik pemerintah maupun swasta. Penilai Standar Asuhan Keperawatan belum ada penilai khusus untuk melakukan evaluasi dokumentasi askep, sehingga masih dilaksanakan oleh kepala ruang masing-masing. Disamping itu waktu dan sumber dana yang terbatas

BAB V PEMBAHASAN

Rumah Sakit merupakan salah satu tatanan pemberi jasa pelayanan kesehatan harus mampu menyediakan berbagai jenis pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga merupakan institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat karya, padat pakar dan padat modal.¹ RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang merupakan institusi pelayanan kesehatan dasar dan jiwa yang profesional dan bermutu. Ini sesuai dengan visi Rumah Sakit Jiwa Unggulan, pusat rujukan dan pendidikan yang memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh, profesional dan terjangkau untuk mewujudkan masyarakat Jawa Tengah sehat, produktif dan mandiri tahun 2010.

Untuk mewujudkan visi tersebut RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang sudah mengembangkan kedalam misi dan strategi untuk mencapainya. Ini terlihat pada salah pelayanan kesehatan yaitu pelayanan keperawatan yang cukup memadai karena perencanaan strategis telah dilaksanakan sesuai prioritas pertama yaitu peningkatan sumber daya manusia melalui pendidikan formal. Adapun kebijakan peningkatan pendidikan formal yang telah dilaksanakan adalah program D-III keperawatan dan diikuti dengan program S-1 Keperawatan secara bertahap. Hal ini akan meningkatkan kemampuan perawat pelaksana dalam mutu pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana terlihat baik (90,55 %), melampaui angka ketetapan pencapaian rata-rata lebih dari 86 %. Ini juga ditunjang oleh peningkatan pendidikan dari sumber daya manusia khususnya tenaga keperawatan yang pendidikan terakhirnya D III keperawatan. Disamping itu kemampuan kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap dengan konsep manajemen keperawatan yang benar. Karena kepala ruang harus memiliki ketrampilan dalam komunikasi,

kemampuan memberi motivasi kepada staf, ketrampilan kepemimpinan, ketrampilan mengatur waktu serta mampu memecahkan masalah dan mengambil keputusan.⁵ Disamping itu seorang manajer keperawatan diharapkan dapat bertanggung jawab dan mampu melaksanakan manajemen keperawatan sehingga dapat menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Untuk dapat menerapkan manajemen keperawatan di ruang rawat inap diperlukan seorang kepala ruang yang memenuhi standar sebagai manajerial. Menurut Hubber (2000) seorang manajer diharapkan mampu mengelola pelayanan keperawatan di ruang rawat inap dengan menggunakan pendekatan manajemen keperawatan yaitu melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian.²

Fungsi perencanaan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap yang dilaksanakan oleh kepala ruang adalah sebagai pemikiran atau konsep-konsep tindakan tertulis seorang manajer.⁵ Perencanaan diartikan sebagai rincian kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan dilaksanakan dan dimana kegiatan itu berlangsung. Perencanaan kepala ruang meliputi perencanaan tahunan, bulanan, mingguan maupun harian. Disamping itu juga perencanaan kebutuhan tenaga dan metoda penugasan harus jelas dan memberikan pedoman bagi perawat pelaksana.

Hasil penelitian menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang sebagian besar setuju ada perencanaan kepala ruang, ada sebagian ragu-ragu dan sebagian kecil yang kurang setuju. Akan tetapi secara kumulatif persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang cukup baik (59,6%), ini juga didukung oleh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan baik, yang menjadi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik adalah 52,9 %.

Berdasarkan uji *Chi-squares* menunjukkan tidak ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi perencanaan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p=0,857$). Dimana perawat pelaksana yang melaksanakan manajemen asuhan keperawatan baik maupun tidak baik, tidak terkait dengan persepsi mereka tentang fungsi perencanaan kepala ruang baik maupun tidak baik. Hal ini dikarenakan dari 12 kepala ruang sebagian besar tingkat pendidikannya D-III (58,34 %) walaupun mereka mempunyai masa kerja yang cukup lama, sehingga kemampuan manajerial belum setara dengan kepala ruang yang tingkat pendidikannya S-1 + Ners. Disamping itu perawat pelaksana sebagian besar tingkat pendidikannya D-III (81,38%) sebagai ahli madya yang sifatnya hanya operasional dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan. Hal ini juga di dukung oleh hasil wawancara mendalam dengan kepala ruang menunjukkan masih banyak yang belum melaksanakan fungsi perencanaan dengan baik, karena masih ada kendala yaitu kurang adanya motivasi, belum jelas apa yang mau dibuat dan belum ada standar yang jelas.

Kemampuan manajerial dalam fungsi pengorganisasian diharapkan dapat membantu perawat pelaksana untuk melaksanakan manajemen asuhan keperawatan kepada klien dengan benar dan baik. Adapun pengorganisasian adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas-tugas, kewenangan dan tanggung jawab sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kesatuan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.⁵ Prinsip-prinsip pengorganisasian adalah pembagian kerja, kesatuan komando, rentang kendali, pendelegasian, koordinasi.

Hasil penelitian fungsi pengorganisasian kepala ruang menurut persepsi perawat pelaksana menunjukkan sebagian besar setuju bahwa ada perumusan

metode / sistem penugasan, pembuatan rincian tugas katim dan anggota tim, pembuatan rentang kendali karu dan katim serta anggota, pengaturan dan pengendalian tenaga keperawatan, penetapan standar dan sasaran aspek, pelegasian tugas keperawatan dan pemberian kewenangan kepada tenaga TU. Ada sebagian kecil persepsi perawat pelaksana kurang setuju dengan rentang kendali dan pemberian wewenang kepada TU. Ada sebagian persepsi perawat pelaksana ragu-ragu akan rincian tugas katim dan anggota tim. Akan tetapi secara kumulatif persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang cukup baik (55,8 %), ini juga didukung oleh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian baik, yang menjadi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik adalah 55,9 %.

Berdasarkan uji *Chi-squares* menunjukkan tidak ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p=0,982$). Dimana perawat pelaksana yang melaksanakan manajemen asuhan keperawatan baik maupun tidak baik, tidak terkait dengan persepsi mereka tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang baik maupun tidak baik. Hal ini dikarenakan dari 12 kepala ruang sebagian besar tingkat pendidikannya D-III (58,34 %) walaupun mereka mempunyai masa kerja yang cukup lama, sehingga kemampuan manajerial belum setara dengan kepala ruang yang tingkat pendidikannya S-1 + Ners. Disamping itu perawat pelaksana sebagian besar tingkat pendidikannya D-III (81,38%) sebagai ahli madya yang sifatnya hanya operasional dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan. Akan tetapi dari hasil wawancara mendalam dengan kepala ruang masih banyak yang belum melaksanakan fungsi pengorganisasian dengan baik dan masih menerapkan sistem pengorganisasian keperawatan dengan metode fungsional, serta baru sebagian kecil yang melaksanakan metode tim. Hal ini masih ada

kendala dengan keterbatasan jumlah tenaga perawat dan administrasi, standar operasional belum ditetapkan dan rendahnya motivasi perawat pelaksana.

Fungsi pengarahan adalah agar membuat perawat atau staf melakukan apa yang diinginkan dan harus mereka lakukan. Kepala ruang dalam melakukan kegiatan pengarahan melalui : saling memberi motivasi, membantu pemecahan masalah, melakukan pendelegasian, menggunakan komunikasi yang efektif, melakukan kolaborasi dan koordinasi.

Hasil penelitian menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang sebagian besar setuju bahwa kepala ruang melibatkan perawat sejak awal hingga akhir, memberi motivasi dalam meningkatkan asuhan keperawatan, memberi pujian kepada perawat dalam asuhan keperawatan, dan membimbing perawat dalam asuhan keperawatan dengan benar. Hal tersebut persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang sangat baik (75,0 %), ini juga didukung oleh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan baik, yang menjadi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik adalah 88,2 %.

Berdasarkan uji *Chi-squares* menunjukkan ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p=0,002$). Dimana perawat pelaksana yang melaksanakan manajemen asuhan keperawatan baik maupun tidak baik, terkait dengan persepsi mereka tentang fungsi pengarahan kepala ruang baik maupun tidak baik. Hal ini juga di dukung oleh hasil wawancara mendalam dengan kepala ruang sebagian besar telah melaksanakan fungsi pengarahan dengan baik dengan mengadakan pertemuan maupun konferensi untuk menyelesaikan masalah. Akan tetapi masih ada kendala tentang usia kepala ruang lebih muda

tetapi memiliki pendidikan S-1, dan banyak yang berusia tua tetapi pendidikannya D-III, kurang kooperatif, kesadaran diri kurang.

Hasil uji regresi logistik metode Enter bahwa persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang tidak baik, mempunyai pengaruh terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik 5 kali lebih besar, dibanding persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang baik ($p=0,035$, Exp B=4,888).

Fungsi pengawasan adalah agar pelayanan rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan dapat memenuhi kebutuhan masyarakat, khususnya pasien dan keluarganya. Pelayanan yang berkualitas perlu didukung oleh sumber-sumber yang memadai yaitu sumber daya manusia, standar pelayanan (Standar Asuhan Keperawatan), dan fasilitas. Fungsi pengawasan kepala ruang dalam pelayanan keperawatan dapat dilaksanakan dengan kegiatan supervisi keperawatan secara langsung maupun tidak langsung. Selain itu juga dilaksanakan penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan, memperhatikan kemajuan dan kualitas asuhan keperawatan, memperbaiki kekurangan/kelemahan asuhan keperawatan, meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam asuhan keperawatan, dan menggunakan standar untuk menilai asuhan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang sebagian besar setuju bahwa kepala ruang melakukan penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan, melakukan supervisi langsung, saat supervisi memperhatikan kemajuan dan kualitas asuhan keperawatan, terlibat perbaikan asuhan keperawatan pada saat supervisi, menilai pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam asuhan keperawatan, dan menggunakan standar untuk menilai asuhan keperawatan. Akan tetapi persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang tidak baik (51,9 %), ini juga didukung

oleh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan tidak baik, yang menjadi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik adalah 77,8%.

Berdasarkan uji *Chi-squares* menunjukkan ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p=0,007$). Dimana perawat pelaksana yang melaksanakan manajemen asuhan keperawatan baik maupun tidak baik, terkait dengan persepsi mereka tentang fungsi pengawasan kepala ruang baik maupun tidak baik. Hal ini juga di dukung oleh hasil wawancara mendalam dengan kepala ruang sebagian besar telah melaksanakan fungsi pengawasan dengan baik dengan melaksanakan penilaian askep, supervisi langsung dan membimbing perawat.

Hasil uji regresi logistik metode Enter bahwa persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang tidak baik, mempunyai pengaruh terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik 4 kali lebih besar, dibanding persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang baik ($p=0,068$, Exp B= 3,679).

Fungsi pengendalian adalah penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat dengan mengukur dan mengkaji struktur, proses dan hasil pelayanan / asuhan keperawatan sesuai standar. Tujuannya adalah untuk mencapai dan mempertahankan kualitas pelayanan / asuhan keperawatan. Ukuran kualitas pelayanan / asuhan keperawatan dengan :

1. Indikator proses yaitu nilai dokumentasi keperawatan
2. Indikator out put yaitu tingkat kepuasan pasien/klien, tingkat kepuasan perawat, lama hari rawat.
3. Indikator mutu yaitu Audit dokumentasi proses keperawatan tiap dua bln sekali, survey kepuasan pasien/klien setiap kali pulang, survey kepuasan

perawat tiap enam bulan, survey kepuasan tenaga kesehatan lain, dan perhitungan lama hari rawat klien, serta melakukan langkah-langkah perbaikan mutu dengan memperhitungkan standar yang ditetapkan.

Hasil penelitian menunjukkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang sebagian besar setuju bahwa kepala ruang melakukan survey kepuasan tenaga kesehatan lain, menghitung lama hari rawat pasien, menindak-lanjuti hasil untuk perbaikan mutu, mengendalikan logistik di ruang rawat inap, melakukan penilaian perawat di ruang rawat inap. Sebagian kurang setuju bahwa kepala ruang melakukan audit dokumentasi asuhan keperawatan tiap 2 bulan sekali, melakukan survey kepuasan klien dan keluarga, melakukan survey kepuasan perawat 6 bulan sekali. Akan tetapi secara kumulatif persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang tidak baik (59,6%), ini juga didukung oleh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian tidak baik, yang menjadi pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan tidak baik adalah 61,1 %

Berdasarkan uji *Chi-squares* menunjukkan tidak ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengendalian kepala ruang dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p=0,873$). Dimana perawat pelaksana yang melaksanakan manajemen asuhan keperawatan baik maupun tidak baik, tidak terkait dengan persepsi mereka tentang fungsi pengendalian kepala ruang baik maupun tidak baik. Hal ini juga di dukung oleh hasil wawancara mendalam dengan kepala ruang masih ada yang belum melaksanakan fungsi pengendalian dengan baik, seperti belum melaksanakan audit dokumentasi askep, survey kepuasan klien dan keluarga, survey kepuasan perawat dan tenaga kesehatan lain, dan menghitung lama hari rawat. Ini dikarenakan belum tersedianya standar dan format.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi manajerial kepala ruang seperti fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian sebagian besar setuju dilaksanakan kepala ruang, hanya sebagian kecil yang kurang setuju. Disamping itu baik pada fungsi perencanaan(53.8%), pengorganisasian (55.8%), dan pengarahan (75,0%), akan tetapi tidak baik pada pengawasan (51.9%) dan pengendalian (59,6%). Perawat pelaksana dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Cukup baik (65,4%).
2. Perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi perencanaan kepala ruang tidak ada hubungan dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p>0,05$).
3. Perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengorganisasian kepala ruang tidak ada hubungan dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p>0,05$).
4. Perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengarahan kepala ruang tidak baik, cenderung pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya juga tidak baik ($p<0,05$ dan nilai Exp B=4,888).
5. Perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengawasan kepala ruang tidak baik, cenderung pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya juga tidak baik ($p>0,05$ dan nilai Exp B=3.679).

6. Perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengendalian kepala ruang tidak ada hubungan dengan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ($p > 0,05$).

B. Saran

1. Kepada RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang,
 - a. Perlu meningkatkan kemampuan kepemimpinan kepala ruang dengan pelatihan manajemen keperawatan.
 - b. Perlu rekrutmen dan seleksi kepala ruang dengan latar pendidikan S-1 keperawatan dan masa kerja diperhitungkan sebagai prasyarat.
 - c. Dikembangkan dan ditetapkan sebagai ruang rawat inap dengan MPKP untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
 - d. Adanya pelatihan Human Relationship's bagi perawat.
2. Kepada MIKM UNDIP Semarang
 - a. Dapat menjadikan bahan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi administrasi rumah sakit.
 - b. Perlu mengadakan kerjasama dengan rumah sakit khususnya dalam pengembangan mutu pelayanan keperawatan.

3. Kepada peneliti
 - a. Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menghubungkan faktor-faktor yang ada di variabel confounding.
 - b. Dapat dikembangkan dengan menambah faktor-faktor pada variabel independen yang dapat mempengaruhi variabel dependen.

DAFTAR PUSTAKA

1. **Ilyas Y.** Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit ; Teori, Metode dan Formula. Edisi I. Jakarta : Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, 2000.
2. **Hubberd D.** Leadership Nursing and Care Management. Second edition. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2000.
3. **Gillies DA.** Nursing Management : A System Approach. 3rd edition. Philadelphia : WB Saunders Company, 1994.
4. **Marquis BL, Huston CJ.** The Leadership Rules and Management Functions in Nursing : Theory and Application. 3rd edition. Philadelphia : Lippincott, 2000.
5. **Swansburg RC, Swansburg RJ.** Introductory Management and Leadership for Nurse. 2nd edition. Toronto : Jonash and Burtlet Publisher, 1999.
6. **Keliat BK.** Manajemen Asuhan Keperawatan. Jakarta : Tidak dipublikasikan. 2000.
7. **Izzudin. dkk.** Rencana Strategis Tahun 2005-2009 Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang. Semarang : RSJD Dr Amino Gondohutomo, 2004.
8. **Tim Departemen Kesehatan Republik Indonesia.** Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit. Cetakan Keempat. Jakarta : Depkes RI, 2001.
9. **Kron T.** The Management of Patient Care. 4th Edition. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1981.
10. **Handoko TH.** Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia. Edisi ke-2. Yogyakarta : BPFE, 2000.
11. **Sullivan EJ, Decker PJ.** Effective Leadership and Management in Nursing. 4th Edition. California : Addison-Wesley, 1997.
12. **Samba S.** Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis. Jakarta : EGC, 2000.
13. **Lancaster J, Lancaster W.** (ed.) Change Agent as Leaders in Nursing. The Nurse as a Change Agent. St. Louis : The CV Mosby Company, 1997.
14. **PPNI,** Standar Praktek Keperawatan, 2001. Draf.
15. **Craven RF, Hirnle CJ.** Fundamentals of Nursing : Human Health and Function. 3rd edition. Philadelphia : Lippincott, 2000.
16. **Notoatmojo S.** Metodologi Penelitian Kesehatan. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta. 2002.
17. **Robbins SP.** Organizational Behavior : Concepts, Controversies, Applications. Eighth Edition. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1998.

18. **Cooper AM, Palmer A.** Mentoring, Preceptorship and Clinical Supervision : A Guide to Professional Roles in Clinical Practice. Second Edition. United Kingdom : Blackwell Science, 2000.
19. **Ghozali I.** Aplikasi Analisis Multivariat dengan program SPSS. Edisi 3. Semarang : Badan Penerbit UNDIP, 2005.
20. **Sastroasmoro S, Ismael S.** Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi ke 2. Jakarta : Sagung seto, 2002.
21. **Sugiyono.** Statistika untuk Penelitian. Cetakan keempat. Jakarta : CV Alfabeta, 2002.
22. **Mariner T.** Guide Nursing Management. St. Louis : Mosby Year Book, 1996.
23. **Timpe AD.** Seri Manajemen Sumber Daya Manusia Kepemimpinan. Cetakan Keempat. Jakarta ; PT Elex Media Komputindo, 1999.
24. **Brehm SS, Kassir SM.** Social Psychology. Boston : Houghton Mifflin Company, 1999.
25. **Jurnal Keperawatan Indonesia.** Persepsi kepala ruangan dan perawat pelaksana tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. Volume 6 No 2 September 2002. Jakarta : FIK UI.
26. **Newstrom JW, Davis K.** Organizational Behavior : Human Behavior at Work. 10th edition. New Delhi : Tata Mc Graw Hill Publishing Company, 1999.
27. **Veechio RV.** Organizational Behavior. 3rd edition. Orlando : Harcourt Brace & Company, 1995.
28. **Rumah Sakit Jiwa Daerah Dokter Amino Gondo Hutomo Semarang.** Surat Keputusan Direktur tentang Berlakunya Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dokter Amino Gondo Hutomo Semarang. Nomor 05.01.01.1.4.578. 2003.
29. **Rumah Sakit Jiwa Daerah Dokter Amino Gondo Hutomo Semarang.** BinteK Mutu Keperawatan dengan Pendekatan MPKP. Semarang, 1 – 4 Juli 2004.
30. **Rumah Sakit Jiwa Daerah Dokter Amino Gondo Hutomo Semarang.** Pelatihan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Jiwa. Semarang, 20-22 Nopember 2004.
31. **Anoraga P, Suyati S.** Psikologi Industri dan Sosial. Jakarta : Pustaka Jaya, 1995.
32. **Iman N.** Psikologi Organisasi. Jakarta : Pustaka Binaman Pressindo, 1991.
33. **Lameslow, et al.** Adequacy of Sampel Size in Health Studies. Edisi Bahasa Indonesia. Yogyakarta : Gajah Mada University Press, 1997.
34. **As'ad M.** Psikologi Industri. Edisi IV. Cetakan 1. Yogyakarta : Liberty, 1991.

35. **Panggabean MS.** Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi pertama. Jakarta : Galia Indonesia, 2002.
36. **Hasibuan MSP.** Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Revisi. Jakarta : Bumi Aksara, 2002.
37. **Purwodarminto WJS.** Kamus Umum Bahasa Indonesia. Cetakan ke-16. Jakarta : Balai Pustaka, 1999.
38. **Polit DF, Hungler BP.** Nursing Research Principle and Methods. 6th edition. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 1999.
39. **Muninjaya, AA.** Manajemen Kesehatan. Jakarta : EGC, 1999.
40. **Nursalam.** Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi pertama. Jakarta : Salemba Medika, 2002.
41. **Sutanto PH.** Analisis Data. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2001.

LAMPIRAN - LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Penjelasan untuk Responden

**PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

Kepada Yth :

Responden Penelitian Perawat Pelaksana / Kepala Ruang
Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo
SEMARANG.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawa ini :

Nama : BAMBANG EDI WARSITO

NIM : E4A 003003

Alamat : Perum Bukit Diponegoro Blok B/305 Tembalang, Semarang

Adalah mahasiswa Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang yang sedang melakukan penelitian untuk tesis dengan judul "*Pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*".

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika saudara tidak bersedia menjadi responden atau jika saudara menjadi responden bila terjadi hal – hal yang memungkinkan untuk tidak ikut dalam penelitian ini, maka tidak ada ancaman / sanksi bagi saudara.

Dalam memberikan jawaban yang saudara berikan, diharapkan sesuai dengan pendapat saudara sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Apabila saudara menyetujui, maka dimohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan yang telah disediakan.

Terimakasih atas perhatian dan kerjasama yang baik dari saudara sebagai responden.

Semarang, Desember 2005
Peneliti,

Bambang Edi Warsito
NIM E4A003003

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan menjadi Responden

**PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Program Pascasarjana Universitas Diponegoro dengan judul "*Pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*".

Saya memahami dan menyadari bahwa penelitian ini tidak akan mengakibatkan negatif terhadap diri saya, oleh karena itu saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Semarang, 2005

Responden,

.....

lampiran 3 : Kuesioner Penelitian Perawat Pelaksana

**PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

DAFTAR UNTUK PERAWAT PELAKSANA

- A. Daftar isian karakteristik demografi perawat pelaksana
- B. Daftar pernyataan persepsi tentang fungsi manajerial kepala ruang

PETUNJUK PENGISIAN

Dibawah ini terdapat pernyataan tentang fungsi manajerial kepala ruang yang berkaitan dengan bagaimana karakteristik sikap atasan dalam memimpin saudara dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan. Setiap pernyataan mempunyai lima macam kemungkinan jawaban, untuk itu saudara pilih salah satu jawaban yang paling mewakili dan sesuai dengan keadaan atau perasaan saudara secara jujur. Caranya dengan diberi tanda (V) pada kolom yang sesuai dengan huruf yang saudara pilih tersebut.

Huruf dibawah ini merupakan gambaran sikap saudara dan huruf tersebut identik dengan pernyataan sebagai berikut :

Sangat Tidak Setuju (STS) :

Yang berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan sungguh-sungguh benar tidak sesuai apa yang dirasakan

Kurang Setuju (KS) :

Yang berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan lebih banyak tidak benarnya daripada benarnya

Ragu-ragu (R) atau netral :

Yang berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan sama banyak benarnya dan tidak benarnya.

Setuju (S) :

Yang berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan lebih banyak benarnya daripada tidak benarnya

Sangat Setuju (SS) :

Yang berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung didalam pertanyaan yang diajukan sungguh-sungguh benar sesuai apa yang dirasakan.

A. KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PERAWAT

1. Umur = tahun.
2. Jenis Kelamin = 1. Pria 2. Wanita .
3. Status Perkawinan = 1. Menikah/Pernah Menikah
2. Belum Menikah
4. Pendidikan Terakhir = 1. DIII Keperawatan
2. S1 Perawat + Ners
5. Masa Kerja = th.

B. DAFTAR PERNYATAAN PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA TENTANG FUNGSI MANAJERIAL KEPALA RUANG

A	G. FUNGSI PERENCANAAN	S	T	K	R	S
		S	S	S	S	S
1	Kepala ruang saudara, telah menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap tahun dengan baik					
2	Kepala ruang saudara, menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap bulan dengan baik					
3	Kepala ruang saudara, tidak pernah menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap minggu					
4	Kepala ruang saudara, menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap hari dengan baik					
5	Kepala ruang saudara, tidak merencanakan kebutuhan tenaga perawat sesuai di ruang rawat inap dengan baik					
6	Kepala ruang saudara, tidak merencanakan metoda penugasan perawat di ruang rawat inap					
7	Kepala ruang saudara, pernah merencanakan pelatihan bagi perawat tentang asuhan keperawatan					
8	Kepala ruang saudara, selalu merencanakan kebutuhan logistik (Form, Bahan habis pakai					

	keperawatan,dll) ruang rawat inap sesuai kebutuhan					
	SUB TOTAL					
B	FUNGSI PENGORGANISASIAN	S	T	K	R	S
		S	S		S	S
9	Kepala ruang saudara, sudah merumuskan dengan baik metode / sistem penugasan untuk perawat di ruang rawat inap.					
10	Kepala ruang saudara, belum merumuskan dengan baik tujuan metode / sistem penugasan untuk perawat di ruang rawat inap					
11	Kepala ruang saudara, sudah membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim keperawatan secara jelas					
12	Kepala ruang saudara, tidak pernah membuat rentang kendali : membawahi ketua tim dan ketua tim membawahi perawat pelaksana					
13	Kepala ruang saudara, sudah mengatur dan mengendalikan dengan baik tenaga keperawatan seperti membuat roster dinas, jadwal pekarya dll.					
14	Kepala ruang saudara, tidak pernah menetapkan standar dan sasaran asuhan keperawatan di ruang rawat inap					
15	Kepala ruang saudara, selalu mendelegasikan tugas keperawatan kepada ketua tim saat tidak berada ditempat					
16	Kepala ruang saudara, sudah memberikan wewenang kepada tenaga tata usaha untuk mengurus administrasi klien dengan baik					
17	Kepala ruang saudara, tidak pernah memfasilitasi kolaborasi dengan tenaga lainnya yang ada di ruang rawat inap					
18	Kepala ruang saudara, selalu melakukan koordinasi dengan baik pelayanan dan asuhan keperawatan dengan ruang rawat inap lain					

	1. SUB TOTAL					
C	FUNGSI PENGARAHAN	S	T	K	R	S
		S	S	S	S	S
19	Kepala ruang saudara, selalu memberi umpan balik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan					
20	Kepala ruang saudara, selalu menginformasikan hal-hal penting yang berhubungan dengan asuhan keperawatan ?					
21	Kepala ruang saudara, tidak selalu melibatkan perawat sejak awal hingga akhir kegiatan asuhan keperawatan					
22	Kepala ruang saudara, tidak pernah memberi motivasi dalam meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap dalam asuhan keperawatan					
23	Kepala ruang saudara, selalu memberi pujian kepada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan					
24	Kepala ruang saudara, tidak pernah membimbing perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan benar					
25	Kepala ruang saudara, selalu meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain dalam asuhan keperawatan					
	2.					
	3. SUB TOTAL					

D	FUNGSI PENGAWASAN	S T S	K S	R	S	S S
26	Kepala ruang saudara, tidak pernah menilai pelaksanaan asuhan keperawatan					
27	Kepala ruang saudara, selalu mengkomunikasikan untuk supervisi kepada staf keperawatan dengan jelas					
28	Kepala ruang saudara, selalu melakukan supervisi langsung perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan					
29	Kepala ruang saudara, selalu melakukan pemeriksaan rutin dokumen asuhan keperawatan dari perawat pelaksana					
30	Kepala ruang saudara, selalu mengecek daftar hadir ketua tim dan anggota tim dalam asuhan keperawatan setiap hari					
31	Kepala ruang saudara, saat supervisi selalu memperhatikan kemajuan dan kualitas asuhan keperawatan					
32	Kepala ruang saudara, tidak pernah terlibat dalam memperbaiki / mengatasi kelemahan asuhan keperawatan pada saat supervisi					
33	Kepala ruang saudara, selalu menilai terhadap peningkatan pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam asuhan keperawatan					
34	Kepala ruang saudara, selalu mengevaluasi penampilan kerja ketua tim dan pelaksana dalam asuhan keperawatan					
35	Kepala ruang saudara, tidak menggunakan standar untuk menilai rencana asuhan keperawatan					
	4. SUB TOTAL					
E	FUNGSI PENGENDALIAN	S T S	K S	R	S	S S
36	Kepala ruang saudara, tidak pernah melakukan audit dokumentasi proses keperawatan tiap dua bulan sekali					

37	Kepala ruang saudara, selalu melakukan survey kepuasan klien dan keluarga setiap kali pulang dengan format yang telah ditetapkan					
38	Kepala ruang saudara, selalu melakukan survey kepuasan perawat 6 bulan sekali dengan format yang telah ditetapkan					

39	Kepala ruang saudara, tidak pernah melakukan survey kepuasan tenaga kesehatan lain					
40	Kepala ruang saudara, Selalu menghitung lama hari rawat pasien					
41	Kepala ruang saudara, tidak pernah menindak lanjuti hasil untuk perbaikan mutu asuhan keperawatan					
42	Kepala ruang saudara, selalu mengendalikan logistik (Form, Bahan habis pakai keperawatan,dll) di ruang rawat inap					
43	Kepala ruang saudara, selalu melakukan penilaian perawat di ruang rawat inap					
44	Kepala ruang saudara, selalu memfasilitasi penilaian sejawat di ruang rawat inap					
	5. 6. SUB TOTAL					
	7. 8. TOTAL					

lampiran 4 : Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Askep

**PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

No. Kuisisioner

A. INSTRUMEN STUDI DOKUMENTASI PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN

PETUNJUK :

1. BERI TANDA "V" BILA KEGIATAN DILAKUKAN
2. BERI TANDA "O" BILA KEGIATAN TIDAK DILAKUKAN

PERIODE : Bln s/d Bln (Dua Bulan)

H. N C	ASPEK YANG DINILAI	KODE BERKAS					KET
		DOKUMEN PASIEN					
		1	2	3	4	5	
A	PENGAJIAN						
1	KEPERAWATAN						
2	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian						
3							
4	Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual) Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang Masalah dirumuskan						

	berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan						
	SUB TOTAL						
	TOTAL						
	PROSENTASE						

B	DIAGNOSA KEPERAWATAN						
1	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.						
2	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES						
3	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual / potensial						
	SUB TOTAL						
	TOTAL						
	PROSENTASE						
C	PERENCANAAN KEPERAWATAN						
1	Berdasarkan diagnosa keperawatan						
2	Disusun menurut urutan prioritas						
3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien / subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria waktu						
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas						
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/ keluarga						
6	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain						
	SUB TOTAL						
	TOTAL						
	PROSENTASE						

D	TINDAKAN KEPERAWATAN						
1	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan						
2	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan						
3	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi						
4	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas						
	SUB TOTAL						
	TOTAL						
	PROSENTASE						
E	EVALUASI KEPERAWATAN						
1	Evaluasi mengacu pada tujuan						
2	Hasil evaluasi dicatat						
	SUB TOTAL						
	TOTAL						
	PROSENTASE						
F	CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN						
1	Menulis pada format yang baku						
2	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan						
3	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar						
4	Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/ nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan.						
5	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku						

	SUB TOTAL						
	TOTAL						
	PROSENTASE						

lampiran 5 : Pedoman Wawancara Penelitian Kepala Ruang

**PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

DAFTAR PERTANYAAN TENTANG FUNGSI MANAJERIAL KEPALA RUANG

1. Apakah saudara sebagai kepala ruang melakukan fungsi perencanaan keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap?
2. Apa saja yang menjadikan hambatan dalam melakukan fungsi perencanaan keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap ?
3. Apakah saudara sebagai kepala ruang melakukan fungsi pengorganisasian keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap ?
4. Apa saja yang menjadikan hambatan dalam melakukan fungsi pengorganisasian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap ?
5. Apakah saudara sebagai kepala ruang melakukan fungsi pengarahan keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap?
6. Apa saja yang menjadikan hambatan dalam melakukan fungsi pengarahan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap?
7. Apakah saudara sebagai kepala ruang melakukan fungsi pengawasan keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap?
8. Apa saja yang menjadikan hambatan dalam melakukan fungsi pengawasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap?
9. Apakah saudara sebagai kepala ruang melakukan fungsi pengendalian keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap?
10. Apa saja yang menjadikan hambatan dalam melakukan fungsi pengendalian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap ?