

ANALISIS KOMPETENSI KEPALA RUANG DALAM  
PELAKSANAAN STANDAR MANAJEMEN PELAYANAN  
KEPERAWATAN DAN PENGARUHNYA TERHADAP KINERJA  
PERAWAT DALAM MENGIMPLEMENTASIKAN MODEL PRAKTIK  
KEPERAWATAN PROFESIONAL DI INSTALASI RAWAT INAP  
BRSUD BANJARNEGARA



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi Rumah Sakit

Oleh  
SRI WAHYUNI  
NIM : E4A005038

PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2007

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Salah satu misi yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005 -2009 adalah upaya peningkatan kinerja dan mutu upaya kesehatan melalui pengembangan kebijakan pembangunan kesehatan, yang meliputi kebijakan manajerial, kebijakan teknis serta pengembangan standard dan pedoman berbagai upaya kesehatan. <sup>(1)</sup> Rumah Sakit merupakan salah satu sarana upaya kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai tujuan pembangunan kesehatan, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Dalam Peraturan Pemerintah No. 2/2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, telah diatur tentang Standar Pelayanan Minimal yang di dalamnya memuat dimensi kualitas, pemerataan dan kesetaraan, biaya dan kemudahan,<sup>(2)</sup> khusus untuk Rumah Sakit, Pemerintah menerbitkan Kepmenkes No.228/2002 yang menyebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit harus memuat standar penyelenggaraAn pelayanan medik, pelayanan penunjang, pelayanan keperawatan, pelayanan bagi keluarga miskin dan standar manajemen Rumah Sakit, yang terdiri dari manajemen sumber daya manusia, keuangan, sistem informasi Rumah Sakit, sarana prasarana dan manajemen mutu pelayanan. <sup>(3)</sup>

Pelayanan keperawatan merupakan sub sistem dalam sistem pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sudah pasti punya kepentingan untuk menjaga mutu pelayanan , terlebih lagi pelayanan keperawatan sering dijadikan tolok ukur citra sebuah Rumah Sakit di mata masyarakat, sehingga menuntut adanya profesionalisme perawat pelaksana maupun perawat pengelola dalam memberikan dan mengatur kegiatan asuhan keperawatan kepada pasien. Kontribusi yang optimal dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas akan terwujud apabila sistem pemberian asuhan keperawatan yang digunakan mendukung terjadinya praktik keperawatan profesional dan berpedoman pada standar yang telah ditetapkan serta dikelola oleh manajer dengan kemampuan dan ketrampilan yang memadai.

Di antara tingkatan manajer keperawatan yang ada, Kepala Ruang adalah manajer operasional yang merupakan pimpinan yang secara langsung mengelola seluruh sumber daya di unit perawatan untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu. Kepala Ruang merupakan jabatan yang cukup penting dan strategis, karena secara manajerial kemampuan Kepala Ruang ikut menentukan keberhasilan pelayanan keperawatan<sup>(4)</sup>.

Berpedoman pada peraturan yang ditetapkan oleh Pemerintah, BRSUD Banjarnegara telah menyusun Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan yang menjadi acuan bagi manajer keperawatan dalam mengelola pelayanan keperawatan . Manajemen pelayanan keperawatan merupakan suatu proses perubahan atau transformasi dari sumber daya yang dimiliki untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan, evaluasi dan pengendalian mutu .<sup>(5)</sup>

Pedoman Instrumen Akreditasi Rumah Sakit di bidang pelayanan keperawatan menyebutkan bahwa pelayanan keperawatan di Rumah Sakit dikelola untuk mencapai tujuan pelayanan.<sup>(6)</sup> dan untuk mengupayakan tercapainya tujuan pelayanan keperawatan yang optimal maka dapat dilakukan dengan pengembangan suatu pola pelayanan yang lebih dikenal dengan sistem pemberian asuhan keperawatan yang didasarkan pada metode penugasan dengan pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional, yang mengandung lima komponen yang terdiri dari pengembangan nilai profesional yang menjadi inti, hubungan profesional, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen dan sistem kompensasi.<sup>(7)</sup>

Dalam pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesioanl peran dan fungsi Kepala Ruang merupakan hal yang sangat penting, sehingga kompetensi kepemimpinan dan manajemen mutlak dibutuhkan, karena kemampuan manajerial Kepala Ruang akan diuji untuk menentukan sistem pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang merupakan cerminan pelaksanaan praktik keperawatan profesional. Sejak tahun 2003 hingga tahun 2005 secara bertahap BRSUD Banjarnegara telah melakukan upaya-upaya persiapan dan ujicoba Model Praktik Keperawatan Profesion sebagai bentuk nyata dari upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan, persiapan dilakukan untuk masing-masing sub sistem antara lain dengan menanamkan nilai-nilai professional melalui kegiatan pembinaan dan pelatihan, baik bagi pelaksana perawat maupun pengelola keperawatan, upaya pengembangan staf melalui peningkatan ketrampilan teknis bagi tenaga fungsional, maupun pelatihan manajerial. Pendekatan manajemen keperawatan dilakukan dengan melakukan analisis kebutuhan tenaga dan fasilitas, serta penyusunan

standar asuhan keperawatan (SAK) yang dapat digunakan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan.

Upaya lain yang dilakukan adalah penetapan sistem pemberian asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi dengan memilih metode penugasan tim. Perbaikan kualitas hubungan profesional dengan pasien, antar sejawat maupun dengan tim kesehatan lain serta pengembangan sistem kompensasi dan penghargaan dengan melakukan ujicoba sistem remunerasi pembagian jasa pelayanan bagi tenaga keperawatan dengan indikator kinerja.

Walaupun secara umum kinerja Rumah Sakit menunjukkan adanya peningkatan dari tahun ke tahun tetapi ternyata belum dibarengi dengan mutu pelayanan keperawatan, dari survey pendahuluan yang dilakukan pada bulan Desember 2006, menunjukkan bahwa sebesar 30 % lebih keluhan pasien rawat inap ditujukan kepada pelayanan keperawatan dan hasil survey kepuasan pasien yang dilakukan pada semester I tahun 2006, dari sebanyak 296 orang responden yang diteliti ternyata prosentase pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan keperawatan ( keramahan dan ketanggapan) hanya 61 %, angka tersebut masih di bawah standar mutu yang ditetapkan oleh manajemen Rumah Sakit yaitu sebesar 80%.

Sedang secara manajerial dari laporan tahunan dan hasil wawancara dengan Kepala Sub Bidang Keperawatan disampaikan bahwa sampai akhir tahun 2006, dari hasil evaluasi kinerja Kepala Ruang menunjukkan belum terlaksananya peran dan fungsi serta uraian tugas Kepala Ruang. Padahal jika dilihat dari riwayat pelatihan yang pernah diikuti, sebenarnya 70% Kepala Ruang pernah mengikuti Pelatihan Manajemen Bangsal, sedangkan kalau ditinjau dari aspek ketenagaan masing-masing ruangan

telah mempunyai tenaga yang cukup memadai guna pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional Komposisi ketenagaan yang ada di masing-masing ruangan tampak pada tabel.

Tabel 1.1

## Komposisi tenaga keperawatan di IRNA BRSUD Banjarnegara

No	Ruangan	Jml TT	Jml tenaga	Rata-rata pasien / hr	Rasio perawat : pasien (setiap shift)		
					Pagi	Siang	Malam
1.	Anyelir A	11	14	8	1 : 2	1 : 4	1 : 4
2.	Perinatologi	16	16	11	1 : 3	1 : 5	1 : 5
3.	Soka	22	14	9	1 ; 2	1 : 4	1 : 4
4.	Kenikir	16	16	12	1 : 3	1 : 6	1 : 6
5.	Mawar	7	12	6	1 : 2	1 : 3	1 : 3
6.	Kenanga	20	16	10	1 : 2	1 : 4	1 : 4
7.	Anyelir B	13	14	10	1 : 2	1 : 5	1 ; 5
8.	Paviliun	17	16	8	1 : 2	1 : 3	1 : 3
9.	Menur	15	16	14	1 : 3	1 : 5	1 : 5
10	Unit intensif	2	8	1	2 : 1	1 : 1	1 : 1
		139	142				

Sumber : Sub Bidang Keperawatan(2006)

Berdasarkan fakta dan data tersebut di atas mendorong keinginan penulis melakukan penelitian tentang tingkat kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.

## B. Perumusan Masalah

Mutu pelayanan asuhan keperawatan merupakan bagian penting yang harus diperhatikan dalam manajemen pelayanan kesehatan, karena keperawatan mempunyai kontribusi besar terhadap citra Rumah Sakit, di

samping itu ruang rawat inap merupakan unit kerja fungsional yang dapat menjadi satu unit bisnis strategis penghasil produk pelayanan sekaligus pendapatan bagi Rumah Sakit.

Salah satu cara untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan adalah dengan menerapkan sistem pemberian asuhan keperawatan melalui pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional yang mengandung lima komponen yang terdiri dari pengembangan nilai profesional yang menjadi inti, hubungan profesional, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen dan sistem kompensasi.

Dalam pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesionanl peran dan fungsi Kepala Ruang merupakan hal yang sangat penting, karena kemampuan manajerial Kepala Ruang akan diuji untuk menentukan sistem pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang merupakan cerminan pelaksanaan praktik keperawatan profesional. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Kepala Ruang telah dibekali dengan buku Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan harapan dapat menjadi pedoman dalam melaksanakan pengelolaan ruang rawat sehingga menghasilkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu dan dapat memuaskan pelanggan.

BRSUD Banjarnegara selama hampir tiga tahun telah melakukan ujicoba untuk mengembangkan Model Praktik Keperawatan Profesional guna meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan tetapi belum pernah dilakukan evaluasi secara tersruktur terhadap kegiatan tersebut. Berdasarkan hasil survey yang dilakukan ternyata tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di BRSUD Banjarnegara masih di bawah sasaran mutu yang ditetapkan oleh manajemen. Hal tersebut dapat

terjadi , kemungkinan disebabkan oleh ketidakmampuan Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan sehingga dapat berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap.

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Pertanyaan yang harus dijawab dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran tingkat kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan bagaimanakah pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengembangkan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara?”

### **D. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk melakukan analisis kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.



- b. Untuk mengetahui kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.
- c. Untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi perencanaan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.
- d. Untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengorganisasian yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.
- e. Untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengelolaan tenaga (staffing) yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara
- f. Untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengarahan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan

Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.

- g. Untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi evaluasi kegiatan pelayanan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.
- h. Untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengendalian mutu yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara
- i. Untuk mengetahui adanya pengaruh aspek kompetensi secara parsial maupun simultan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.

#### **E. Manfaat Penelitian**

1. Bagi BRSUD Banjarnegara dapat dijadikan masukan dalam menyusun kebijakan pengembangan staf untuk peningkatan kompetensi aparatur.

2. Bagi Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (Konsentrasi : ARS) maupun bagi peneliti lain yang berminat, dapat menjadi tambahan bahan pembelajaran dan memberikan sumbangan pemikiran dalam pengembangan ilmu manajemen sumber daya manusia dan manajemen keperawatan.
3. Bagi Peneliti, kegiatan ini berguna menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan analisis kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan mempelajari pengaruh persepsi perawat tentang kompetensi Kepala Ruang dalam pelaksanaan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional di Instalasi Rawat Inap.

#### **F. Keaslian Penelitian**

Sepanjang pengetahuan penulis, penelitian yang dilakukan ini belum pernah dilakukan sebelumnya, tetapi ada beberapa penelitian serupa yang telah dilakukan dan berkaitan dengan kepemimpinan, kompetensi Kepala Ruang ataupun pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen oleh Kepala Ruang penelitian tersebut dilakukan oleh :

1. Sumijatun (1996) melakukan penelitian deskriptif analitik yang bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kompetensi supervisi dari Kepala Ruang dalam area personil keperawatan, lingkungan dan peralatan, asuhan keperawatan serta pendidikan dan pengembangan staf dengan pendekatan kuantitatif dan bersifat crossectional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kompetensi Kepala Ruang dalam hal

supervisi masih kurang dan pelaksanaan uraian tugas Kepala Ruang yang belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2. Aumas Pabuti (2001) dari 4 area yang diteliti oleh Sumijatun, selanjutnya dilakukan penelitian di RS dr.M Djamil Padang, dengan hasil 76% Kepala Ruang mempunyai kompetensi manajemen yang rendah dalam mengelola pendidikan dan pengembangan staf. Ternyata tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara karakteristik Kepala Ruang yang meliputi umur, pendidikan formal, dan pengalaman kerja dengan tingkat kemampuan manajemen, tetapi terbukti adanya hubungan yang bermakna antara pelatihan manajemen dengan tingkat kemampuan manajemennya.

3. Bambang Edi Warsito (2006) , dalam penelitiannya di RSJD Amino Gondohutomo Semarang mempunyai tujuan untuk mengetahui pengaruh persepsi perawat tentang fungsi manajerial Kepala Ruang yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan variabel pengarahan dan pengawasan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan

Penelitian ini berbeda dengan beberapa penelitian yang sudah ada, karena area penelitian difokuskan pada aspek kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, staffing, pengarahan, evaluasi dan pengendalian mutu serta implementasi Model Praktik Keperawatan

Profesional yang merupakan bukti nyata kemampuan Kepala Ruang dalam mengelola pelayanan keperawatan di ruangan sehingga penelitian ini akan melengkapi gambaran tentang kemampuan Kepala Ruang yang lebih komprehensif dan dapat melakukan evaluasi terhadap kinerja Kepala Ruang melalui penilaian kompetensi manajerialnya

## **G. Ruang Lingkup.**

### **1. Ruang lingkup waktu**

Persiapan dan pelaksanaan penelitian kurang lebih dilaksanakan selama 4 bulan yang dilakukan sejak bulan Februari sampai bulan Mei 2007, yang dimulai dengan kegiatan observasi pendahuluan, persiapan lapangan, pengurusan ijin dan proses pengumpulan data dari lapangan.

### **2. Ruang lingkup tempat**

Tempat penelitian dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara, yang terdiri dari 10 ruang perawatan meliputi : Ruang Paviliun, Mawar, Soka, Dahlia, Kenanga, Anyelir I dan II, Menur, Perinatologi dan Ruang Rawat Intensif.

### **3. Ruang lingkup materi**

Materi penelitian merupakan lingkup ilmu manajemen sumber daya manusia dan manajemen keperawatan, yaitu kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional.

## H. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian yang dilakukan ini masih jauh dari sempurna, karena adanya keterbatasan pengetahuan, tenaga, waktu dan biaya yang tersedia. Hasil penelitian ini belum dapat dilepaskan dari faktor bias karena lokasi penelitian dilakukan di lokasi tempat bekerja dan perawat yang menjadi responden adalah para pelaksana keperawatan yang berada di bawah kepemimpinan subyek penelitian, tetapi untuk mengatasi masalah tersebut peneliti meminta bantuan orang lain untuk mengumpulkan data dan pengisian kuesioner dilakukan pada saat Kepala Ruang tidak sedang bertugas.

Dari aspek instrumen penelitian, masih diperlukan pengembangan baik secara substantif maupun redaksional karena dalam penyusunan alat ukur tersebut masih merupakan asumsi dari teori-teori yang ada dan masih didasarkan pada pengalaman dari peneliti karena belum adanya instrumen yang baku untuk mengukur kompetensi Kepala Ruang, untuk memperoleh gambaran apakah instrumen yang disusun sudah dapat mengukur variabel yang akan diteliti, peneliti telah melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Mutu Pelayanan Keperawatan**

Departemen Kesehatan RI mendefinisikan mutu pelayanan Rumah Sakit sebagai derajat kesempurnaan pelayanan Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia secara wajar, efisien, efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma etika, hukum dan sosiobudaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat.<sup>(8)</sup> Tjiptono (2001) mengemukakan bahwa salah satu faktor yang dapat menyebabkan kualitas jasa menjadi buruk adalah dukungan terhadap pelanggan internal (khususnya sumber daya manusia) yang kurang memadai, supaya mereka dapat memberikan jasa yang efektif maka mereka perlu mendapatkan dukungan dari fungsi-fungsi utama manajemen (seperti : operasional, pemasaran, keuangan, dan sumber daya manusia). Dukungan tersebut dapat berupa alat, informasi, pelatihan untuk peningkatan kompetensi dan pemberdayaan.<sup>(9)</sup>

Sedangkan menurut Wijono (1999) faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan adalah kompetensi teknik yang terkait dengan kemampuan ketrampilan dan penampilan pemberi pelayanan, akses atau keterjangkauan pelayanan, efektifitas, hubungan antar manusia yang merupakan interaksi antara pemberi pelayanan dengan pasien, sesama tim kesehatan, maupun hubungan antara atasan

dan bawahan. Hubungan antar manusia yang baik akan menimbulkan kepercayaan, kredibilitas dengan rasa saling menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsive dan memberikan perhatian.

Faktor yang lain yang juga dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan adalah efisiensi sumber daya dan kesinambungan pelayanan di mana pasien akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang lengkap, dan mempunyai akses kepada pelayanan yang dibutuhkan karena riwayat kesehatannya diketahui. Tidak adanya kesinambungan pelayanan akan mengurangi efisiensi dan mutu hubungan antar manusia. Dimensi keamanan merupakan faktor yang tidak boleh dilupakan, karena pelayanan kesehatan yang bermutu harus aman dari risiko cedera, infeksi, efek samping atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Kenyamanan dan ketersediaan informasi dan ketepatan waktu pelayanan juga merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan.<sup>(10)</sup>

Pelayanan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit di mana mutu pelayanan keperawatan harus dikelola dengan sebaik-baiknya karena pelayanan keperawatan utamanya di Instalasi Rawat Inap dapat menjadi indikator mutu pelayanan Rumah Sakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sitorus (2000) menunjukkan bahwa gambaran mutu pelayanan keperawatan di berbagai Rumah Sakit Pemerintah di Indonesia belum memuaskan, dan terdapat beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya mutu asuhan keperawatan, jika ditinjau dari aspek struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan. Sistem pemberian asuhan keperawatan (*care delivery system*) merupakan metode yang digunakan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien.<sup>(7)</sup>



Masalah yang dihadapi saat ini adalah belum terbentuknya layanan keperawatan professional sehingga layanan yang diberikan belum sesuai dengan tuntutan standar profesi. Untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan sistem pemberian asuhan keperawatan, salah satunya melalui pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional. Model ini menekankan pada kualitas kinerja tenaga keperawatan yang berfokus pada nilai profesionalisme antara lain melalui penetapan dan fungsi setiap jenjang tenaga keperawatan, sistem pengambilan keputusan, sistem penugasan dan sistem penghargaan yang memadai.

Mutu pelayanan adalah tanggung jawab bersama, setiap individu yang berkaitan langsung dengan pelayanan, mutu tidak saja menjadi tanggung jawab perawat pelaksana yang langsung berhadapan dengan pasien, tetapi juga menjadi tanggung jawab manajer. Kepala Ruang adalah manajer operasional yang merupakan pimpinan yang secara langsung mengelola seluruh sumber daya di unit perawatan dan ikut bertanggungjawab dalam menghasilkan pelayanan yang bermutu.

Untuk mewujudkan pelayanan keperawatan yang bermutu memerlukan sumber daya perawat yang didukung oleh komitmen, motivasi dan faktor eksternal lain seperti kebijakan organisasi, kepemimpinan, struktur organisasi, system penugasan dan pembinaan.<sup>(11)</sup> Sistem atau metode yang dirancang harus merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan populasi klien. Strategi yang dapat diterapkan dalam mencapai kualitas pelayanan keperawatan antara lain : *Total Quality Management* sebagai filosofi dan proses, adanya dukungan kualitas manajemen dan informasi, dan *benckmarking*.<sup>(12)</sup>

## **B. Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan**

Pelayanan keperawatan adalah pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, yang mencakup bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang meliputi peningkatan derajat kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan dan pemulihan kesehatan dan menggunakan proses keperawatan.<sup>(5)</sup> Pelayanan keperawatan di Rumah Sakit adalah pelayanan profesional yang diselenggarakan untuk melayani kebutuhan masyarakat, khususnya dalam bidang keperawatan yang dikelola melalui pelayanan rawat inap.

Untuk dapat menjamin mutu pelayanan, keperawatan perlu dikelola secara profesional berdasarkan pada standar yang telah ditetapkan. Departemen Kesehatan telah menyusun Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan untuk Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya yang menjadi acuan bagi para manajer keperawatan dalam melakukan pengelolaan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit. Manajemen pelayanan keperawatan merupakan suatu proses perubahan atau transformasi dari sumber daya yang dimiliki untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan keperawatan<sup>(5)</sup>.

Perencanaan pelayanan merupakan fungsi utama pengelolaan dan landasan kegiatan dalam upaya mencapai tujuan pelayanan, perencanaan disusun berdasarkan hasil pengumpulan dan analisis data dari seluruh sumber daya (manusia, fasilitas, peralatan dan dana) dan kegiatan pelayanan yang ada. Pengorganisasian adalah pengaturan sumber daya

melalui integrasi dan koordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan secara efektif dan efisien. Pengaturan ketenagaan adalah pendayagunaan tenaga keperawatan sesuai kompetensi dan potensi pengembangan untuk terlaksananya pelayanan yang bermutu.

Pengarahan dalam pelayanan keperawatan merupakan kegiatan yang terstruktur untuk menciptakan iklim kerja yang kondusif melalui kemampuan interpersonal manajer dalam memotivasi dan membimbing staf sehingga dapat meningkatkan kinerja. Evaluasi pelayanan adalah kegiatan yang dilakukan secara obyektif sebagai upaya yang dapat mendorong terjadinya perubahan perkembangan sistem dalam peningkatan mutu pelayanan. Pengendalian mutu pelayanan keperawatan adalah upaya pemantauan yang berkesinambungan yang diperlukan untuk menilai mutu pelayanan keperawatan.

### **C. Kepala Ruang sebagai Manajer Pelayanan Keperawatan**

Dalam pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Kepala Ruang adalah manager tingkat lini yang mempunyai tanggung jawab untuk meletakkan konsep praktik, prinsip dan teori manajemen keperawatan serta mengelola lingkungan organisasi untuk menciptakan iklim yang optimal dan menjamin kesiapan asuhan keperawatan oleh perawat klinik. <sup>(13)</sup> Pengertian Kepala Ruang adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi tanggung jawab dan wewenang untuk mengelola kegiatan pelayanan keperawatan di suatu ruang rawat. <sup>(14)</sup>. Standar tugas pokok Kepala Ruang yang ditetapkan oleh Depkes (2002) meliputi kegiatan menyusun rencana kegiatan tahunan yang meliputi kebutuhan sumber daya (tenaga, fasilitas, alat dan dana), menyusun

jadual dinas dan cuti, menyusun rencana pengembangan staf, kegiatan pengendalian mutu, bimbingan dan pembinaan staf, koordinasi pelayanan, melaksanakan program orientasi, mengelola praktik klinik serta melakukan penilaian kinerja dan mutu pelayanan.<sup>(15)</sup>

Kepala Ruang sebagai manajer operasional dari sebuah ruang perawatan bertanggung jawab untuk mengorganisasi kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap, yang meliputi hal-hal sebagai berikut.<sup>(13)</sup>

#### 1. Struktur organisasi

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

#### 2. Pengelompokan kegiatan

Setiap organisasi memiliki serangkaian tugas atau kegiatan yang harus disesuaikan untuk mencapai tujuan. Dalam ruang perawatan. Kepala Ruang mempunyai tanggung jawab untuk mengorganisir tenaga keperawatan yang ada dan kegiatan pelayanan asuhan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien. Pengelompokan kegiatan dilakukan untuk memudahkan pembagian tugas pada perawat sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang mereka miliki serta disesuaikan dengan kebutuhan klien, yang biasa disebut dengan metode penugasan keperawatan, untuk ini Kepala Ruang perlu mengkategorikan pasien yang sedang di rawat di unit kerjanya.

### 3. Koordinasi Kegiatan

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

### 4. Evaluasi Kegiatan

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

### 5. Kelompok Kerja

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

## **D. Kompetensi dan Penilaiannya**

Pengertian *competence*, dengan catatan "*also competency*" menurut *Webster College Dictionary* memiliki makna yang sama yaitu *sufficient means for one's needs and condition or quality of being competent : ability, fitness, specific legal capability, power or jurisdiction*. Dalam terminologi organisasi kompetensi diartikan sebagai keahlian yang

dimiliki seseorang yang dapat dikelompokkan menjadi keahlian teknis dan keahlian profesional.<sup>(16)</sup> Sedangkan dalam konteks sebuah sistem, kompetensi adalah merupakan aspek input dan proses dari kinerja suatu pekerjaan, di mana menurut Armstrong (1994) kompetensi didefinisikan mencakup karakteristik perilaku yang dapat menunjukkan perbedaan antara orang yang berkinerja tinggi yang dalam hal ini menyangkut prestasi kerja yang ditunjukkan oleh seseorang.<sup>(17)</sup>

Dalam pelayanan keperawatan seorang pelaksana perawat yang baik harus mempunyai ketrampilan kognitif (intelektual), kreatif dan mempunyai keingintahuan yang tinggi, ketrampilan interpersonal, kompetensi kultural, ketrampilan psikomotor serta mempunyai ketrampilan teknologi seiring dengan tuntutan kemajuan.<sup>(13)</sup> Sedangkan menurut Nurachmah (2000), bagi seorang manajer keperawatan, maka harus memiliki beberapa kompetensi agar pelaksanaan pekerjaannya dapat berhasil yaitu : kemampuan menerapkan pengetahuan, ketrampilan kepemimpinan, (kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin) dan kemampuan melaksanakan fungsi manajemen, di mana kelancaran pelayanan keperawatan di suatu ruang rawat baik juga dipengaruhi oleh beberapa aspek antara lain adanya : visi, misi dan tujuan rumah sakit yang dijabarkan secara lokal ruang rawat., struktur organisasi lokal, mekanisme kerja (standar-standar) yang diberlakukan di ruang rawat, sumber daya manusia keperawatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas, metoda penugasan, tersedianya berbagai sumber atau fasilitas yang mendukung pencapaian kualitas pelayanan yang diberikan, kesadaran dan motivasi dari seluruh tenaga keperawatan yang ada serta komitmen dan dukungan dari pimpinan Rumah Sakit.

Bagi perawat manajer yang bekerja di Rumah Sakit Pemerintah dan mempunyai status sebagai Pegawai Negeri Sipil, kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki berupa pengetahuan, keahlian dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, yang dikelompokkan menjadi dua, yaitu : kompetensi umum yang merupakan kemampuan dan karakteristik yang harus dimiliki berupa pengetahuan dan perilaku yang diperlukan dalam melaksanakan tugas jabatan yang dipangkunya dan kompetensi khusus, yaitu : kemampuan dan karakteristik yang berupa keahlian untuk melaksanakan tugas jabatan yang dipangkunya. Salah satu kompetensi umum yang harus dimiliki oleh seorang pejabat atau manajer adalah mampu menumbuhkembangkan inovasi, kreasi dan motivasi pegawai dalam rangka pengoptimalan kinerja organisasi. <sup>(18)</sup>

Menurut Dharma (2005) analisis dan penilaian terhadap kompetensi mempunyai peran yang penting dalam sebuah organisasi, yang antara lain dapat bermanfaat dalam manajemen kinerja, seleksi, dan pengembangan karir pegawai. Seringkali dikatakan bahwa apa yang bisa dikelola, harus dapat pula diukur, begitu juga dengan kompetensi. Pengukuran kompetensi dilakukan dapat dengan menggunakan skala penilaian yang didasarkan pada keperilakuan yang menguraikan secara rinci berbagai perilaku atau tindakan yang menunjukkan keberhasilan bagi suatu peran tertentu. Perusahaan Standart Chartered misalnya, menetapkan 11 indikator kompetensi dalam manajemen kinerja pegawainya, yang terdiri dari : pengetahuan kerja dan profesionalisme, kesadaran organisasi dan *customer oriented*, komunikasi, keahlian interpersonal, kerjasama tim,

inisiatif dan kemampuan adaptasi, keahlian analitis atau pengambilan keputusan, produktivitas, kualitas, manajemen dan kepemimpinan.

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

1. Teknik insiden kritis

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

2. Analisis *Repertory Grid*

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

3. Penilaian kompetensi kerja

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

- a. Kluster prestasi yang terdiri dari : orientasi pencapaian, kepedulian akan kualitas dan keteraturan serta inisiatif.
- b. Kluster pelayanan yang terdiri dari : pemahaman interpersonal, orientasi pelayanan konsumen.



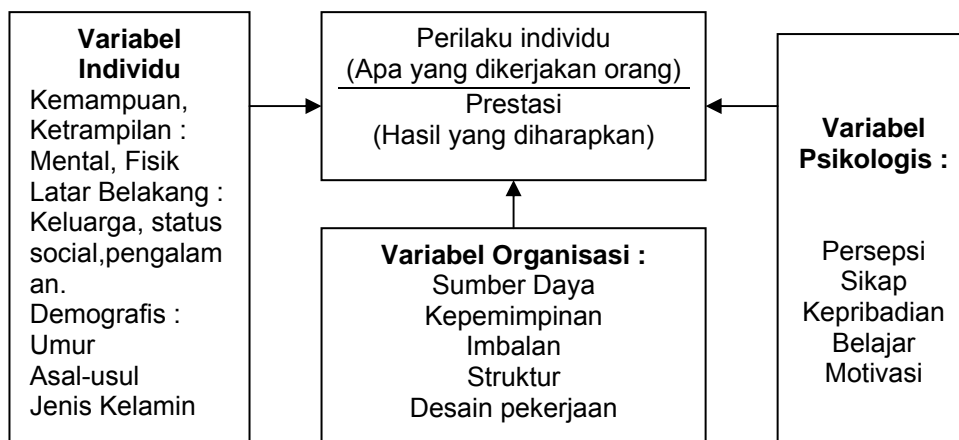
- c. Kluster pengaruh yang terdiri dari : dampak dan pengaruh, kesadaran organisasional dan membangun hubungan / jejaring.
- d. Kluster Manajerial yang terdiri dari : pengarahan, kerjasama kelompok dan rasa kerjasama, mengembangkan orang lain, dan kepemimpinan tim.
- e. Kluster pemikiran kognitif / pemecahan masalah yang terdiri dari kepiawaian teknis, pencarian informasi, berpikir analitis, dan berpikir konseptual.
- f. Kluster efektifitas pribadi yang terdiri dari pengendalian diri, daya tahan terhadap stres, rasa percaya diri, komitmen terhadap organisasi dan fleksibilitas.<sup>(17)</sup>

## E. Kinerja

Pengertian kinerja atau *performance* menurut Handoko (1998) adalah suatu prestasi kerja yaitu proses melalui suatu organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawannya.<sup>(19)</sup> Menurut Mangkunegara kinerja didefinisikan sebagai hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugasnya sesuai tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Rivai mengatakan bahwa kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam suatu perusahaan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam usaha pencapaian tujuan organisasi secara legal, tidak bertentangan dengan hukum, moral dan etika. Kinerja merupakan gabungan dari tiga faktor penting yaitu kemampuan atau minat seorang pekerja, kemampuan dan penerimaan atas penjelasan delegasi tugas, serta peran dan tingkat motivasi seorang pekerja, semakin tinggi nilai ketiga faktor tersebut semakin baik pula

prestasi kerja pegawai yang bersangkutan. Pengamatan dan analisis manajer tentang perilaku dan prestasi individu memerlukan pertimbangan ketiga perangkat variabel yang secara langsung mempengaruhi perilaku individu dan hal-hal yang dikerjakan oleh pegawai yang bersangkutan, ketiga perangkat variabel tersebut dapat dikelompokkan dalam variabel individu, psikologis dan keorganisasian, <sup>(20)</sup> seperti tabel di bawah ini :

Gambar.2.1  
Variabel yang mempengaruhi perilaku dan prestasi kerja



Sumber : Gibson,2001

Gambar tersebut menjelaskan bahwa praktik manajerial yang efektif menghendaki agar perbedaan perilaku individual diakui dan jika mungkin dipertimbangkan ketika seseorang bertugas menangani perilaku organisasi. Untuk memahami perbedaan perilaku, seorang manajer harus mengamati dan mengakui perbedaan tersebut, mempelajari hubungan antara variabel yang mempengaruhi perilaku individu dan menemukan hubungan tersebut. Seorang manajer akan berada pada posisi yang baik untuk mengambil keputusan jika ia mengetahui sikap, persepsi dan kemampuan mental pegawai dan kaitan variabel tersebut dengan variabel lainnya, juga penting diketahui pengaruh masing-masing variabel terhadap prestasi, jika mampu melakukan hal tersebut dengan mengamati

perbedaan, memahami hubungan dan meramalkan pertalianya , usaha manajer untuk meningkatkan prestasi akan menjadi lebih mudah.

Penilaian kinerja merupakan suatu usaha untuk membantu merencanakan dan mengontrol proses kegiatan pekerjaan agar benar-benar dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan organisasi, pada hakekatnya penilaian kinerja adalah suatu evaluasi terhadap penampilan kerja personel dengan membandingkan dengan standar baku penampilan. Untuk melakukan penilaian kinerja dapat dilakukan menggunakan beberapa metode, seperti teknik essay, komparasi, daftar periksa, langsung ke lapangan, didasarkan pada perilaku, insiden kritis, keefektifan dan dapat berdasarkan peringkat <sup>(21)</sup>

Manfaat yang dapat diperoleh dalam penilaian kinerja antara lain:

1. Meningkatkan prestasi kerja staf baik secara individu maupun kelompok dengan memberikan kesempatan kepada mereka untuk memenuhi kebutuhan aktualisasi diri dalam kerangka pencapaian tujuan pelayanan Rumah Sakit.
2. Merangsang minat dalam pengembangan pribadi dengan tujuan meningkatkan prestasi dan hasil kerja dengan memberikan umpan balik kepada mereka tentang prestasinya.
3. Membantu Rumah Sakit untuk dapat menyusun program pengembangan dan pelatihan staf yang lebih tepat guna.
4. Menyediakan alat dan sarana untuk membandingkan prestasi kerja dengan meningkatkan gaji atau sistem imbalan yang baik.
5. Memberikan kesempatan untuk komunikasi dan dialog antara atasan dan bawahan .

## F. Kepemimpinan dan Manajemen Strategi

Kepemimpinan merupakan salah satu komponen dalam variabel organisasi yang dapat mempengaruhi prestasi kerja pegawai. Kepemimpinan adalah upaya penggunaan jenis pengaruh untuk memotivasi orang mencapai tujuan organisasi. Masih menurut Gibson, berdasarkan teori sifat dapat diidentifikasi beberapa ciri pemimpin yang efektif, yaitu mempunyai kecerdasan intelektual, emosional, fisik dan ciri-ciri pribadi lain, sedang Robbins (2001) menyatakan kepemimpinan merupakan kemampuan untuk mempengaruhi kelompok dalam mencapai tujuan, yang dapat bersumber dari formal seperti posisi atau kedudukan dalam suatu organisasi dan terdapat enam ciri yang terlihat dari seorang pemimpin yaitu ambisi dan energi, hasrat untuk memimpin, kejujuran dan integritas, kepercayaan diri, kecerdasan dan pengetahuan yang relevan dengan tugas pekerjaannya.<sup>(22)</sup>

Farland (1984) mengatakan kepemimpinan adalah proses interpersonal yang mempengaruhi kegiatan orang lain dalam memilih dan mencapai tujuan. Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan kemampuan dan ketrampilan seseorang pimpinan perawat dalam mempengaruhi perawat lain dibawah pengawasannya untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai. Ketrampilan dalam kepemimpinan meliputi : ketrampilan teknis, yaitu kesanggupan untuk mengerti dan mengerjakan aktifitas teknis, ketrampilan konseptual, yaitu kesanggupan untuk mengkonsep dan melihat usaha sebagai keseluruhan serta dapat menganalisisnya dan ketrampilan hubungan antar manusia, yaitu kesanggupan untuk bekerja sama dengan orang lain sebagai anggota kelompok dan pimpinan. Sedangkan kepemimpinan dapat

dipengaruhi oleh faktor-faktor, karakteristik pribadi, kelompok yang di pimpin, situasi yang dihadapi baik manusia, fisik maupun waktu. <sup>(13)</sup>

Perubahan sistem pengelolaan Rumah Sakit yang terjadi saat ini menuju ke arah konsep manajerialisme yang sangat erat hubungannya dengan kemampuan kepemimpinan seorang manajer, dalam konteks Rumah Sakit peran para manajer ( yang tidak langsung melakukan pelayanan medik) semakin meningkat, karena mempunyai peranan yang sangat penting dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi jalannya kegiatan, hal ini tentunya mempunyai konsekuensi bahwa harus tersedia sumberdaya manusia yang mempunyai dasar keilmuan dan wawasan tentang kesehatan dan perumahsakit. <sup>(31)</sup>

Seiring dengan adanya momentum dan beberapa perubahan di lingkungan eksternal, menuntut Rumah Sakit untuk melakukan adaptasi dengan menggunakan pendekatan manajemen strategis. Secara lengkap konsep manajemen strategis dapat dibagi menjadi beberapa bagian yang berurutan , yang meliputi : analisis perubahan, persiapan penyusunan, diagnosis kelembagaan dan analisis situasi, formulasi strategi, pelaksanaan strategi dan pengendalian strategi.

Salah satu langkah penting dalam manajemen strategi adalah melakukan diagnosis Rumah Sakit, beberapa hal penting yang harus diperhatikan adalah keterkaitan antara visi, mis, analisis eksternal dan internal serta isu-isu pengembangan. Keterlibatan sumber daya manusia merupakan hal yang penting dalam mengelola perubahan, semangat untuk melakukan perubahan apabila terdapat sekelompok orang yang dipimpin oleh Direktur untuk menyusun rencana strategi dan mengembangkan indikator keberhasilan. Proses penyusunan ini hendaknya bukan hanya untuk kepentingan formalitas dalam penilaian

akreditasi, tetapi benar-benar untuk menentukan strategi yang tepat mengelola Rumah Sakit, untuk itu diperlukan budaya organisasi yang kuat. Konsep perubahan budaya ke arah budaya organisasi merupakan hal yang tidak mudah untuk dilaksanakan, tetapi harus mulai dipersiapkan dengan cara menumbuhkan budaya kerja yang bertumpu pada kompetensi dan kinerja.<sup>(31)</sup>

### **G. Hubungan kompetensi dengan manajemen kinerja**

Manajemen kinerja adalah suatu proses yang dirancang untuk meningkatkan kinerja organisasi, kelompok dan individu yang digerakkan oleh para manajer yang dilaksanakan secara sinergi. Manajemen kinerja didasarkan kepada kesepakatan tentang sasaran, persyaratan pengetahuan, keahlian, kompetensi, rencana kerja dan pengembangan, secara khusus manajemen kinerja ditujukan untuk meningkatkan aspek-aspek kinerja yang meliputi : sasaran yang dicapai, efektifitas kerja dan kompetensi. Manajemen kinerja membantu dalam mengintegrasikan sasaran organisasi, kelompok dan individu terutama dalam mengkomunikasikan sasaran dan mengedepankan nilai-nilai organisasi, dapat menjadi alat bagi pencapaian perubahan budaya dan perilaku serta merupakan cara untuk memberdayakan karyawan dengan memberikan kendali yang lebih besar atas pekerjaan mereka dan pengembangan diri pribadi mereka sendiri.<sup>(17)</sup> Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitasnya.<sup>(23)</sup> Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi.

Perawat manajer dapat menggunakan hasil penilaian kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, bimbingan perencanaan karier, serta pemberian penghargaan kepada perawat yang kompeten . Menurut Gillies seperti dikutip oleh Nursalam (2002) ada beberapa prinsip-prinsip yang harus dijadikan pedoman oleh manajer dalam melakukan evaluasi kinerja karyawannya antara lain <sup>(12)</sup> :

1. Evaluasi sebaiknya didasarkan pada standar pelaksanaan kerja orientasi tingkah laku sesuai posisi yang ditempati oleh karyawan.
2. Sampel tingkah laku perawat harus representative dan dilakukan dengan pengamatan.
3. Perawat sebaiknya diberi salinan tentang uraian tugas, standar pelaksanaan kerja dan bentuk evaluasi yang akan dilakukan.
4. Manajer sebaiknya menunjukkan segi-segi di mana pelaksanaan kerja pegawai memuaskan dan tidak memuaskan dan perbaikan apa yang perlu dilakukan.
5. Jika diperlukan manajer sebaiknya menjelaskan area yang akan diprioritaskan seiring dengan usaha perawat untuk meningkatkan pelaksanaan kerja.
6. Dilakukan pertemuan evaluasi dengan waktu yang cocok
7. Baik laporam maupun evaluasi pertemuan sebaiknya disusun secara teencana, sehingga perawat tidak merasa kalau pelaksanaan kerjanya sedang dianalisis.

#### **H. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)**

1. Pengertian / Definisi

Hoffart dan Woods (1996), mendefinisikan Model Praktik Keperawatan Profesional sebagai sebuah sistem yang meliputi struktur, proses, dan

nilai professional yang memungkinkan perawat professional mengatur pemberian asuhan keperawatan dan mengatur lingkungan untuk menunjang asuhan keperawatan. Sebagai suatu model berarti sebuah ruang rawat dapat menjadi contoh dalam praktik keperawatan professional di Rumah Sakit. <sup>(7)</sup>

## 2. Tujuan Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional

- a. Meningkatkan mutu aspek melalui penataan sistem pemberian asuhan keperawatan.
- b. Memberikan kesempatan kepada perawat untuk belajar melaksanakan praktik keperawatan profesional.
- c. Menyediakan kesempatan kepada perawat untuk mengembangkan penelitian keperawatan.

## 3. Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Praktik Keperawatan Profesional

Terdapat enam unsur utama dalam penentuan pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu sesuai dengan visi-misi Rumah Sakit, dapat diterapkannya proses keperawatan, efisien dan efektif dalam penggunaan biaya, terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat, kepuasan kerja perawat dan terlaksananya komunikasi yang adekuat.

## 4. Komponen Model Praktik Keperawatan Profesional

### a) Nilai Profesional

Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional didasarkan pada nilai professional. Nilai professional merupakan inti dari Model Praktik Keperawatan Profesional, yang meliputi: nilai intelektual, komitmen moral, otonomi, kendali dan tanggung gugat.



b) Pendekatan manajemen

Pendekatan manajemen digunakan untuk mengelola sumber daya yang ada meliputi : ketenagaan, alat, fasilitas serta menetapkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) . Pada Model Praktik Keperawatan Profesional ini kemampuan manajemen keperawatan yang dikembangkan terutama dalam hal mengelola perubahan dan pengambilan keputusan.

c) Sistem pemberian asuhan keperawatan

Sistem pemberian asuhan keperawatan (*care delivery system*) merupakan metode penugasan bagi tenaga perawat yang digunakan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien. Sistem atau metode tersebut merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan populasi klien. Saat ini dikenal lima jenis metode pemberian asuhan keperawatan, yang terdiri dari : metode kasus, fungsional, tim, primer dan manajemen kasus.

d) Hubungan professional

Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) memungkinkan terjadinya hubungan professional di antar perawat dan praktisi kesehatan lainnya. Hubungan ini dapat terjadi melalui sistem pendokumentasian keperawatan, operan tugas jaga, konferensi awal dan akhir, dan pembahasan kasus.

e) Kompensasi dan penghargaan

Pada suatu layanan professional, seseorang mempunyai hak atas kompensasi dan penghargaan. Kompensasi merupakan salah faktor yang dapat meningkatkan motivasi, pada Model Praktik

Keperawatan Profesional karena masing-masing perawat mempunyai peran dan tugas yang jelas sehingga dapat dibuat klasifikasi yang obyektif sebagai dasar pemberian kompensasi dan penghargaan.

#### 5. Aspek Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional

Menurut Sitorus (1996) yang diperkuat oleh Nursalam (2002), berdasarkan tingkat perkembangan keperawatan di Indonesia untuk dapat menerapkan Model Praktik Keperawatan Profesional ada tiga aspek yang perlu dikembangkan yang meliputi : <sup>(12)</sup>

##### a) Ketenagaan

Dalam pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional, aspek ketenagaan merupakan komponen pertama yang harus dipertimbangkan, sehingga tujuan pelayanan dapat dicapai. Menurut Werdati (2005) dalam penerapan sistem pemberian asuhan keperawatan terdapat 3 strategi manajemen yang penting dalam mengelola sumber daya keperawatan yaitu <sup>(24)</sup>

##### 1) Sistem klasifikasi pasien

Sistem ini dikembangkan untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang bermutu dan efisien, karena pelayanan diberikan sesuai dengan tingkat kebutuhan pasien, merupakan metode untuk memperkirakan dan mengkaji jumlah kebutuhan pasien terhadap pelayanan keperawatan, sehingga dapat diketahui jam efektif perawat untuk melakukan pelayanan keperawatan. Depkes (2001) menetapkan indikator jumlah jam kontak perawat dengan pasien rata-rata selama 4,5 jam / hr <sup>(25)</sup>

## 2) Stafing

Staffing merupakan salah satu fungsi khusus manajemen keperawatan yang terdiri dari kegiatan-kegiatan : mengidentifikasi jenis dan jumlah dan kategori tenaga yang dibutuhkan pasien, mengalokasikan anggaran tenaga, merekrut, seleksi dan penempatan perawat, orientasi dan mengkombinasikan tenaga pada konfigurasi yang baik.

## 3) Penjadualan

Penetapan jumlah tenaga dan penjadualan adalah merupakan proses pengorganisasian sumber daya yang berharga untuk menentukan berapa banyak dan kriteria tenaga seperti apa yang dibutuhkan untuk setiap shift . Sedangkan menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyebutkan bahwa agar pelayanan keperawatan dapat mencapai tujuan yang ditetapkan seorang Kepala Ruang harus menyusun jadwal dinas yang dapat mencerminkan jumlah dan kategori tenaga yang berkemampuan baik pada setiap shift dan ada penunjukan perawat sebagai penanggung jawab shift dengan disertai pembagian tugas yang jelas <sup>(6)</sup>

### b) Penerapan sistem pemberian asuhan keperawatan

Merupakan metode penugasan yang dipilih dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi yang ada di Rumah Sakit. Sistem pemberian asuhan keperawatan harus merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan karakteristik populasi pasien yang dilayani. Untuk memperoleh gambaran penerapan sistem ini dapat dilihat dari tanggung jawab,

pelaksanaan uraian tugas dan pelaksanaan wewenang perawat pelaksana.<sup>(14)</sup>

1) Tanggung Jawab perawat pelaksana :

- a) Kebenaran asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis dan rencana asuhan keperawatan.
- b) Kebenaran dan ketepatan pelayanan asuhan meliputi tindakan dan evaluasi keperawatan.
- c) Kelengkapan bahan dan peralatan kesehatan
- d) Kebersihan dan kerapihan pasien serta alat kesehatan
- e) Kebenaran isi rekam asuhan keperawatan
- f) Kebenaran informasi/bimbingan/penyuluhan kesehatan
- g) Ketepatan penggunaan sumber daya secara efisien dan efektif.

2) Uraian tugas perawat pelaksana :

- a) Melaksanakan timbang terima tugas setiap awal dan akhir tugas dari dan kepada petugas penggantinya.
- b) Melakukan observasi tentang kondisi pasien.
- c) Mengikuti pre dan post konferens yang dilakukan.
- d) Melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya dan didokumentasikan dalam rekam asuhan keperawatan.
- e) Melakukan monitoring respon pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan.
- f) Melakukan konsultasi tentang masalah pasien.
- g) Membimbing dan melakukan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga.

- h) Menerima keluhan pasien dan berusaha untuk menyelesaikannya.
- i) Melakukan evaluasi askep setiap akhir tugas.
- j) Memperkenalkan diri dan rekan yang berada pada satu timnya untuk melakukan askep lanjutan pada pasien .
- k) Melaksanakan tugas pendelegasian pada saat jaga siang/malam atau hari libur.
- l) Mengikuti diskusi kasus / konferens dengan tim kesehatan.
- m) Mengikuti pertemuan berkala (rutin) ruangan atau tingkat rumah sakit.

### 3) Wewenang

- a) Memeriksa kelengkapan peralatan ruang perawatan
  - b) Meminta bahan dan perangkat kerja sesuai dengan kebutuhan pelaksanaan tugas
  - c) Melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa dan perencanaan keperawatan bagi pasien baru pada bertugas
  - d) Melakukan asuhan keperawatan kepada pasien
  - e) Melaporkan asuhan keperawatan pasien kepada penanggung jawab.
- c) Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena dengan adanya dokumentasi yang baik, informasi mengenai keadaan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Dokumentasi juga merupakan aspek legal tentang pemberian asuhan keperawatan, secara lebih spesifik dokumentasi keperawatan dapat berfungsi sebagai sarana komunikasi antar profesi kesehatan, sumber data untuk

pengelolaan pasien dan penelitian dan sebagai barang bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan keperawatan serta sebagai sarana pemantauan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien, yang terdiri dari format pengkajian, rencana keperawatan, catatan tindakan dan catatan perkembangan pasien.

## **I. Persepsi**

### **1. Pengertian**

Dalam mempelajari perilaku individu maupun organisasi, satu hal penting yang harus dipahami terlebih dahulu adalah segala sesuatu yang terkait dengan persepsi, yang merupakan penyebab munculnya perilaku seseorang. Persepsi pada dasarnya adalah merupakan proses pemahaman secara kognitif yang dapat dialami oleh setiap orang dalam memahami sebuah informasi tentang lingkungannya melalui penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Persepsi adalah sebuah proses di mana individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka <sup>(20)</sup>

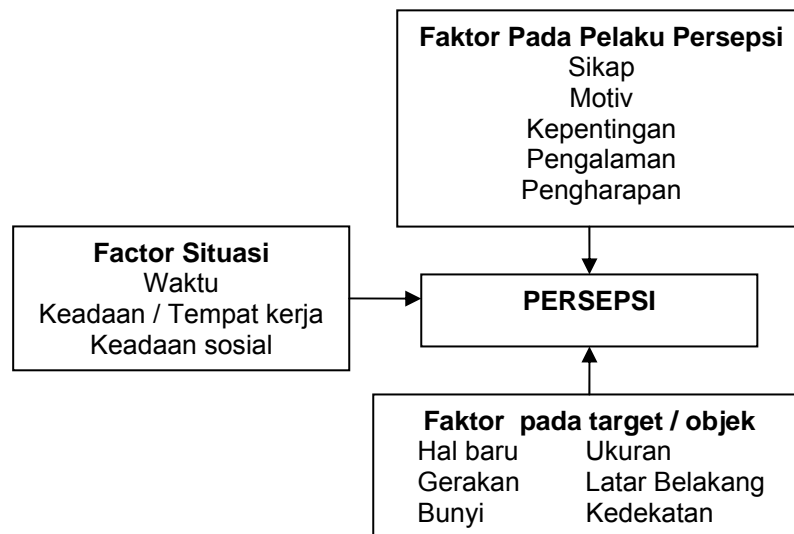
Persepsi merupakan proses kognitif yang kompleks yang dapat memberikan gambaran yang unik tentang dunia yang sangat berbeda dengan realitasnya. <sup>(11)</sup> Faktor penting yang menentukan pandangan seseorang terhadap dunia adalah relevansinya dengan kebutuhan-kebutuhan dirinya, ini berarti bahwa dunia itu tergantung bagaimana kita melihatnya sesuai dengan kaca mata dan sudut pandang masing-masing, hal inilah yang menjadikan adanya pengaruh perbedaan persepsi pada setiap orang. Pemahaman terhadap suatu obyek dapat

merupakan proses sadar untuk menghasilkan persepsi dengan melakukan interpretasi terhadap sesuatu yang ada disekelilingnya.<sup>(12)</sup>

## 2. Faktor yang mempengaruhi

Persepsi merupakan penafsiran realitas dan masing-masing orang dapat memandang realitas tersebut dari sudut pandang yang berbeda-beda. Perbedaan perspektif tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang bekerja untuk membentuk dan dapat memutarbalikan persepsi seseorang yang dapat berasal dari pelaku persepsi (pemersepsi), factor situasi di mana persepsi dilakukan dan factor obyek atau target yang dipersepsikan, yang secara lebih jelas dapat dilihat pada gambar berikut :<sup>(22)</sup>

Gambar 2.2  
Faktor yang mempengaruhi persepsi



Sumber : Robbin (2001)

Persepsi mencakup penerimaan stimulus, pengorganisasian stimulus dan penterjemahan atau penafsiran stimulus yang dapat dipengaruhi oleh stereotip, kepandaian menyaring, konsep diri, keadaan, kebutuhan dan emosi dari seseorang. Sedang menurut Pareek (1984)

beberapa faktor internal yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang adalah kebutuhan psikologis, latar belakang social, pendidikan, pengalaman pribadi, kepribadian, sikap dan kepercayaan dan penerimaan diri. <sup>(26)</sup>

### 3. Proses terjadinya persepsi

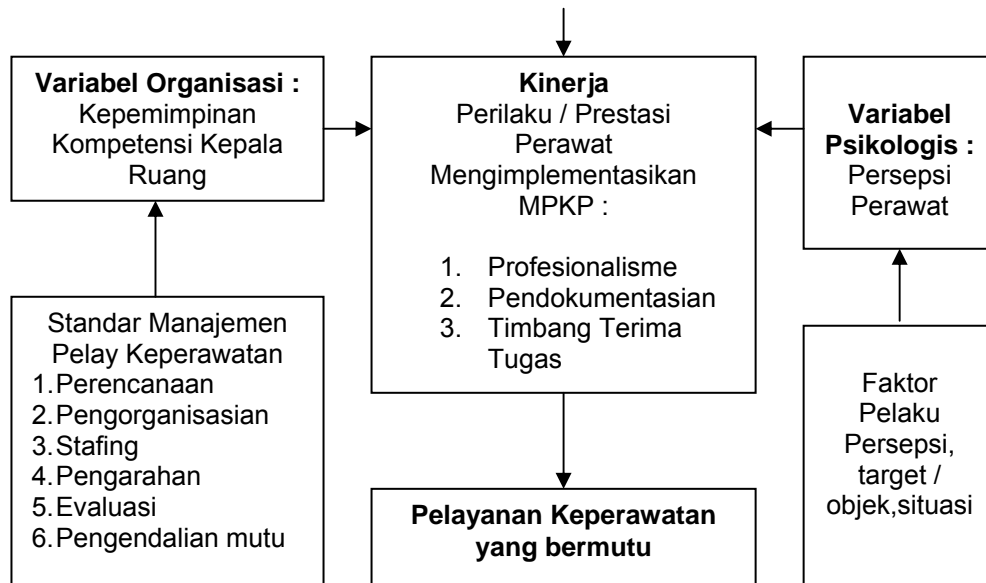
Dari beberapa pengertian di atas dapat diambil kesimpulan terjadinya persepsi pada seseorang ternyata melalui beberapa tahap yang menggambarkan serangkaian proses yang berurutan, hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Pareek (1984) bahwa persepsi adalah sumber pengetahuan manusia tentang dunia ini, yang terjadi melalui proses menerima, melakukan seleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji dan memberikan reaksi kepada rangsangan panca indera. <sup>(14)</sup>

Proses terjadinya persepsi dimulai dengan adanya stimuli dari lingkungan yang diterima oleh panca indera, setelah rangsangan tersebut ditafsirkan dan dipersepsikan akan menghasilkan keluaran berupa munculnya tanggapan-tanggapan yang penting seperti stereotip, peramalan dan pengeluaran atribut yang disebut sebagai pembelaan persepsi, yang digunakan apabila menghadapi pesan - pesan atau data yang bertentangan dengan kepercayaannya. Pada akhirnya setelah menghasilkan penafsiran kemudian akan muncul respon pada individu yang berupa sikap, motivasi dan perilaku.

## J. Kerangka Teori

<b>Variabel Individu</b>
------------------------------





Sumber :  
Gibson, Sitorus, Robbin yang dimodifikasi

### **BAB III**

## **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Variabel Penelitian**

##### **1. Variabel bebas :**

Persepsi perawat tentang kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan (SMPK) yang meliputi :

- a. Kompetensi perencanaan
- b. Kompetensi pengorganisasian
- c. Kompetensi stafing (pengelolaan tenaga)
- d. Kompetensi pengarahan
- e. Kompetensi evaluasi
- f. Kompetensi pengendalian mutu

##### **2. Variabel terikat :**

Kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).

#### **B. Hipotesis Penelitian**

- a. Ada hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi perencanaan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.
- b. Ada hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengorganisasian bangsal yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam

melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.

- c. Ada hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengelolaan tenaga (staffing) yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara
- d. Ada hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengarahan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.
- e. Ada hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi evaluasi kegiatan pelayanan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.
- f. Ada hubungan antara persepsi perawat tentang kompetensi pengendalian mutu yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dengan

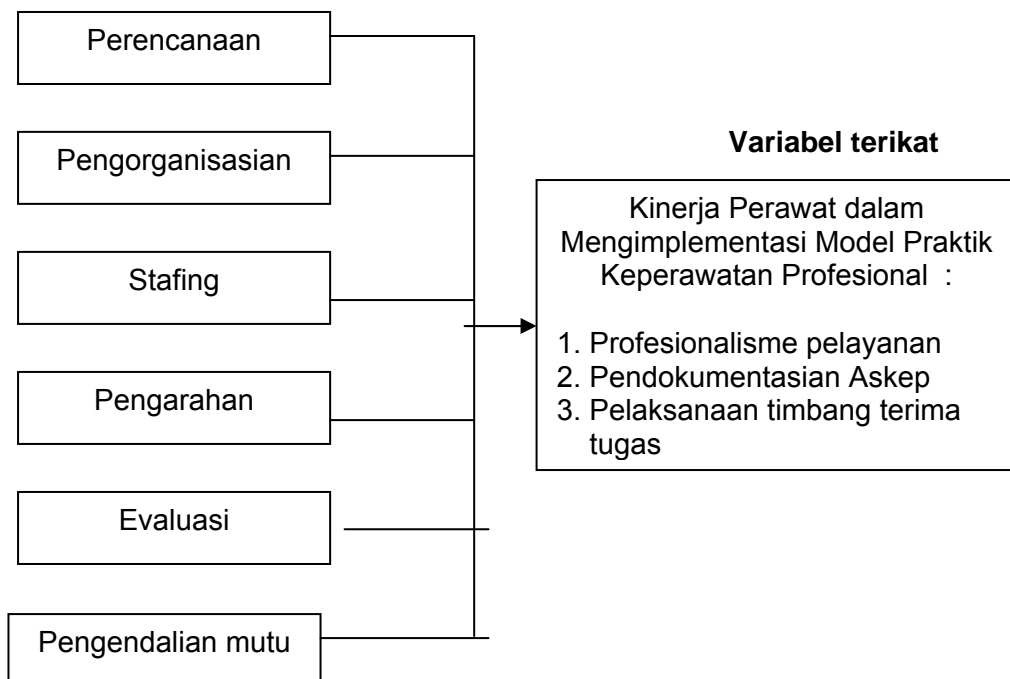
kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara

- g. Ada pengaruh persepsi perawat tentang aspek kompetensi secara parsial ( perencanaan, pengorganisasian, staffing, pengarahan, evaluasi dan pengendalian mutu) maupun simultan yang dimiliki oleh Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manejemen Pelayanan Keperawatan terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara.

### C. Kerangka Konsep Penelitian

#### **Variabel bebas**

Persepsi perawat tentang Kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan



## D. Rancangan Penelitian

### 1. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observasional, dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif yang merupakan kombinasi atau perpaduan berdasarkan pada prinsip komplementaritas atau saling melengkapi, sesuai dengan pendapat Morgan (1998) yang mengembangkan *the priority-sequence model*. Sesuai dengan nama modelnya maka langkah pertama yang dilakukan peneliti adalah menetapkan prioritas utama rancangan penelitian yang akan digunakan, dan langkah berikutnya menetapkan bagaimana urutan penerapan rancangan penelitian komplementer tersebut. <sup>(27)</sup> Pada penelitian ini model yang digunakan adalah menetapkan pendekatan digunakan untuk generalisasi hasil, dan menguji hipotesis yang muncul dari studi kualitatif. Secara kualitatif terlebih dahulu dilakukan penilaian tingkat kompetensi Kepala Ruang dalam menerapkan kemudian melakukan studi kuantitatif untuk mengetahui pengaruh kompetensi tersebut terhadap kinerja perawat.

### 2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Penelitian yang dilakukan ini menggunakan pendekatan waktu pengumpulan data secara belah lintang (*cross-sectional*), yang merupakan satu jenis penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan melakukan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat, artinya tiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan. <sup>(28)</sup>

### 3. Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan bersifat kualitatif maupun kuantitatif dan terdiri dari beberapa teknik, mengingat pendekatan yang dipakai merupakan kombinasi penelitian kualitatif dan kuantitatif, metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

#### a. Wawancara mendalam

Penilaian kompetensi merupakan merupakan sebuah fenomena kajian yang cukup sensitif untuk diteliti karena berhubungan dengan penilaian kemampuan seseorang sehingga diperlukan wawancara mendalam kepada responden untuk memahami dan mengidentifikasi pengalaman responden dalam melakukan tugasnya. Dalam penelitian ini , untuk memperoleh pemahaman tentang fenomena yang ditelitidiperlukan interaksi yang intensif antara peneliti dan responden dengan melakukan wawancara mendalam adalah merupakan pilihan yang tepat , merupakan cara pengumpulan data dengan menggunakan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan terbuka.<sup>(27)</sup>

#### b. Wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner

Dalam penelitian ini kuesioner digunakan untuk mengetahui persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan standar manajemen pelayanan keperawatan. Kuesioner persepsi perawat tentang kompetensi Kepala Ruang dimaksudkan untuk memperoleh gambaran kesesuaian dan untuk membandingkan antara jawaban responden dengan pendapat pribadi Kepala Ruang.

c. Studi dokumentasi

Teknik pengumpulan data ini digunakan untuk memperoleh data tentang kegiatan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, yang dilihat dari kelengkapan pengisian rekam asuhan keperawatan yang menyatu dalam catatan medis pasien.

d. Observasi

Dalam penelitian ini teknik observasi digunakan untuk menilai pelaksanaan kegiatan serah terima pasien saat pergantian shift, dengan menggunakan format atau blangko pengamatan yang berupa *checklist* atau daftar tilik.

4. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian atau individu yang menjadi acuan hasil-hasil penelitian akan berlaku atau diberlakukan, dan karakteristiknya akan diukur <sup>(29)</sup> Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh tenaga keperawatan baik bidan atau perawat yang bertugas di Instalasi Rawat Inap, yang terdiri dari pelaksana perawatan dan seluruh Kepala Ruang yang bertugas di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara

5. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

Kondisi jumlah sampel yang cukup besar dan sumber daya waktu yang terbatas, tidak memungkinkan untuk meneliti setiap unit elemen yang membentuk suatu populasi, untuk alasan ini hanya ada satu pilihan yaitu mengambil sampel dari populasi dan kemudian membuat penduga-penduga yang berkenaan dengan populasi secara keseluruhan.

Untuk mengambil sampel dalam penelitian ini digunakan teknik-teknik tertentu sehingga sampel tersebut dapat mewakili, sebagai berikut :

1. Teknik atau prosedur sampel yang digunakan untuk mengukur kompetensi Kepala Ruang adalah dengan mengambil seluruh populasi, yaitu sebanyak 10 orang Kepala Ruang.
2. Teknik atau prosedur sampel yang digunakan untuk mengukur kinerja perawat adalah dilakukan dengan cara *proportinate stratified random sampling* mengingat populasi mempunyai karakteristik yang tidak homogen terutama dalam hal latar belakang pendidikan dan lokasi tugas yang berbeda-beda. Sampling dilakukan dengan cara menentukan terlebih dahulu latar belakang pendidikan dan barulah diambil sampel secara acak , agar perimbangan sampel dari masing-masing strata tersebut memadai dilakukan pengambilan sampel secara proporsional untuk mewakili beberapa ruang rawat yang ada. Menurut Notoatmojo (2002) apabila jumlah populasi < 10.000 dapat menggunakan formula sederhana<sup>(28)</sup> dengan rumus :

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

n : besar sampel  
 N : besar populasi  
 d : tingkat kepercayaan (0.05)

Kriteria inklusi :

- a. Bertugas sebagai pelaksana keperawatan di IRNA
- b. Masa kerja minimal 1 tahun
- c. Latar belakang pendidikan : basic keperawatan (perawat dan bidan)
- d. Bersedia menjadi responden



Kriteria eksklusi :

- a Kepala Ruang atau pelaksana keperawatan yang sedang cuti
- b Kepala Ruang atau pelaksana keperawatan yang sedang tugas belajar atau sedang melaksanakan pelatihan dalam jangka waktu lama melebihi periode pelaksanaan penelitian.

Dari perhitungan sampel yang dilakukan diperoleh hasil :

Populasi yang dapat terjangkau penelitian sebanyak 79 orang pelaksana keperawatan, dengan "d" sebesar 0,05 maka jumlah sampel seluruhnya adalah sebanyak 66 responden, yang selanjutnya dari 66 responden tersebut akan diambil secara proporsional untuk mewakili 10 ruang perawatan yang ada dengan menggunakan rumus:

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

Keterangan :

$n_i$  : jumlah sampel tiap ruangan

$n$  : jumlah sampel total yang telah ditetapkan

$N_i$  : jumlah populasi tiap ruangan

$N$  : jumlah populasi keseluruhan

Dari perhitungan menggunakan rumus di atas diperoleh besar sampel untuk masing-masing ruangan adalah seperti yang terlihat dalam tabel 3.1, dan jumlah sampel yang ditetapkan ini juga digunakan untuk penentuan jumlah sampel rekam medis yang dilihat kelengkapan pendokumentasiannya, yang dilakukan oleh perawat pelaksana.

Tabel . 3.1  
Proporsi jumlah sampel untuk masing-masing ruang perawatan

No	Ruangan	Populasi	Sampel
1.	Anyelir A	8 orang	7 orang
2.	Perinatologi	4 orang	3 orang
3.	Soka	6 orang	5 orang
4.	Kenikir	8 orang	7 orang
5.	Mawar	9 orang	7 orang
6.	Kenanga	8 orang	7 orang
7.	Anyelir B	9 orang	8 orang
8.	Paviliun	10 orang	8 orang
9.	Menur	11 orang	9 orang
10.	Rawat Intensif	6 orang	5 orang
	<b>Jumlah</b>	<b>79 orang</b>	<b>66 orang</b>

#### 6. Definisi Operasional Variabel / dan Skala Pengukuran

Variabel Independen :

##### a. Pendekatan kualitatif :

Kompetensi adalah gambaran kemampuan pengetahuan, sikap dan perilaku Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan, yang terdiri dari kemampuan Kepala Ruang dalam :

- 1) Perencanaan pelayanan yaitu : proses dan atau kegiatan merencanakan kebutuhan yang bertujuan untuk menyediakan pelayanan keperawatan yang optimal di ruangan.
- 2) Pengorganisasian adalah pengaturan sumber daya melalui integrasi dan koordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan secara efektif dan efisien.

- 3) Stafing atau pengelolaan staf adalah pendayagunaan tenaga keperawatan sesuai kompetensi dan potensi pengembangan untuk terlaksananya pelayanan yang bermutu
- 4) Pengarahan adalah kemampuan untuk untuk menciptakan iklim kerja yang kondusif melalui kemampuan interpersonal manajer dalam memotivasi dan membimbing staf sehingga dapat meningkatkan kinerja.
- 5) Evaluasi adalah kemampuan Kepala Ruang dalam upaya yang dapat mendorong terjadinya perubahan perkembangan sistem dalam peningkatan mutu pelayanan.
- 6) Pengendalian mutu adalah kemampuan Kepala Ruang dalam upaya upaya pemantauan yang berkesinambungan yang diperlukan untuk menilai mutu pelayanan keperawatan.

Cara dan skala pengukuran data kualitatif :

Cara mengukur dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam kepada Kepala Ruang tentang pelaksanaan standar perencanaan bangsal berdasarkan pedoman wawancara yang telah disiapkan

b. Pendekatan Kuantitatif

Persepsi perawat tentang kompetensi Kepala Ruang adalah pendapat perawat atas pandangan dan penafsirannya tentang kemampuan, sikap dan perilaku Kepala Ruang yang menyangkut aspek kompetensi :

- 1) Perencanaan di ruang rawat yang meliputi penggunaan Renstra RS sebagai acuan perencanaan , pemanfaatan data pendukung, penentuan ruang lingkup perencanaan , sistem (alur proses) perencanaan dan koordinasi.

- 2) Pengorganisasian adalah kegiatan yang meliputi penyusunan struktur organisasi, pembagian tugas, metode penugasan, pendelegasian, pengelolaan linen, pengelolaan alat kesehatan dan obat serta mekanisme serah terima pasien pada saat pergantian shift.
- 3) Stafing atau pengelolaan staf adalah pelaksanaan kegiatan analisis kebutuhan tenaga, seleksi pegawai, orientasi, penyusunan jadwal dinas, mobilisasi staf, pengelolaan konflik dan penilaian kinerja.
- 4) Pengarahan dalam pelayanan keperawatan adalah pelaksanaan pertemuan rutin ruangan, pembinaan etika, bimbingan, pemberian motivasi dan supervisi.
- 5) Evaluasi adalah kegiatan monitoring terhadap respon pasien setelah tindakan, pemeriksaan dokumentasi, pengelolaan staf yang melakukan kesalahan dan adanya tindak lanjut hasil evaluasi.
- 6) Pengendalian mutu yaitu upaya-upaya pemantauan yang berkesinambungan yang diperlukan untuk menilai mutu pelayanan keperawatan, dan diukur dari pelaksanaan kegiatan pemantauan infeksi nosokomial, survey kepuasan pelanggan, pengelolaan keluhan, survey kecelakaan kerja, audit kasus dan kegiatan Gugus Kendali Mutu (GKM).

Cara dan skala pengukuran data kuantitatif :

Cara mengukur persepsi perawat tentang aspek kompetensi yang dimiliki Kepala Ruangnya dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang telah diuji validitasnya, dengan pilihan persepsi menggunakan rentang pilihan sbb :

Pernyataan positif (*favorable*) dengan menggunakan skore :

1 : tidak setuju, 2 : kurang setuju, 3 : setuju, 4 : sangat setuju

Pernyataan negatif (*unfavorable*) dengan menggunakan skore : ,

4 : sangat setuju, 3 : setuju , 2 : kurang setuju dan 1 : tidak setuju .

Informasi yang diperoleh dari jawaban responden menjadi data mentah dengan skala pengukuran : rasio.

Jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam satu variabel selanjutnya dijumlahkan menjadi skore komposit. Tingkat kompetensi Kepala Ruang selanjutnya akan di analisis dengan mengelompokkan menjadi 2 kategori kompetensi berdasarkan gambaran univariatnya yaitu dengan merubah variabel berskala interval menjadi variabel berskala nominal dengan cara :

Pengelompokan dengan membuat 2 kategori kompetensi yaitu berdasarkan hasil uji normalitas data, yang terdiri dari :

Jika distribusi data normal : menggunakan mean

(1) Kompeten : mean  $> \pm 1$  SD

(2) Kurang kompeten : mean  $< \pm 1$  SD

Jika distribusi data tidak normal : menggunakan titik kuartil Q1 ( nilai dibawah 25 % , Q2 ( nilai dibawah 50%) dan Q3 (nilai dibawah 75%), dengan kategori :

(1) Kompeten : total skore  $\geq$  Q2

(2) Kurang kompeten : total skore  $\leq$  Q2

### Variabel Dependen

Kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah hasil kerja yang dicapai dan ditunjukkan oleh perawat dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai tanggung jawab yang diberikan kepadanya, yang diukur dengan melakukan penilaian terhadap :

- 1) Penilaian profesionalisme perawat dalam memberikan pelayanan :  
Adalah persepsi pasien tentang cara kerja perawat dalam memberikan pelayanan, yang diukur dengan menggunakan kuesioner baku yang telah disusun oleh pakar keperawatan dan terdiri dari 21 item pernyataan yang harus diberikan jawabannya oleh pasien dengan 5 alternatif jawaban yaitu : 1 : tidak pernah, 2 : jarang, 3 : kadang-kadang, 4 : sering dan 5 : selalu.
- 2) Pendokumentasian asuhan keperawatan  
Adalah pencatatan proses asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pada format rekam asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Cara pengukurannya dengan menggunakan format daftar tilik (checklist) yang sudah baku, dilakukan pada berkas rekam asuhan keperawatan yang terdapat pada catatan medik pasien, bagi pasien yang melakukan rawat inap lebih dari 2 hari , sesuai jumlah sampel untuk masing-masing ruangan. Checklist terdiri dari 23 item pernyataan yang harus diberikan penilainya oleh peneliti dengan 3 alternatif jawaban yaitu : 3 : dilakukan dengan sempurna , 2 : dilakukan tapi kurang sempurna , 1 : tidak dilakukan.

### 3) Pelaksanaan timbang terima tugas

Adalah kegiatan serah terima tugas yang dilakukan oleh perawat pada saat pergantian shift. Cara pengukuran dengan cara observasi menggunakan daftar tilik sesuai prosedur tetap pelaksanaan timbang terima pasien yang berlaku di BRSUD Banjarnegara.

Cara dan skala pengukuran :

Jawaban atau hasil penilaian atas ketiga sub variabel di atas yang terpisah dalam selanjutnya dijumlahkan menjadi skor komposit dan digabungkan menjadi skor hasil kinerja implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). Kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) selanjutnya akan di analisis dengan mengelompokkan menjadi 2 kategori kinerja berdasarkan gambaran univariatnya yaitu dengan merubah variabel berskala interval menjadi variabel berskala nominal dengan cara :

Pengelompokan dilakukan dengan membuat 2 kategori kinerja yaitu berdasarkan hasil uji normalitas data, yang terdiri dari :

Jika distribusi data normal : menggunakan mean

(1) Kinerja baik : mean  $> \pm 1$  SD

(2) Kinerja kurang baik : mean  $< \pm 1$  SD

Jika distribusi data tidak normal : menggunakan titik kuartil Q1 ( nilai dibawah 25 % , Q2 ( nilai dibawah 50%) dan Q3 (nilai dibawah 75%), dengan kategori :

(1) Kinerja baik : total skor  $\geq$  Q2

(2) Kiner kurang baik : total skor  $\leq$  Q2

Skala Pengukuran : nominal

## 7. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

### a. Instrumen penelitian :

Alat pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini berupa :

- 1) Pedoman wawancara mendalam, yang berisi pertanyaan terbuka tentang pelaksanaan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan, yang ditujukan kepada Kepala Ruangan.
- 2) Kuesioner atau wawancara terstruktur yaitu instrumen yang telah dirancang sebelumnya dengan melakukan modifikasi dan penyempurnaan instrumen dari penelitian serupa yang telah dilakukan sebelumnya dan disesuaikan dengan dasar teori yang dikembangkan menjadi indikator.
- 3) Format observasi atau blangko pengamatan yang berupa checklist atau daftar tilik. Dalam penelitian ini format observasi akan digunakan untuk menilai pelaksanaan kegiatan serah terima pasien saat pergantian shift, yang dilakukan oleh perawat pada setiap bangsal.
- 4) Cheklist atau daftar tilik untuk mengukur pendokumentasian asuhan keperawatan.

### b. Uji validitas dan reliabilitas

Dalam penelitian ini telah dilakukan uji validitas di BPRSUD Salatiga yang dilaksanakan pada tanggal 23 sampai 25 April dengan 2007 dengan jumlah responden 30 perawat pelaksana yang bertugas di Instalasi Rawat Inap. Hasil dari uji validitas tersebut adalah dari 41 item pernyataan dari enam variabel terdapat 34 item dinyatakan tidak valid dan tidak digunakan dalam penelitian. Hasil uji validitas instrumen selengkapnya dapat dilihat dari tabel berikut :



Tabel 3.2  
 Nilai koefisien korelasi butir pernyataan pada variabel kompetensi perencanaan Kepala Ruang di BPRSUD Salatiga

No	Butir pernyataan	Koefisien korelasi	Keterangan
1.	Komp perenc 1	0.043	Valid
2.	Komp perenc 2	0.036	Valid
3.	Komp perenc 3	0.0001	Valid
4.	Komp perenc 4	0.030	Valid
5.	Komp perenc 5	0.475	Tidak valid
6.	Komp perenc 6	0.126	Tidak valid
7.	Komp perenc 7	0.241	Tidak valid
8.	Komp perenc 8	0.015	Valid

Tabel 3.3  
 Nilai koefisien korelasi butir pernyataan pada variabel kompetensi pengorganisasian Kepala Ruang di BPRSUD Salatiga

No	Butir pernyataan	Koefisien korelasi	Keterangan
1.	Komp pengorg 1	0.067	Tidak valid
2.	Komp pengorg 2	0.034	Valid
3.	Komp pengorg 3	0.160	Tidak valid
4.	Komp pengorg 4	0.021	Valid
5.	Komp pengorg 5	0.005	Valid
6.	Komp pengorg 6	0.003	Valid
7.	Komp pengorg 7	0.008	Valid
8.	Komp pengorg 8	0.014	Valid
9.	Komp pengorg 9	0.019	Valid

Tabel 3.4  
 Nilai koefisien korelasi butir pernyataan pada variabel kompetensi staffing Kepala Ruang di BPRSUD Salatiga

No	Butir pernyataan	Koefisien korelasi	Keterangan
1.	Komp stafing 1	0.400	Tidak valid
2.	Komp stafing 2	0.010	Valid
3.	Komp stafing 3	0.037	Valid
4.	Komp stafing 4	0.224	Tidak valid
5.	Komp stafing 5	0.001	Valid
6.	Komp stafing 6	0.013	Valid
7.	Komp stafing 7	0.001	Valid
8.	Komp stafing 8	0.003	Valid
9.	Komp stafing 9	0.005	Valid
10.	Komp stafing 10	0.005	Valid

Tabel 3.5  
 Nilai koefisien korelasi butir pernyataan pada variabel kompetensi  
 pengarahan Kepala Ruang di BPRSUD Salatiga

No	Butir pernyataan	Koefisien korelasi	Keterangan
1.	Komp pengarahan 1	0.106	Tidak valid
2.	Komp pengarahan 2	0.038	Valid
3.	Komp pengarahan 3	0.002	Valid
4.	Komp pengarahan 4	0.017	Valid
5.	Komp pengarahan 5	0.004	Valid

Tabel 3.6  
 Nilai koefisien korelasi butir pernyataan pada variabel kompetensi  
 evaluasi Kepala Ruang di BPRSUD Salatiga

No	Butir pernyataan	Koefisien korelasi	Keterangan
1.	Komp evaluasi 1	0.0001	Valid
2.	Komp evaluasi 2	0.003	Valid
3.	Komp evaluasi 3	0.003	Valid
4.	Komp evaluasi 4	0.025	Valid

Tabel 3.7  
 Nilai koefisien korelasi butir pernyataan pada variabel kompetensi  
 pengendalian mutu Kepala Ruang di BPRSUD Salatiga

No	Butir pernyataan	Koefisien korelasi	Keterangan
1.	Komp dalmut 1	0.002	Valid
2.	Komp dalmut 2	0.006	Valid
3.	Komp dalmut 3	0.0001	Valid
4.	Komp dalmut 4	0.008	Valid
5.	Komp dalmut 5	0.0001	Valid
6.	Komp dalmut 6	0.002	Valid

Uji reliabilitas dilakukan bertujuan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Dalam penelitian ini, peneliti menilai sejauhmana konsistensi jawaban responden dalam menjawab pertanyaan dengan menggunakan metode *internal consistency* dengan melihat nilai *koefisien cronbach alpha*, yaitu sebesar 0.721 (>0.6),

c. Cara penelitian

1) Pelaksanaan penelitian pengumpulan data kualitatif :

- a) Wawancara dilakukan pada tanggal 1 s/d 5 Mei 2007 dengan cara peneliti sendiri yang berperan sebagai instrumen dengan melakukan wawancara secara mendalam kepada Kepala Ruang untuk mengidentifikasi tingkat kompetensi. Dalam pelaksanaan wawancara peneliti melakukan beberapa persiapan terlebih dahulu dan memahami etika dalam melakukan wawancara.
- b) Dalam pengambilan data tentang pendokumentasian asuhan keperawatan peneliti menggunakan berkas rekam medis pasien sesuai jumlah sample untuk masing-masing ruangan, selanjutnya peneliti melakukan penilaian terhadap kelengkapan pengisian pendokumentasian dengan menggunakan format penilaian yang terdiri dari pelaksanaan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.
- c) Pengumpulan data tentang kegiatan timbang terima tugas dilakukan dengan cara meminta bantuan praktikan dari mahasiswa yang sedang melakukan praktik klinik keperawatan di Rumah Sakit untuk menilai kegiatan timbang terima tugas dengan melakukan observasi pada saat pergantian dinas dan memberikan penilaian terhadap pelaksanaan tugas tersebut dengan

menggunakan *checklist* atau daftar tilik yang sudah disiapkan dan dijelaskan sebelumnya.

2) Pelaksanaan penelitian pengumpulan data kuantitatif :

Untuk melakukan pengambilan data persepsi perawat tentang kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dilakukan dengan cara meminta bantuan serorang perawat pelaksana untuk masing-masing ruangan, yang sebelumnya telah diberikan penjelasan tentang materi kuesioner maupun teknik pengumpulan datanya, Kegiatan briefing dilakukan pada tanggal 30 April 2007, dan kepada masing-masing penanggung jawab di berikan kuesioner sesuai jumlah sampel ruangan untuk dibagikan kepada perawat pelaksana dan diisi pada saat di luar jam kerja shift pagi pada saat Kepala Ruang tidak ada.

8. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data

a. Teknik pengolahan data

Langkah-langkah yang dilakukan untuk pengolahan data setelah data dapat dikumpulkan adalah sebagai berikut :

1) Editing

Proses editing dilakukan untuk memeriksa kelengkapan, kesalahan dan konsistensi jawaban responden. Kegiatan ini dilakukan pertama kali oleh penanggung jawab kuesioner pada saat menerima pengembalian instrumen sehingga bila terjadi kesalahan dalam menjawab dan kekurangan dalam mengisi

jawaban dapat langsung dilakukan koreksi. Selanjutnya oleh peneliti dilakukan pemeriksaan kembali setelah seluruh kuesioner terkumpul dan kemudian diberikan nomor urut responden.

#### 2) Koding

Koding dilakukan dengan tujuan untuk mempermudah proses pengolahan data, pemberian koding dilakukan oleh peneliti sendiri terhadap setiap item pernyataan dari jawaban responden, dengan memberikan nama untuk setiap item pernyataan dalam setiap aspek kompetensi.

#### 3) Entry data

Pemrosesan data selanjutnya dilakukan dengan cara memasukkan data yang sudah diberi kode tadi ke komputer dengan menggunakan program SPSS 11,5.

#### 4) Tabulasi data

Sebelum dilakukan tabulasi dilakukan kegiatan mengecek kembali data yang sudah dimasukkan, apakah ada missing, melihat variasi data dan konsistensi data dan selanjutnya mengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan dalam tabel sesuai kategori variabel.

### b. Analisis Data

#### *Data kualitatif*

Data kualitatif yang diperoleh dari hasil kegiatan pengumpulan data melalui wawancara mendalam akan dideskripsikan dan dinarasikan, dengan cara *content analysis*, karena responden bersifat homogen jawaban dari responden yang hampir sama atau

mirip satu sama lain direduksi sedangkan data hasil observasi maupun studi dokumentasi akan diubah menjadi data kuantitatif sehingga dapat diolah dan dianalisis secara statistik.

#### *Data Kuantitatif*

Data kuantitatif yang diperoleh dari jawaban responden akan di analisis secara kuantitatif yang dimaksudkan untuk mengolah dan mengorganisasikan serta menemukan hasil yang dapat diinterpretasikan, analisis kuantitatif akan dilakukan dengan metode tertentu, dan dilakukan secara bertahap, yang dimulai dari:

##### 1) Analisis univariat

Dilakukan untuk mendeskripsikan seluruh variable baik variable bebas maupun variabel terikat dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dengan melakukan uji normalitas terlebih dahulu terhadap skore jawaban dari variable yang akan diolah. Dari analisis ini diperoleh gambaran tentang karakteristik responden, proporsi tentang persepsi perawat dan gambaran kinerja perawat dan hasil uji normalitas data.

##### 2) Analisis bivariat (korelasi dan regresi)

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang bertujuan untuk mencari kemaknaan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, untuk masing-masing data variabel dengan melihat hasil tabulasi silang. Untuk mengetahui adanya hubungan antar variabel dilakukan dengan menggunakan uji *chisquare* Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa secara bivariat ternyata hanya terdapat satu variable bebas yang terbukti ada hubungan dengan variable terikat, yaitu variabel persepsi perawat tentang kompetensi evaluasi

yang dimiliki Kepala Ruang, yang kemudian untuk mengetahui adanya pengaruh selanjutnya dilakukan dengan analisis regresi logistik secara bivariat saja dan tidak sampai analisis multivariat karena hanya ada satu variable bebas yang berhubungan dengan variable terikat

#### D. Jadwal Kegiatan Penelitian

Tabel 3.8  
Jadwal Kegiatan Penelitian

NO	WAKTU	KEGIATAN
1.	Bulan Januari 2007	Konsultasi pra proposal
2.	17 Februari 2007	Ujian Pra Proposal
3.	22 Maret 2007	Ujian Proposal
4.	23 - 31 Maret 2007	Revisi Proposal
5.	2 s/d 20 April 2007	Proses Konsultasi
6.	23 – 25 April 2007	Ujicoba instrumen, ijin penelitian
7.	30 April 2007	Briefing kepada responden, pembantu
8.	1 s/d 5 Mei 2007	Pengumpulan data kualitatif
9.	14 -20 Mei 2007	Pengumpulan data kuantitatif
10.	21 Mei - 2 Juni 2007	Pengolahan data
11.	4 s/d 15 Juni 2007	Konsultasi hasil dan pembahasan
12.	16 -17 Juni 2007	Revisi BAB IV
13.	18 Juni 2007	Seminar Hasil
14.	19 Juni 2007	Seminar Tesis
15.	20 Juni -20 Juli 2007	Revisi Tesis

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Penelitian yang dilakukan ini merupakan gabungan dari dua pendekatan, yaitu secara kualitatif dan kuantitatif, sehingga untuk memudahkan dalam hal membaca dan memahami hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk bagan yang merupakan gambaran hasil analisis kompetensi Kepala Ruang secara kualitatif maupun kuantitatif berdasarkan persepsi perawat, dan dilanjutkan dengan analisis faktor penyebab serta pengaruhnya terhadap kinerja perawat.

#### **A. Karakteristik responden**

##### *1. Karakteristik responden : Kepala Ruang*

Dari 10 orang Kepala Ruang 90 % berjenis kelamin wanita. Kepala Ruang senior mempunyai masa kerja selama 26 tahun dan yang paling junior 12 tahun. Berdasarkan latar belakang pendidikan, keseluruhan responden berpendidikan setingkat akademi, yang terdiri dari 2 Akbid dan 8 orang berpendidikan Akper.

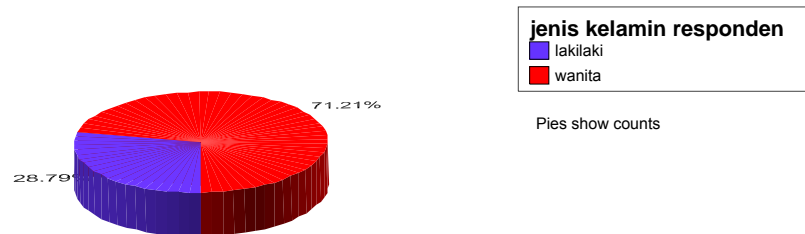
Dilihat dari pangkat dan golongan sebagian besar Kepala Ruang (60 %) berpangkat Penata Muda (III.a), 30 % berpangkat penata muda Tk I (III.b) dan hanya 10% yang berpangkat Penata (III.c). Berdasarkan riwayat pelatihan manajemen pelayanan keperawatan yang telah diikuti, sebagian besar (70%) Kepala Ruang telah mempunyai sertifikat Pelatihan Manajemen Bangsal Perawatan, yang dilakukan pada 4 tahun yang lalu dan sisanya (30% ) belum pernah mengikuti Pelatihan Manajemen Bangsal Perawatan.



## 2. Karakteristik responden : Perawat Pelaksana

Tabel 4.1

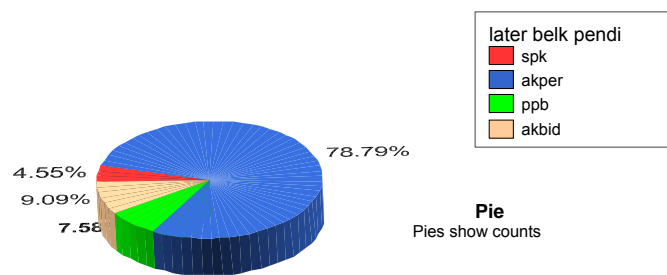
Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari 66 perawat pelaksana yang diteliti, sebagian besar 71,2% berjenis kelamin wanita dan sisanya sebanyak 28,8% berjenis kelamin laki-laki.

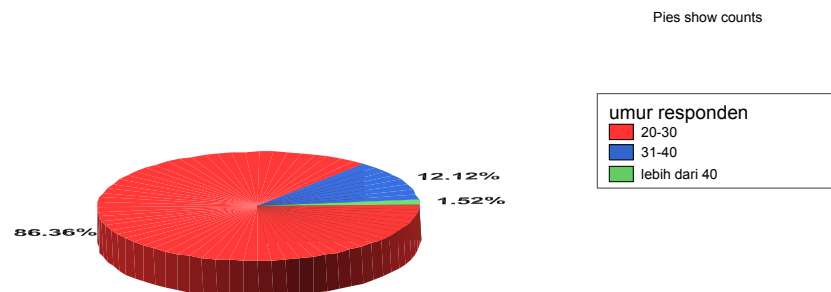
Tabel 4.2

Distribusi frekuensi perawat pelaksana perawat berdasarkan pendidikan



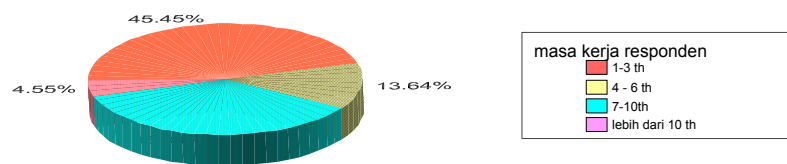
Dari data di atas dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah Akper yaitu sejumlah 78.8%, selebihnya terdiri dari SPK 4,5%, Program pendidikan bidan sebanyak 7,6% dan pendidikan Akademi Kebidanan 9,1%

Tabel 4.3  
Distribusi responden berdasarkan kelompok umur



Dari tabel 4.3 terlihat bahwa distribusi responden berdasarkan kelompok umur, sebagian besar adalah kelompok umur muda (< 30 th) yang merupakan usia produktif sebanyak 86.36% dan sisanya adalah kelompok umur dewasa sebanyak 12,12% dan 1.52% kelompok umur tua.

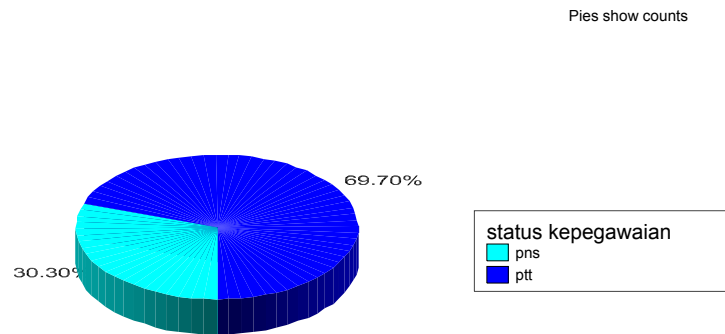
Tabel 4.4  
Distribusi responden berdasarkan masa kerja



Dari tabel 4.4 diketahui bahwa responden dengan jumlah terbanyak adalah tenaga keperawatan junior dengan masa kerja 1-3 tahun, yaitu sebesar 45.5%, sedangkan jumlah perawat senior yang mempunyai masa kerja lebih dari 10 tahun hanya sebanyak

4.5%, perawat dengan masa kerja 4-6 tahun sebanyak 13,6% dan perawat dengan masa kerja 7-10 tahun sebanyak 36.4%

Tabel 4.5  
Distribusi responden berdasarkan status kepegawaian



Sebagian besar perawat pelaksana yang menjadi responden adalah mereka berstatus kepegawaian sebagai Pegawai Tidak Tetap, yaitu sebesar 69.7% dan selebihnya adalah mereka yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, yaitu sebanyak 30.3%

### 3. Kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) :

Tabel 4.6  
Rekapitulasi hasil penilaian kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Instalasi Rawat Inap BRSUD Banjarnegara

Aspek kinerja	Nilai
Profesionalisme dalam pelayanan	51.5
Pendokumentasian aspek	56.1
Serah terima tugas	42.4

## B. Analisis variabel penelitian

### 1. Kompetensi Perencanaan :

Deskripsi hasil wawancara perseorangan tentang perencanaan

#### a. Penggunaan Renstra RS sebagai acuan dalam perencanaan

Karu02	Saya pernah diundang untuk ikut rapat tentang rencana pengembangan gedung rawat inap anak dan paviliun, dan saya mengusulkan perencanaan untuk pengadaan fasilitas kamar.
Karu06	Katanya kita sudah disediakan gedung baru di lantai II khusus bangsal bedah jadi saya sudah siap-siap merencanakan kebutuhan apa saja yang diperlukan.
Karu07	Saya merencanakan akan memisahkan bangsal Menur (post partum) dengan kamar bersalin karena gedung IRNA baru seperinya segera dibangun, saya sudah mengajukan permohonan penambahan tenaganya.
Karu10	Pada waktu rapat akreditasi pernah disinggung kalau RS punya rencana untuk memindahkan ruang perawatan ini di bekas bangsal anak, bersama Kepala Instalasi saya sudah menyusun usulan kebutuhan ruangan dan peralatan yang dibutuhkan, tapi sampai sekarang tidak ada tindak lanjutnya.

#### b. Pemanfaatan data pendukung perencanaan

Untuk kepentingan perencanaan, seluruh Kepala Ruang mengatakan tidak pernah memanfaatkan data pendukung dalam menyusun perencanaan. Alasan yang digunakan agar perencanaan yang diusulkan dapat direalisasikan hanya disampaikan secara lisan karena jumlah pasien meningkat dan untuk memenuhi kebutuhan pasien, kalau perlu pada saat mengajukan permintaan disampaikan bahwa kebutuhan sangat mendesak, karena sangat dibutuhkan pasien.

#### c. Ruang lingkup perencanaan

Karu02	Saya biasanya membuat perencanaan untuk kebutuhan barang, fasilitas, tenaga dan kebutuhan linen, dan untuk rencana pelayanan asuhan keperawatan, saya melakukannya setiap hari setelah dokter visite.
--------	---

## d. Sistem perencanaan

Karu01	Sekarang untuk pengadaan barang ada penanggungjawab kegiatan, kalau saya tahu siapa orangnya saya langsung minta dibelikan sesuai kebutuhan, misal saya butuh tensimeter, saya bisa langsung mengajukan bon ke rekanan alkes yang ada di depan RS.
Karu05	Kalau mengajukan usulan lewat Bidang Pelayanan, kadang malah tidak jelas siapa yang mesti bertanggung jawab, jadi saya langsung menanyakan ke bagian umum.
Karu10	Kadang – kadang kita tidak mengusulkan barang tertentu, tetapi pada saat di gudang ada barang, kita langsung ambil saja.

## e. Koordinasi

Seluruh Kepala Ruang mengatakan tidak rapat koordinasi untuk pembahasan terhadap usulan perencanaan yang telah diajukan.

Penetapan prioritas dalam pengadaan biasanya ada di Bidang Pelayanan dan Kepala Ruang mendapat pemberitahuan setelah barang ada di gudang yang ternyata kadang-kadang kurang sesuai dengan permintaan.

Persepsi perawat tentang kompetensi perencanaan yang dimiliki Ka.Ru

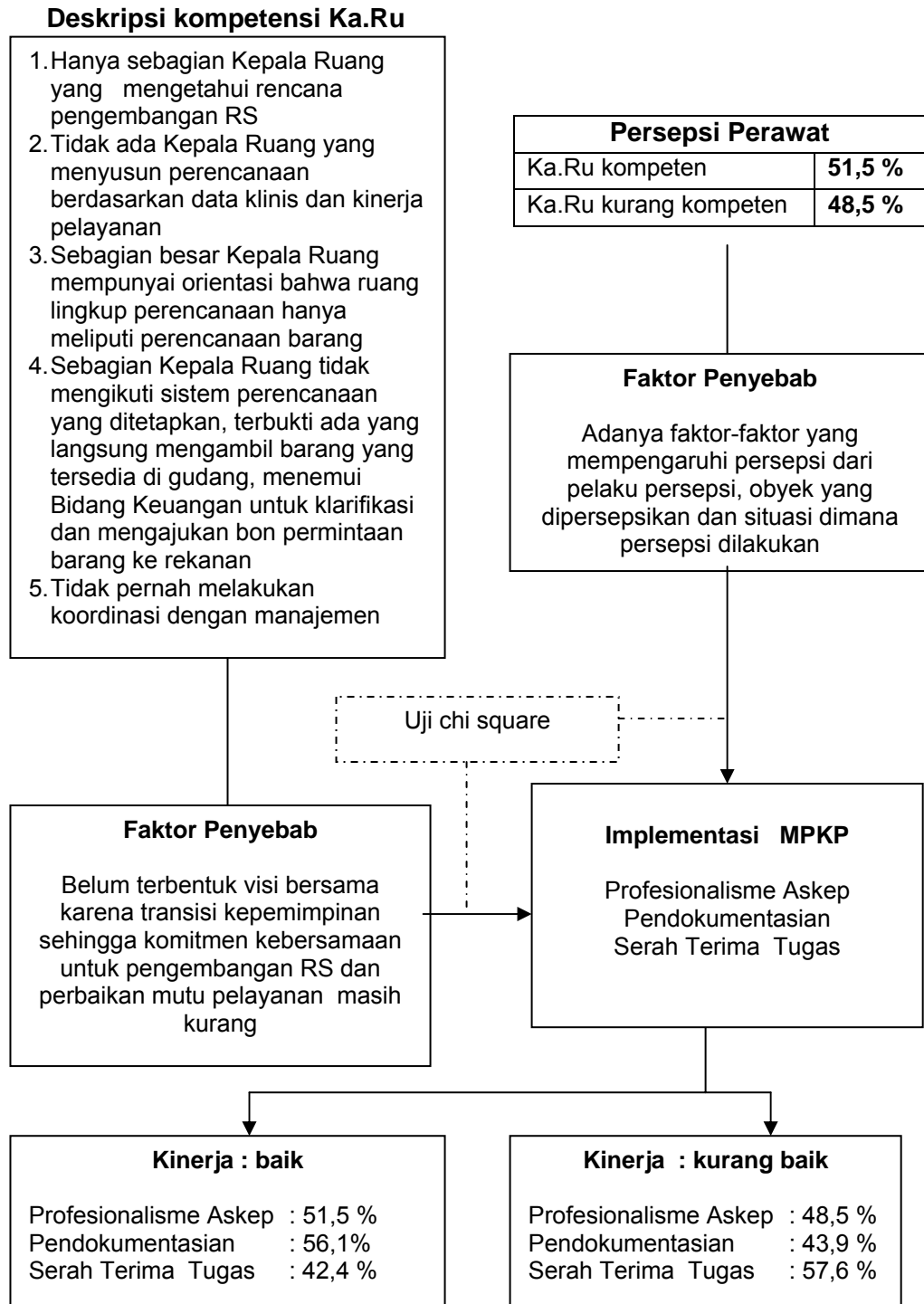
Tabel 4.6 Distribusi frekuensi persepsi perawat tentang kompetensi perencanaan yang dimiliki Kepala Ruang di IRNA BRSUD Banjarnegara

Pelaksanaan SMPK (Perencanaan)	Frekuensi	Persentase(%)
Kompeten	34	51.5
Kurang kompeten	32	48.5
Total	66	100

Dari sebanyak 66 orang responden terdapat 51.5 % perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melaksanakan standar fungsi perencanaan dan 48.5 % mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melaksanakan standar fungsi perencanaan.

Gambar. 4.1

Bagan analisis kompetensi perencanaan yang dimiliki Kepala Ruang dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)



Dengan melihat dan mencermati bagan analisis tersebut dapat diketahui bahwa persepsi perawat tentang kompetensi perencanaan yang dimiliki oleh Kepala Ruang berbeda-beda, hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa sebab, seperti pendapat Robbin (2001) yang menyatakan bahwa persepsi merupakan penafsiran realitas dan masing-masing orang dapat memandang realitas tersebut dari sudut pandang yang berbeda-beda. Perbedaan perspektif tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang bekerja untuk membentuk dan dapat memutarbalikan persepsi seseorang yang dapat berasal dari pelaku persepsi (pemersepsi) yang terdiri dari sikap, motivasi, kepentingan, pengalaman dan pengharapan, faktor situasi di mana persepsi dilakukan, seperti : waktu, keadaan atau tempat kerja dan keadaan social serta faktor obyek atau target yang dipersepsikan, misalnya hal baru, gerakan, bunyi, ukuran , latar belakang dan kedekatan. <sup>(22)</sup>

Dalam penelitian ini persepsi perawat bisa tidak sesuai dengan kondisi tingkat kompetensi Kepala Ruang karena perawat sebagai responden berstatus sebagai bawahan yang mempunyai rasa kedekatan, dari subyek penelitian dan obyek yang dipersepsikan adalah sebuah fenomena sensitif yaitu kemampuan atasannya sehingga kemungkinan ada rasa sungkan dalam memberikan penilaian. Dilihat dari faktor situasi saat melakukan penilaian, dapat mempengaruhi hasil penilaian ketika perawat memberikan nilai pada saat jam kerja di mana perawat dan Kepala Ruang berada pada satu tempat.

Dari hasil analisis data kualitatif tentang kompetensi perencanaan yang dimiliki oleh Kepala Ruang terlihat bahwa pengetahuan Kepala Ruang tentang perencanaan masih rendah dan belum menyeluruh, hal ini ditunjukkan dengan tidak adanya dokumen perencanaan di masing-masing ruangan, kegiatan perencanaan tidak berdasarkan kegiatan klinis dan lebih bersifat rutinitas dan responsif terhadap permintaan dari manajemen serta adanya

pengertian bahwa yang dimaksud dengan perencanaan adalah hanya meliputi perencanaan barang. Berdasarkan karakteristik responden menunjukkan bahwa riwayat pelatihan manajemen telah berlalu 4 tahun yang lalu, sehingga kemampuan untuk mengingat materi tentang perencanaan ruangan dapat terlupa, apalagi didukung dengan riwayat masa kerja untuk beberapa Kepala Ruang yang sudah cukup senior dapat menyebabkan kurangnya motivasi untuk belajar, sehingga tidak dapat menyesuaikan dengan perkembangan arus informasi yang begitu cepat, yang pada akhirnya tidak mempunyai gagasan masa depan untuk perkembangan pribadi maupun organisasi.

Moekijat (2002) menyatakan bahwa kemauan seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan dapat dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari luar maupun dari dalam seperti yang disampaikan oleh Herzberg dalam teori motivasinya, bahwa ada dua jenis faktor yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan. Dua faktor itu disebutnya faktor *higiene* (faktor ekstrinsik) dan faktor *motivator* (faktor intrinsik). Faktor *higiene* memotivasi seseorang untuk keluar dari ketidakpuasan, termasuk di dalamnya adalah kebijakan dan administrasi, supervisi, kondisi kerja, hubungan antar manusia, imbalan, kondisi lingkungan, dan keamanan (faktor ekstrinsik), sedangkan faktor *motivator* memotivasi seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan, yang termasuk di dalamnya adalah prestasi / *achievement*, pengakuan, pekerjaan yang menantang, tanggung jawab yang bertambah serta kemajuan tingkat kehidupan.<sup>(30)</sup>

Menurut Nurachmah (2000) seorang manajer keperawatan harus memiliki beberapa kompetensi agar pelaksanaan pekerjaannya dapat berhasil yaitu : kemampuan menerapkan pengetahuan, ketrampilan kepemimpinan, dan kemampuan melaksanakan fungsi manajemen, dan



sejalan dengan pendapat Gibson (1996) dalam teori sifat kepemimpinan ditemukan sejumlah ciri individu yang dapat menjadi pemimpin yang efektif yang berdasarkan riset dapat diidentifikasi adalah adanya ciri-ciri intelektual, emosional, fisik dan ciri pribadi lain., hal ini menunjukkan bahwa pemimpin lebih cerdas dari pengikutnya. Kepala Ruang sebagai manajer lini langsung memimpin perawat dalam pemberian asuhan keperawatan sudah sepantasnya mempunyai kemampuan intelektual yang lebih tinggi dari perawatnya. Melihat karakteristik responden dapat disimpulkan bahwa kemampuan intelektual dari Kepala Ruang sepadan dengan kebanyakan responden perawat karena secara pendidikan formal mempunyai tingkat pendidikan yang setara yaitu setingkat Akademi.

Dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa dalam hal melaksanakan fungsi perencanaan Kepala Ruang tidak pernah melakukan koordinasi dengan pihak terkait, khususnya pihak manajemen, kondisi ini sangat terasa ketika peneliti mencoba masuk dalam lingkungan setiap bidang di mana rasa kebersamaan untuk memikirkan kemajuan Rumah Sakit mulai luntur akibat belum jelasnya pola manajemen yang diterapkan oleh pimpinan akibat adanya masa transisi kepemimpinan beberapa waktu yang lalu, yang dapat menjadi faktor penyebab kurang efektifnya fungsi-fungsi manajemen, hal ini sejalan dengan apa yang disampaikan oleh Dharma (2005) untuk mengembangkan manajemen kinerja terdapat faktor-faktor lingkungan yang harus diperhatikan yaitu : budaya organisasi, nilai dasar, gaya manajemen dan struktur organisasi yang ada.<sup>(17)</sup>

Perubahan sistem pengelolaan Rumah Sakit yang terjadi saat ini menuju ke arah konsep manajerialisme, dalam konteks Rumah Sakit peran para manajer ( yang tidak langsung melakukan pelayanan medik) semakin meningkat, karena mempunyai peranan yang sangat penting dalam

merencanakan, melaksanakan dan mengawasi jalannya kegiatan, hal ini tentunya mempunyai konsekuensi bahwa harus tersedia sumberdaya manusia yang mempunyai dasar keilmuan dan wawasan tentang kesehatan dan perumahnya. <sup>(31)</sup> Seiring dengan adanya momentum pergantian direksi dan beberapa perubahan di lingkungan eksternal, menuntut BRSUD Banjarnegara untuk melakukan adaptasi dengan menggunakan pendekatan manajemen strategis. Secara lengkap konsep manajemen strategis dapat dibagi menjadi beberapa bagian yang berurutan, yang meliputi : analisis perubahan, persiapan penyusunan, diagnosis kelembagaan dan analisis situasi, formulasi strategi, pelaksanaan strategi dan pengendalian strategi.

Manajemen strategi bagi BRSUD Banjarnegara belum begitu dirasakan dan diperhatikan manfaatnya, hal ini terlihat pada rendahnya komitmen sumber daya manusia yang ada dalam melaksanakan kegiatan pengembangan Rumah Sakit, sehingga kondisi Rumah Sakit ini terkesan berada pada posisi berjalan dengan apa adanya. Salah satu langkah penting dalam manajemen strategi adalah melakukan diagnosis Rumah Sakit, beberapa hal penting yang harus diperhatikan adalah keterkaitan antara visi, mis, analisis eksternal dan internal serta isu-isu pengembangan. Keterlibatan sumber daya manusia merupakan hal yang penting dalam mengelola perubahan, semangat untuk melakukan perubahan apabila terdapat sekelompok orang yang dipimpin oleh Direktur untuk menyusun rencana strategi dan mengembangkan indikator keberhasilan. Proses penyusunan ini hendaknya bukan hanya untuk kepentingan formalitas dalam penilaian akreditasi, tetapi benar-benar untuk menentukan strategi yang tepat mengelola Rumah Sakit, untuk itu diperlukan budaya organisasi yang kuat. Konsep perubahan budaya ke arah budaya organisasi merupakan hal yang

tidak mudah untuk dilaksanakan, tetapi harus mulai dipersiapkan dengan cara menumbuhkan budaya kerja yang bertumpu pada kompetensi dan kinerja. <sup>(31)</sup>

Berkaitan dengan adanya PP no 23 / 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum istilah Renstra berubah menjadi Rencana Bisnis dan Anggaran BLU, yang selanjutnya disebut RBA, adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran suatu BLU, dengan kondisi di mana Kepala Ruang tidak mempunyai pengetahuan dan kemampuan tentang perencanaan Rumah Sakit secara umum maupun perencanaan bangsal, maka partisipasi dan kegiatan perencanaan yang dilakukan bisa menjadi salah arah atau tidak efektif, apalagi ke depan untuk ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum, maka rencana bisnis harus berbasis klinis, ini artinya tanpa adanya sosialisasi dan komunikasi yang baik dari manajemen dan manajer operasional yang langsung bekerja di klinik (pelayanan pasien) maka dapat dipastikan bahwa akuntabilitas RS masih rendah.

Dari hasil uji statistik yang dilakukan dapat diketahui bahwa pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal perencanaan, maka banyaknya perawat yang menunjukkan kinerja implementasi MPKP dengan baik sebesar 41,2% (lebih kecil) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melakukan perencanaan 58.8%, sedangkan pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam hal perencanaan, maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan kurang baik sebesar 43.8 % (lebih kecil) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melakukan perencanaan 56.2%. Berdasarkan uji *chi square* yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 0.957$  dengan  $p = 0.328$  ( $> 0.05$ ) sehingga

dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal perencanaan tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat dalam mengimplementasi MPKP, atau dapat disimpulkan bahwa pada perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam perencanaan belum tentu mereka mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan baik, dan sebaliknya pada perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam perencanaan belum tentu mereka mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan kurang baik. Dari hasil analisis statistik tersebut menunjukkan bahwa implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) oleh perawat pelaksana tidak berhubungan dengan kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan perencanaan, hal ini dapat disebabkan oleh adanya faktor motivasi instrumental, yaitu penilaian tentang apa yang akan terjadi jika berhasil dalam melakukan suatu tugas (keberhasilan tugas untuk mendapatkan outcome tertentu), di mana pada responden yang sebagian besar adalah perawat PPT mempunyai harapan akan dapat menjadi PNS, sehingga tidak terpengaruh oleh kemampuan atasannya dalam melaksanakan standar manajemen.

Menurut Vroom, untuk memperoleh kinerja yang baik dipengaruhi oleh tinggi rendahnya motivasi seseorang yang ditentukan oleh tiga komponen, yaitu: ekspektasi (harapan) keberhasilan pada suatu tugas, Instrumentalis, atau penilaian tentang apa yang akan terjadi jika berhasil dalam melakukan suatu tugas (keberhasilan tugas untuk mendapatkan outcome tertentu dan valensi, yaitu respon terhadap outcome seperti perasaan positif, netral, atau negatif. Motivasi tinggi jika usaha menghasilkan sesuatu yang melebihi harapan. Motivasi rendah jika usahanya menghasilkan kurang dari yang diharapkan<sup>(30)</sup>.

Dalam hasil penelitian ini diketahui sebagian pegawai yang menunjukkan kinerja yang baik dalam implementasi MPKP adalah mereka yang mempunyai motivasi untuk memenuhi kebutuhan akan prestasi, hal ini sesuai dengan karakteristik responden perawat yang menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana yang menjadi responden adalah mereka berstatus kepegawaian sebagai Pegawai Tidak Tetap, yaitu sebesar 69.7% dan selebihnya adalah mereka yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, yaitu sebanyak 30.3%. Status sebagai PTT inilah yang dapat memelihara motivasi perawat dalam bekerja sehingga menghasilkan kinerja yang baik karena mereka mempunyai harapan untuk dapat diangkat sebagai Pegawai Negeri Sipil, walaupun masih terdapat perawat PTT yang mempunyai kinerja kurang baik, Armstrong (1994) pernah memperkirakan bahwa dalam setiap organisasi rata-rata terdapat 10-35% dari para karyawan mempunyai kinerja yang buruk. Kinerja yang buruk tersebut dapat disebabkan akibat kepemimpinan yang buruk, manajemen yang buruk atau sistem kerja yang salah. <sup>(17)</sup>

## **2. Kompetensi Pengorganisasian**

Deskripsi hasil wawancara perseorangan dengan Kepala Ruang

### a. Pembentukan struktur organisasi ruang

Karu07	Struktur organisasi telah disusun dan ditetapkan tapi pelaksanaannya belum sesuai, apalagi belum lama ini ada mutasi perawat dan butuh masa adaptasi karena sebagian berasal dari Puskesmas
--------	---

### b. Metode penugasan

Karu05	Sebenarnya saya belum lama dikirim untuk mengikuti workshop implementasi MPKP di Jakarta, tetapi dalam memberikan askep masih belum memakai metode penugasan karena saya lihat bangsal lain juga tidak melakukannya.
Karu08	Berhubung tidak ada lagi pengawasan dari atas, kami tidak memakai metode penugasan, pekerjaan kita lakukan secara serabutan yang penting pada saat pergantian tugas, pekerjaan selesai.

Karu09	Di ruangan kami menggunakan metode penugasan yang "bukan-bukan" tim bukan, primer juga bukan. Tetapi lebih cenderung ke fungsional karena masing-masing perawat saya beri tugas untuk melaksanakan tugas-tugas tertentu saja yang menjadi tanggungjawabnya, seperti menyuntik, ganti balut, vital sign dll.
--------	---

c. Pendelegasian

Karu05	Kalau visite dokter saya harus melakukannya sendiri, karena dokternya tidak mau kalau perawat lain yang mengikuti visite tanpa ada saya.
Karu08	Kalau memang sedang tidak sibuk saya masih sering melakukan pekerjaan pelayanan sendiri, walaupun ada perawat lain yang sedang bertugas. Saya lebih senang melayani pasien daripada harus menyelesaikan tugas-tugas administrasi.
Karu09	Saya jarang menyuruh-nyuruh staf untuk melakukan pekerjaan, biarlah mereka bekerja dengan kesadarannya sendiri, selagi saya bisa saya akan melakukannya sendiri.

d. Pengelolaan linen

Karu02	Bagian Sanitasi sebenarnya sudah membuat format serah terima cucian bersih dan kotor, tetapi dalam pelaksanaan ternyata tidak dapat berjalan dengan baik, karena seringkali petugas sanitasi tidak ada di tempat.
Karu04	Para perawat sudah saya beritahu agar melakukan pencatatan inventaris dengan tertib, tetapi ternyata sudah beberapa bulan ini tidak dilakukan, dan saya baru lihat bukunya, banyak yang kosong tidak terisi.

e. Pengelolaan alat kesehatan

Karu01	Pokoknya kalau ada alat yang rusak saya langsung lapor ke bagian elektromedik, masalah perawatan juga menjadi urusan mereka bukan urusan saya.
Karu04	Saya sudah pernah mengajukan set ganti balut, tetapi sudah lama sekali tak ada kabar berita, pada hal di ruangan alat yang ada sangat terbatas dan sudah usang.
Karu09	Untuk mengukur vital sign dengan jumlah pasien 8-10 pasien saya hanya punya 2 termometer, yang dipakai bergantian, dulunya berjumlah 10 tetapi mungkin ada yang hilang atau pecah.

f. Pengelolaan obat

Seluruh Kepala Ruang yang diwawancarai mengatakan bahwa dalam penengelolaan obat pasien, semua obat –obatan milik pasien ada di ruang petugas dan apabila ada kelebihan obat pada

saat pasien dinyatakan boleh pulang maka obat oral diberikan kepada pasien, sedang obat injeksi dan cairan dikembalikan ke apotik.

g. Serah terima pasien

Karu02	Kalau kita melakukan operan keliling sepertinya pasiennya memang lebih senang, tetapi kenapa sekarang kita jadi malas melakukannya. Dulu saat operan kadang diikuti oleh Kal. IRNA atau Sub Bid Kperawatan, sekarang tidak pernah lagi jadi tidak dijalankan lagi.
Karu10	Untuk operan kita tidak keliling satu persatu ke pasien, karena dari tempat tugas kita, semua pasien bisa terlihat.

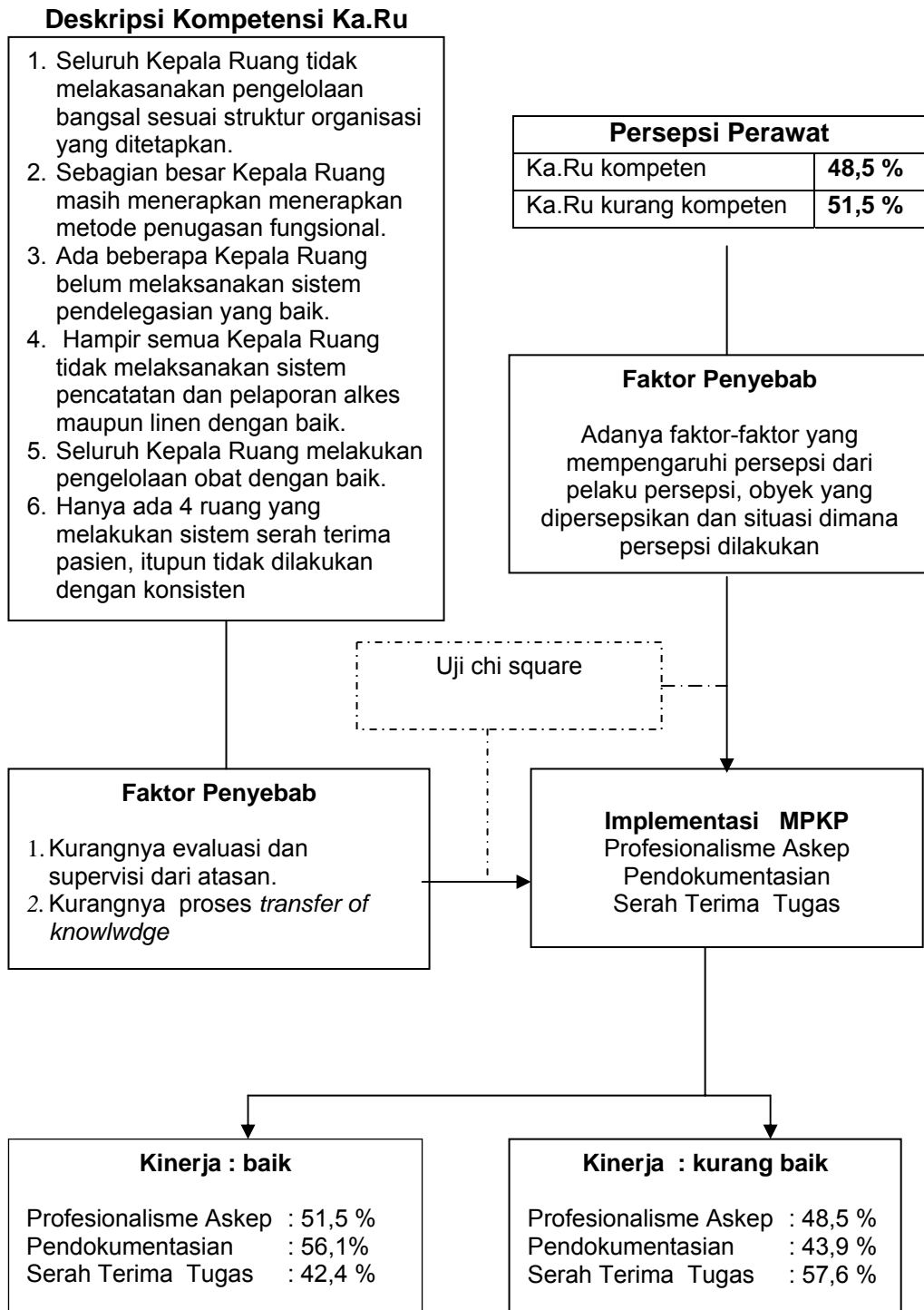
Persepsi perawat tentang kompetensi pengorganisasian

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi persepsi perawat tentang kompetensi pengorganisasian yang dimiliki Kepala Ruang di IRNA BRSUD Banjarnegara

Pelaksanaan SMPK (Perencanaan)	Frekuensi	Persentase(%)
Kompeten	32	48.4
Kurang kompeten	34	51.5
Total	66	100

Gambar. 4.2

Bagan analisis kompetensi pengorganisasian yang dimiliki Kepala Ruang dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)





Dari bagan analisis kompetensi Kepala Ruang dalam melakukan pengorganisasian ruangan dapat diketahui bahwa sebagian besar fungsi belum dapat dilaksanakan dengan baik, hal ini sesuai dengan hasil persepsi perawat tentang kompetensi pengorganisasian yang dimiliki Kepala Ruang yang menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam pengorganisasian adalah sebesar 48,5 %.

Pengorganisasian dalam manajemen keperawatan sebenarnya mempunyai banyak aktivitas penting, antara lain mengatur bagaimana asuhan keperawatan dikelola secara efektif dan efisien untuk sejumlah pasien di sebuah ruang rawat inap dengan jumlah tenaga keperawatan dan fasilitas yang tersedia. Tujuan dari pengorganisasian adalah untuk mempermudah pelaksanaan tugas dengan cara membagikannya kepada tenaga perawat maupun non perawat dan mempermudah pengawasan, tetapi sayang ternyata fungsi tersebut belum didukung oleh sistem yang berjalan di BRSUD Banjarnegara.

Pengorganisasian adalah pengaturan sumber daya melalui integrasi dan koordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan secara efektif dan efisien. Menurut Handoko (1998), pengorganisasian dalam manajemen adalah penentuan sumber daya - sumber daya dan kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi, perencanaan dan pengembangan suatu organisasi atau kelompok kerja yang akan dapat membawa hal-hal tersebut ke arah tujuan, penugasan tanggung jawab tertentu dan pendelegasian wewenang yang diperlukan kepada individu-individu untuk melaksanakan tugas-tugasnya. Fungsi pengorganisasian menciptakan struktur formal di mana pekerjaan ditetapkan, dibagi dan dikoordinasikan. Manajer perlu mempunyai kemampuan untuk mengembangkan dan kemudian memimpin

tipe organisasi yang sesuai dengan tujuan, rencana dan program yang telah ditetapkan.

Dalam hal pengelolaan pelayanan asuhan keperawatan, untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan diperlukan supervisi. Supervisi keperawatan adalah proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan, Kegiatan supervisi adalah merupakan salah satu fungsi pokok yang harus dikerjakan oleh manajer keperawatan dari level rendah sampai tertinggi. Apabila fungsi ini tidak dilakukan maka tujuan keperawatan tidak akan tercapai. Dalam hal pelaksanaan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan di BRSUD Banjarnegara yang bertindak sebagai supervisi adalah Kasubid Keperawatan dan Kepala Instalasi Rawat Inap. Dari hasil wawancara menunjukkan, karena tidak adanya kegiatan supervisi yang intensif, seluruh Kepala Ruang tidak melaksanakan standar yang seharusnya dilaksanakan. Kegagalan kegiatan supervisi ini dapat menimbulkan kesenjangan dalam pelayanan akibatnya Kepala Ruang mengambil keputusan untuk melakukan sesuatu tanpa adanya penilaian terlebih dahulu sehingga kualitas manajerial menjadi kurang.

Menurut Sumijatun (1996) kompetensi Kepala Ruang identik dengan tuntutan sebagai supervisor yang mengacu pada model American Management Association, sedangkan menurut Gillies(1989) fungsi Kepala Ruang meliputi empat area penting yaitu area personil, area lingkungan dan peralatan, asuhan keperawatan dan area pengembangan. Struktur organisasi ruangan merupakan area asuhan keperawatan yang seharusnya mendapatkan supervisi yang intensif karean berkaitan langsung dengan cara bagaimana pelayanan diorganisasikan dan dilakukan dengan pembagian kerja yang jelas. <sup>(32)</sup>

Selain kegiatan supervisi untuk melakukan manajemen mutu kegiatan lain yang dapat dilakukan adalah menilai keberhasilan tindakan yang telah dilakukan. Apabila fungsi ini tidak dilakukan maka siklus perbaikan mutu tidak akan terjadi, karena tidak ada proses umpan balik dari manajer tingkat tinggi. Menurut Timpe apabila kegiatan evaluasi ini dilakukan dengan baik maka akan mempunyai manfaat yang besar bagi Kepala Ruang, yaitu menghilangkan kekhawatiran tentang kinerja dan jaminan pekerjaan mereka, membantu para Kepala Ruang untuk berprestasi dan memperbaiki kinerjanya dan dapat memberikan dokumentasi yang sistematis bila terjadi pemecatan.<sup>(33)</sup>

Hoffart dan Woods (1996), mendefinisikan Model Praktik Keperawatan Profesional sebagai sebuah sistem yang meliputi struktur, proses, dan nilai profesional yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan dan mengatur lingkungan untuk menunjang asuhan keperawatan. Model Praktik Keperawatan Profesional di BRSUD Banjarnegara mulai diperkenalkan sejak tahun 2003. Model Praktik Keperawatan Profesional menjadi salah satu materi pokok dan tujuan khusus yang harus dicapai dalam Pelatihan Manajemen Bangsal Perawatan di mana setiap Kepala Ruang yang telah mengikuti pelatihan tersebut mestinya terjadi *transfer of knowledge* dari Kepala Ruang sehingga sudah dapat mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional dengan baik, salah satunya keberhasilannya diukur dari pelaksanaan fungsi pengorganisasian ruangan.

Dari informasi tentang karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar Kepala Ruang telah mengikuti pelatihan 4 tahun yang lalu, sehingga dampak pelatihan kurang dapat dirasakan lagi, seiring dengan menurunnya tingkat keberhasilan pembelajaran seseorang, kondisi ini

didukung oleh data yang menunjukkan bahwa sebanyak 45.5% responden mempunyai masa kerja 1-3 tahun dan tidak adanya bukti pelaksanaan kegiatan sosialisasi / refreshing tentang Model Praktik Keperawatan Profesional oleh Sub Bidang Diklat maupun Sub Bidang Keperawatan pada 2 tahun terakhir (2006-2007), hal ini dapat menyebabkan kurangnya partisipasi dari para pelaksana keperawatan karena tidak terjadi *transfer of knowledge* dari para perawat senior maupun Kepala Ruang, yang berkaitan dengan tata laksana dan pengorganisasian bangsal.

Dari hasil tabulasi silang dan uji korelasi dapat diketahui bahwa pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal pengorganisasian, maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan baik sebesar 44.1% (lebih kecil) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melakukan pengorganisasian 55,9%, sedangkan pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam hal pengorganisasian, maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi dengan kurang baik sebesar 40.6 % (lebih kecil) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melakukan pengorganisasian (59.4%). Berdasarkan uji chi square yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 0.986$  dengan  $p = 0.321$  ( $> 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal pengorganisasian tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan implementasi MPKP yang dilakukan oleh perawat.

Kemungkinan lain dapat disebabkan karena kurangnya sosialisasi tentang pemberlakuan Model Praktik Keperawatan Profesional pada perawat-perawat baru pada saat menjalani masa orientasi, sehingga mereka belum memahami dan melaksanakan prinsip-prinsip Praktik Keperawatan

Profesional. Orientasi merupakan teknik yang lumrah digunakan untuk mengenalkan pegawai pada lingkungan kerjanya yang baru. Siagian (2001) menyebutkan bahwa program orientasi akan efektif meningkatkan kinerja pegawai apabila dilakukan dengan menggunakan pendekatan formal dan non formal, dan mencakup empat hal utama yaitu berbagai aspek kehidupan organisasi, keuntungan bagi pegawai, pengenalan dan aspek tugas. Penyelenggaraan program orientasi perlu melibatkan dua pihak yaitu unit yang mengurus tentang sumber daya manusia dan para manajer langsung dari pegawai baru.

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari responden yang merupakan perawat baru, disampaikan bahwa mereka tidak dibekali tentang materi Model Praktik Keperawatan Profesional pada saat orientasi dan kurangnya *transfer of knowledge* dari perawat lama ke perawat baru. Transfer pengetahuan adalah hal yang sangat penting dilakukan oleh perawat senior kepada perawat junior sehingga terjamin konsistensi mutu pelayanan keperawatan yang diberikan. Transfer pengetahuan ini merupakan salah satu upaya pengembangan pegawai yang akan bermanfaat untuk : peningkatan produktivitas, terwujudnya hubungan serasi antara atasa dan bawahan, terjadinya proses pengambilan keputusan yang lebih cepat, meningkatkan semangat kerja, mendorong sikap keterbukaan, memperlancar komunikasi dan pengelolaan konflik yang lebih efektif. <sup>(33)</sup>

#### 4. Kompetensi Stafing

Deskripsi hasil wawancara mendalam

a. Analisis kebutuhan tenaga :

Karu02	Untuk menghitung kebutuhan tenaga tidak usah memakai rumus yang rumit-rumit yang penting setiap shift ada perawatnya 2 atau 3 orang sudah cukup.
Karu07	Dulu pernah dilakukan penghitungan tenaga dengan menghitung jam efektif dan klasifikasi pasien, tetapi kalau disuruh menghitung sendiri dengan cara tersebut saya mesti tidak bisa, biar dibuat oleh Keperawatan saja kita terima jadi
Karu09	Saya paling pusing kalau disuruh hitung-hitung tenaga memakai rumus, kecuali jika dilakukan bersama-sama.

b. Seleksi pegawai baru

Sebagian Kepala Ruang mengatakan pernah menjadi anggota Tim seleksi perawat baru, dengan melakukan tes wawancara dan ketrampilan tetapi sebagian belum pernah menjadi anggota tim seleksi pegawai.

Karu04	Tim seleksi perawatan biasanya disertai tugas untuk membuat soal tertulis, melakukan wawancara dan uji kompetensi teknis dengan melakukan perasat.
--------	--

c. Pengelolaan program orientasi pegawai

Karu04	Minggu yang lalu saya menerima perawat baru pindahan dari Puskesmas, saya jadwalkan untuk sementara dinas pagi dan langsung mengikuti kegiatan rutin ruangan, saya sampaikan kalau menemukan masalah dalam pekerjaan saya sampaikan untuk lapor pada saya.
Karu07	Saya inginnya dari manajemen perawat baru sudah dibekali dulu dengan kebijakan umum tentang perawatan, masak kemarin ada perawat baru sudah orientasi di salah satu ruangan tetapi belum dapat melakukan pendokumentasian askep.

d. Penyusunan jadual dinas

Dalam hal penyusunan jadual dinas semua responden prosedur penyusunan jadual sudah dilakukan dengan baik.

## e. Mobilisasi staf

Karu03	Pemindahan perawat ke tempat kerja yang baru biasanya melalui rapat koordinasi dengan para Kepala Ruang dengan memperhatikan kecukupan jumlah tenaga untuk masing-masing ruangan.
Karu10	Saya akan mempertahankan perawat yang menurut saya mempunyai potensi untuk kemahiran tertentu dan akan mengkomunikasikan dengan Keperawatan apabila akan ada mutasi.

## f. Pengelolaan konflik

Karu01	Saya akan bertemu empat dengan yang bersangkutan dan akan saya tanyakan duduk permasalahannya.
Karu05	Saya lakukan klarifikasi dulu apabila saya mendengar atau merasakan adanya konflik, biasanya saya akan panggil partner dinasnya dan saya tanyakan kepada mereka masalah yang terjadi.
Karu06	Ada salah satu staf saya yang sudah lama sebenarnya menjadi masalah bagi teman sekerjanya, sudah saya dekati dari hati ke hati dan melalui keluarganya, tetapi yang bersangkutan masih saja melakukan hal yang tidak saya harapkan, di luar jam dinas. Pada akhirnya saya bersikap membaikkan masalah itu berlalu, selama yang bersangkutan masih menjalankan tugasnya dengan baik pada saat dinas.

## g. Penilaian kinerja

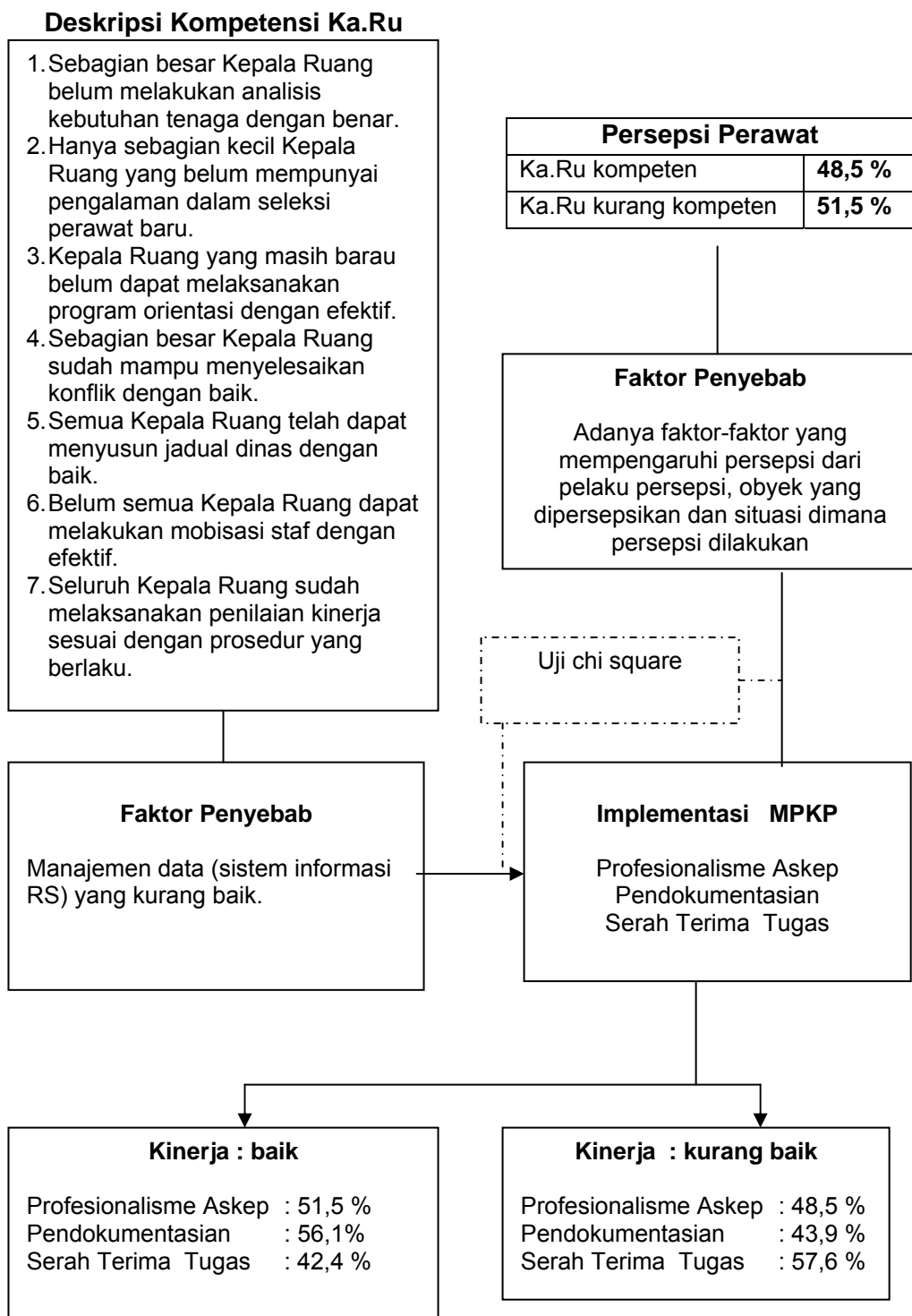
Kemampuan Kepala Ruang dalam melakukan penilaian kinerja, secara umum sudah sesuai dengan prosedur yang ada, yaitu dengan melakukan penilaian dengan format yang telah disediakan, baik perawat PNS maupun PTT.

## Persepsi perawat tentang kompetensi stafing

Tabel 4.8 Distribusi frekuensi Persepsi perawat tentang kompetensi stafing yang dimiliki Kepala Ruang di IRNA BRSUD Banjarnegara

Pelaksanaan SMPK (Perencanaan)	Frekuensi	Persentase(%)
Kompeten	32	48.4
Kurang kompeten	34	51.5
Total	66	100

Gambar. 4.3  
Bagan analisis kompetensi stafing yang dimiliki Kepala Ruang dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)





Tidak tersedianya data yang mendukung kegiatan analisis kebutuhan tenaga keperawatan merupakan faktor ekstrinsik yang berasal dari aspek administrasi dan sistem informasi yang mengakibatkan Kepala Ruang tidak pernah melakukan perhitungan kebutuhan tenaga dengan benar. Kondisi ini didukung dengan manajemen data yang masih kurang baik yang ada di BRSUD Banjarnegara, di mana untuk data – data yang diperlukan tersebut bidang keperawatan tidak secara otomatis mendapatkan data dari bagian lain ( Sub Bidang Perencanaan ataupun Sub Bidang Rekam Medis) dan data mentah yang didapatkan seringkali belum dapat diolah menjadi informasi yang berguna bagi keperawatan dalam menganalisis kebutuhan tenaga perawat.

Moekijat (2002) menyatakan bahwa kemauan seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan dapat dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari luar maupun dari dalam seperti yang disampaikan oleh Herzberg dalam teori motivasinya, bahwa ada dua jenis faktor yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan. Dua faktor itu disebutnya faktor *higiene* (faktor ekstrinsik) dan faktor *motivator* (faktor intrinsik). Faktor *higiene* memotivasi seseorang untuk keluar dari ketidakpuasan, termasuk di dalamnya adalah kebijakan dan administrasi, supervisi, kondisi kerja, hubungan antar manusia, imbalan, kondisi lingkungan, dan keamanan (faktor ekstrinsik), sedangkan faktor *motivator* memotivasi seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan, yang termasuk didalamnya adalah prestasi / *achievement*, pengakuan, pekerjaan yang menantang, tanggung jawab yang bertambah serta kemajuan tingkat kehidupan.

Dalam hasil penelitian ini diketahui sebagian pegawai yang menunjukkan kinerja yang baik dalam implementasi MPKP adalah mereka yang mempunyai motivasi untuk memenuhi kebutuhan akan prestasi, hal ini sesuai dengan karakteristik responden perawat yang menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana yang menjadi responden adalah mereka berstatus kepegawaian sebagai Pegawai Tidak Tetap, yaitu sebesar 69.7% dan selebihnya adalah mereka yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, yaitu sebanyak 30.3%. Status sebagai PTT inilah yang dapat memelihara motivasi perawat dalam bekerja sehingga menghasilkan kinerja yang yang baik karena mereka mempunyai harapan untuk dapat diangkat sebagai Pegawai Negeri Sipil. Ketidakpuasan terhadap kebijakan penempatan pegawai yang kurang rasional pasca Pilkada pada tahun 2006 memunculkan fenomena baru dalam penempatan pegawai di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Banjarnegara, termasuk di BRSUD Banjarnegara. Banyak terjadi penempatan pegawai yang tidak berbasis kompetensi dan tidak melihat kompetensi teknis yang dimiliki oleh seorang pegawai, di mana terjadi mutasi besar-besaran tenaga perawat dan bidan beramai-ramai dipindah ke Puskesmas dengan alasan politis maupun kebijakan pemisahan hubungan keluarga dalam satu instansi. Kebijakan ini sangat merugikan keperawatan karena beberapa tenaga teknis yang telah mempunyai kemahiran tertentu di tukar dengan tenaga perawat kesehatan masyarakat yang kurang menguasai keperawatan klinik dan dengan usia yang kurang produktif lagi. Secara individual beberapa perawat menunjukkan gejala penurunan motivasi kerja yang berdampak terhadap munculnya kinerja yang kurang baik.

Dari hasil uji statistik melalui analisis bivariat, dapat diketahui bahwa pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal stafing , maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan baik sebesar 47.1% (lebih kecil) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melakukan stafing (52,9%), sedangkan pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam hal stafing , maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan kurang baik sebesar 43.8 % (lebih kecil) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melakukan stafing 56.3%. Berdasarkan uji *chi square* yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 0.250$  dengan  $p = 0.617$  (  $> 0.05$  ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal stafing tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan implementasi MPKP yang dilakukan oleh perawat .

##### 5. **Kompetensi Pengarahan**

Deskripsi hasil wawancara mendalam :

###### a. Pertemuan rutin ruangan

Hasil wawancara mendalam tentang pelaksanaan kegiatan pertemuan rutin ruangan, disampaikan oleh seluruh responden bahwa selama periode 2007 ini belum pernah ada yang melakukan pertemuan rutin ruangan, mereka mengatakan bahwa sebenarnya juga ingin melaksanakan pertemuan tersebut secara rutin, tetapi karena kegiatan pelayanan juga meningkat dan ada pergantian pejabat di manajemen maka

tidak ada evaluasi atau pertemuan koordinasi lain sehingga merekapun terbawa suasana tidak termotivasi untuk melaksanakan kegiatan tersebut.

- b. Pembinaan etika sebagian dari Kepala Ruang mempunyai cara tersendiri., dan sebagian yang lain melakukannya bersamaan dengan pertemuan rutin ruangan.

Karu02	Walaupun secara formal tidak dilakukan melalui pertemuan biasanya saya melakukan pembinaan bersamaan pada saat dinas apabila ada kejadian yang menyangkut langsung masalah etika.
Karu05	Untuk para perawat biasanya saya mengingatkan kembali aspek-aspek pelayanan prima yang dibudayakan di RS yaitu pelayanan yang cepat, tepat ramah dan informatif.
Karu10	Untuk membina etika dalam bekerja , saya berusaha untuk menjadi contoh dalam memberikan pelayanan .

- c. Memberikan bimbingan

Berkaitan dengan pertanyaan tentang pelaksanaan bimbingan, sebagian besar Kepala Ruangan telah melakukan bimbingan kepada para perawat pelaksana maupun dengan para mahasiswa yang sedang berpraktik. dalam membimbing

- d. Supervisi

Untuk kegiatan supervisi ada sebagian responden mengatakan tidak ditugaskan sebagai supervisor untuk melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan di luar jam kerja, tetapi sebagian besar dari responden secara rutin masih melakukan tugas supervisi pada saat diluar jam dinas

Karu01	Pertama-tama saya berkeliling ke seluruh ruangan dengan melakukan pencatatan terhadap beberapa hal yang dapat dijadikan bahan laporan supervisi, misal tentang sensus pasien terakhir, pasien yang memerlukan pengawasan.
Karu05	Secara rutin saya masih ditugaskan sebagai supervisi dan saya melaksanakan tugas dengan cara datang pada waktu kritis antara jam 22.00 s/d 24.00 dan melakukan observasi.

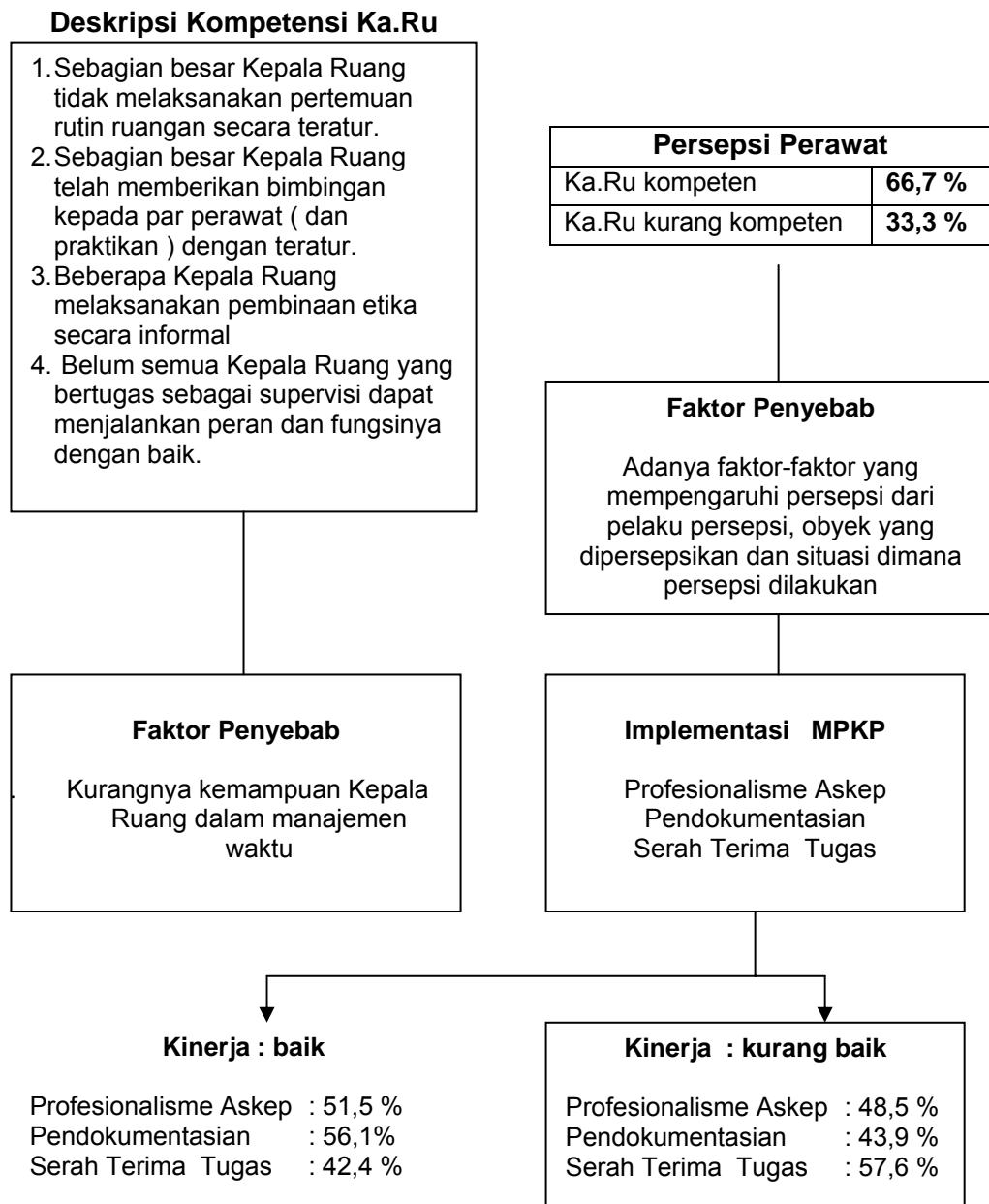
Karu09	Apabila terjadi masalah pada saat saya supervisi, biasanya serahkan ke Bidang Pelayanan dengan cara menghubunginya lewat telepon.
--------	---

Persepsi perawat tentang kompetensi pengarahan

Tabel 4.9 Distribusi frekuensi persepsi perawat tentang kompetensi pengarahan yang dimiliki Kepala Ruang di IRNA BRSUD Banjarnegara

Pelaksanaan SMPK (Pengarahan)	Frekuensi	Persentase(%)
Kompeten	44	66.7
Kurang kompeten	22	33.3
Total	66	100

Gambar. 4.4  
 Bagan analisis kompetensi pengarahan yang dimiliki Kepala Ruang dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)



Dari bagan analisis kompetensi Kepala Ruang dalam melakukan pengarahan ruangan dapat diketahui bahwa sebagian besar fungsi dapat dilaksanakan tetapi belum dilakukan secara konsisten, hasil persepsi perawat tentang kompetensi pengarahan yang dimiliki Kepala Ruang menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam pengarahan adalah sebesar 66,7 %. Fungsi pengarahan selalu berkaitan dengan perencanaan, yang berarti bahwa Kepala Ruang harus dapat mengarahkan perawat dan staf untuk melakukan kegiatan yang sesuai dengan tujuan pelayanan, yang dapat dilakukan dengan saling memberi motivasi, membantu penyelesaian masalah, melakukan pendelegasian, melakukan komunikasi efektif, kolaborasi dan koordinasi.

Dari informasi yang diperoleh selama penelitian dapat diketahui bahwa kegiatan pengarahan di masing-masing ruang rawat dilakukan melalui pertemuan formal di tingkat bangsal, tetapi dalam pelaksanaannya ternyata kegiatan tersebut tidak dapat dilaksanakan secara rutin, karena Kepala Ruang cenderung lebih menikmati pekerjaan melakukan pelayanan langsung kepada pasien, dan kurang punya komitmen untuk melaksanakan tugas-tugas manajerial hal ini terjadi karena kemampuan mengelola waktu yang masih belum efektif. Waktu adalah sumber daya yang tidak dapat disimpan, sehingga harus dikelola dengan sebaik-baiknya. Teknik yang dapat digunakan oleh Kepala Ruang dalam mengelola waktu antara lain : komitmen pribadi untuk perbaikan, memutuskan apa yang tidak perlu dilakukan, belajar mengatakan tidak, mencatat bagaimana waktu digunakan, merencanakan penggunaan waktu, mengenali waktu utama diri sendiri, membuat program blok waktu, mengatur ruang kerja, membuat memo, menghambat gangguan, mengatur pertemuan, membuat agenda, mengatur orang dan menghindari penyita waktu.

Dari hasil tabulasi silang dan uji korelasi dapat diketahui bahwa pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal pengarahan, maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan baik sebesar 52.3% (lebih besar) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melakukan pengorganisasian 47,7%, sedangkan pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam hal pengarahan, maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan kurang baik sama besar, 50 % dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melakukan pengarahan. Berdasarkan uji chi square yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 0.0001$  dengan  $p = 1$  ( $> 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal pengarahan tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan implementasi MPKP yang dilakukan oleh perawat.

Hasil analisis statistik tersebut dapat menyimpulkan bahwa pada perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam pengarahan belum tentu mereka mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional dengan baik, dan sebaliknya pada perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam pengarahan belum tentu mereka mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional dengan kurang baik. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) oleh perawat pelaksana tidak berhubungan dengan kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan pengarahan.



## 6. Kompetensi Evaluasi

Deskripsi hasil wawancara mendalam :

### a. Monitor respon pasien

Sebagian besar Kepala Ruang menganggap bahwa untuk menilai keberhasilan pelayanan perlu dilakukan tindakan pengawasan terhadap tindakan yang telah dilakukan baik oleh staf maupun yang dikerjakannya sendiri .

### b. Pemeriksaan dokumentasi asuhan keperawatan

Dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti beberapa Kepala Ruang mengatakan bahwa melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sebelum catatan medik dibawa ke Sub Bidang Rekam Medik, tetapi ada Kepala Ruang yang mengatakan bahwa untuk menjamin kelengkapan dokumen maka melakukan hal berikut :

Karu04	Kalau tidak sempat diisi, kadang kadang saya membawa status pasien pulang ke rumah untuk dilengkapi..
Karu05	Saya sudah menunjuk seseorang untuk bertanggungjawab terhadap kelengkapan dokumen.

### c. Menegur kesalahan staf

Seluruh responden memberikan jawaban yang mirip yaitu dengan memanggil yang bersangkutan untuk bertemu langsung dengan Kepala Ruang dan diberitahukan tentang kekurangannya dalam melaksanakan pekerjaannya.

### d. Menyusun rencana tindak lanjut perbaikan

Sebagian besar Kepala Ruang mengatakan bahwa mereka akan memberikan umpan balik atas upaya perbaikan yang dilakukan staf.

Gambar. 4.5  
 Bagan analisis kompetensi evaluasi yang dimiliki Kepala Ruang dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)

### Deskripsi Kompetensi Ka.Ru

1. Sebagian besar Kepala Ruang melakukan evaluasi terhadap respon pasien pasca kegiatan pelayanan.
2. Beberapa Kepala Ruang memeriksa kembali pendokumentasian askep yang telah dilakukan oleh perawat,
3. Seluruh Kepala Ruang memberikan teguran, nasihat kepada perawat yang melakukan kesalahan dalam melakukan tindakan.
4. Hampir semua Kepala Ruang berusaha untuk menindaklanjuti dan memperbaiki pelayanan yang dirasa masih kurang.

Persepsi Perawat	
Ka.Ru kompeten	51,5 %
Ka.Ru kurang kompeten	48,5 %

### Faktor Penyebab

Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dari pelaku persepsi, obyek yang dipersepsikan dan situasi dimana persepsi dilakukan

Uji chi square – Regresi

### Faktor Penyebab

Evaluasi merupakan bagian dari pelaksanaan fungsi pengawasan yang mempunyai peran penting dalam upaya perbaikan mutu pelayanan perawat.

### Implementasi MPKP

Profesionalisme Askep  
 Pendokumentasian  
 Serah Terima Tugas

### Kinerja : baik

Profesionalisme Askep : 51,5 %  
 Pendokumentasian : 56,1%  
 Serah Terima Tugas : 42,4 %

### Kinerja : kurang baik

Profesionalisme Askep : 48,5 %  
 Pendokumentasian : 43,9 %  
 Serah Terima Tugas : 57,6 %

Dari hasil uji statistik dapat diketahui bahwa pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal evaluasi , maka banyaknya perawat yang akan menunjukkan kinerja yang baik implementasi MPKP dengan baik sebesar 67.6 % (lebih besar) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melakukan pengarahan (32.4%), sedangkan pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam hal evaluasi , maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan kurang baik sebesar 65.6% (lebih banyak ) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melakukan evaluasi (34.4%). Berdasarkan uji *chi square* yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 6.035$  dengan  $p = 0.014$  ( $< 0.05$  ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal evaluasi mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan implementasi MPKP yang dilakukan oleh perawat .

Dari analisis stitistik tersebut dapat disimpulkan bahwa pada perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam fungsi evaluasi mereka mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan baik, dan sebaliknya pada perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melaksanakan fungsi evaluasi mereka mereka akan mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan kurang baik. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) oleh perawat pelaksana berhubungan dengan kompetensi Kepala Ruang dalam melaksanakan fungsi evaluasi.

Evaluasi merupakan kegiatan penilaian keberhasilan pelayanan keperawatan yang dilakukan secara obyektif sebagai upaya yang dapat mendorong terjadinya perubahan perkembangan sistem dalam peningkatan mutu pelayanan. Adanya umpan balik dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi akan memudahkan manajer dalam melakukan upaya perbaikan. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 51.5% perawat mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melaksanakan evaluasi, dan hal ini berhubungan dengan implementasi perawat pelaksana. Salah satu uraian tugas Kepala Ruang adalah melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian yang meliputi kegiatan : mengawasi dan menilai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah di tentukan., melaksanakan penilaian terhadap upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan di bidang perawatan, mengawasi peserta didik dari institusi untuk memperoleh pengalaman belajar, sesuai tujuan program pendidikan, melaksanakan penilaian Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan Pegawai (DP3), mengawasi dan mengendalikan pendayagunaan peralatan perawatan serta obat-obatan, secara efektif dan efisien dan mengawasi pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan lain di ruang rawat.

Evaluasi merupakan proses pengakuan terhadap hasil kerja yang dilakukan oleh perawat yang dilakukan Kepala Ruang yang dapat memotivasi perawat untuk melakukan pekerjaanya dengan baik, sehingga apabila seorang Kepala Ruang memberikan penilaian yang obyektif terhadap prestasi kerja yang dihasilkan maka perawat pelaksanapun akan termotivasi untuk menyelesaikan tugasnya dengan baik juga.

## 7. Kompetensi Pengendalian Mutu

Deskripsi hasil wawancara mendalam

### a. Monitoring infeksi nosokomial

Seluruh Kepala Ruang mengatakan bahawa secara rutin masih melakukan pencatatan kejadian infeksi nosokomial tetapi Kepala Ruang menyatakan bahawa mereka tidak terlibat dalam kegiatan analisis datanya.

### b. Survey kepuasan pasien

Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan para Kepala Ruang diperoleh informasi bahawa sudah sejak lama survey kepuasan tidak lagi dilakukan, baik dari Keperawatan maupun dari Sub Bidang Pengendalian Mutu.

### c. Pengelolaan keluhan

Sebagian besar Kepala Ruang mengatakan bahawa setiap ada keluhan dari pasien yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan langsung diberikan respon, tetapi jika keluhan yang diberikan ditujukan kepada bidang lain maka akan diteruskan kepada pihak terkait.

### d. Survey kecelakaan kerja

Semua Kepala Ruang mengatakan bahawa tidak pernah dilakukan pencatatan terhadap kejadian kecelakaan kerja

### e. Audit kasus

Karu02	Saya sudah menyiapkan resume perawatan salah satu pasien yang kemungkinan akan di audit, karena biasanya secara rutin Komite Medis melakukan kegiatan tersebut dengan melibatkan seluruh Kepala Ruang
Karu10	Pada saat kegiatan audit kasus biasanya perawat diberikan kesempatan untuk memberikan penjelasan tentang kasus yang sedang ditangani berdasarkan kronologinya.

## f. Gugus Kendali mutu

Dari jawaban para Kepala Ruang dapat disimpulkan bahwa walaupun belum lama ini dilakukan refreshing tentang Gugus Kendali Mutu, tetapi sampai saat ini tidak ada tindak lanjut kegiatan yang dilakukan.

Karu03	Pelatihan GKM yang dilakukan kemarin cuma sekedar untuk menghabiskan sisa anggaran Diklat, sehingga setelah itu tidak ada kegiatan yang dilakukan.
Karu05	Sebenarnya kalau kita secara aktif dilibatkan untuk membentuk GKM lagi, pasti kita akan ikut, tetapi karena tidak ada yang bergerak mengajak kita, kita diam saja.
Karu09	GKM perlu komitmen, kalau tidak yang menggerakkan maka tidak akan berjalan, kita pun kadang terlupakan karena kesibukan dalam pelayanan pasien.

## Persepsi perawat tentang kompetensi pengendalian mutu

Tabel 4.10 Distribusi frekuensi persepsi perawat tentang kompetensi pengendalian mutu yang dimiliki Kepala Ruang di IRNA BRSUD Banjarnegara

Pelaksanaan SMPK Pengendalain mutu	Frekuensi	Persentase(%)
Kompeten	35	53
Kurang kompeten	31	47
Total	66	100

Gambar. 4.6

Bagan analisis kompetensi pengendalian mutu yang dimiliki Kepala Ruang dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)

### Deskripsi Kompetensi Ka.Ru

1. Seluruh Kepala Ruang telah melakukan pencatatan kejadian infeksi nosokomial, tetapi belum dapat melakukan analisis.
2. Sebagian besar Kepala Ruang tidak lagi melakukan kegiatan survey kepuasan pelanggan sejak 6 bulan terakhir.
3. Sebagian Kepala Ruang mempunyai peran dalam kegiatan audit kasus yang diselenggarakan Komite Medis.
4. Seluruh Kepala Ruang belum melakukan evaluasi terhadap kejadian kecelakaan kerja.
5. Keluhan tentang pelayanan yang disampaikan pasien, segera direspon oleh sebagian besar Kepala Ruang.
6. Tidak ada tindak lanjut pelaksanaan GKM pasca pelatihan

Persepsi Perawat	
Ka.Ru kompeten	53 %
Ka.Ru kurang kompeten	47 %

### Faktor Penyebab

Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dari pelaku persepsi, obyek yang dipersepsikan dan situasi dimana persepsi dilakukan

### Implementasi MPKP

Profesionalisme Askep  
Pendokumentasian  
Serah Terima Tugas

### Faktor Penyebab

1. Kurangnya koordinasi dengan Tim Pengendalian Mutu RS.
2. Tidak ada tindak lanjut pelaksanaan GKM pasca pelatihan

### Kinerja : baik

Profesionalisme Askep : 51,5 %  
Pendokumentasian : 56,1%  
Serah Terima Tugas : 42,4 %

### Kinerja : kurang baik

Profesionalisme Askep : 48,5 %  
Pendokumentasian : 43,9 %  
Serah Terima Tugas : 57,6 %

Koordinasi adalah keselarasan tindakan, usaha, sikap, dan penyesuaian antar tenaga yang ada di organisasi, keselarasan ini dapat terjalin antar perawat maupun dengan tenaga kesehatan lain maupun bagian lain di Rumah Sakit. Kegiatan koordinasi bermanfaat untuk menghindari perasaan lepas dengan bagian lain ataupun perasaan lebih penting dari bagian lain, menumbuhkan rasa saling membantu, dan menimbulkan kesatuan tindakan dan sikap antar staf. Kurangnya koordinasi dengan bagian Humas sebagai anggota dalam Tim Pengendalian Mutu Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap penyelesaian persoalan mutu, sehingga diperlukan kerjasama yang baik antar bagian yang terkait sehingga kegiatan dapat berjalan dengan baik pula.

Manajer-manajer yang efektif menyadari bahwa latihan adalah proses yang terus menerus dan bukan proses sesaat, sehingga upaya tindak lanjut harus selalu dilakukan agar produktivitas karyawan meningkat. Menurut Husnan (2002) Agar dampak pelatihan dapat efektif dirasakan manfaatnya maka ada beberapa prinsip-prinsip yang harus diperhatikan yaitu : motivasi, laporan kemajuan, reinforcement, praktik dan adanya perbedaan individual. Kegiatan pelatihan GKM yang telah dilakukan tetapi tidak pernah ditindaklanjuti kurang bermanfaat bagi karyawan, karena mereka tidak dapat mempraktikkan apa yang sudah dipelajari dan tidak dapat menilai keberhasilan proses belajar yang telah dilalui. Ketidakpuasan terhadap kinerja manajemen dalam pelaksanaan kegiatan Diklat maupun pengelolaan keluhan dapat menyebabkan penurunan kinerja, sebaliknya adanya tantangan baru seperti mengaktifkan kembali GKM sebenarnya dapat menumbuhkan motivasi pegawai.



Dari hasil analisis bivariat dapat diketahui bahwa pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal pengendalian mutu, maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan baik sebesar 52.9% (lebih besar) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam melakukan stafing (47.1%), sedangkan pada kelompok perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kurang kompeten dalam hal pengendalian mutu, maka banyaknya perawat yang akan melakukan implementasi MPKP dengan kurang baik sebesar 53.1% (lebih banyak) dibanding dengan perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melakukan pengendalian mutu (46.9%). Berdasarkan uji *chi square* yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 0.0001$  dengan  $p = 1 (> 0.05)$  sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal pengendalian mutu tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan implementasi MPKP yang dilakukan oleh perawat. Hal ini disebabkan oleh karena indikator mutu yang digunakan dalam pengukuran kualitas pelayanan tidak berhubungan secara pribadi dengan prestasi kerja perawat sehingga dalam memberikan penilaian mereka cenderung menilai bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melaksanakan fungsi pengendalian mutu, pendapat ini diperkuat dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebanyak 53% (35) perawat menyatakan Kepala Ruang mampu melaksanakan fungsi pengendalian mutu dengan baik, yang bertolak belakang dengan hasil wawancara peneliti dengan Kepala Ruang yang menilai bahwa pelaksanaan fungsi pengendalian mutu kurang baik.

Tabel 4.7  
Ringkasan hasil uji statistik chi square untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

NO	Kompetensi dalam pelaksanaan SMPK	$\chi^2$	p	Keterangan
1.	Perencanaan	0.957	0.328	Tidak ada pola hubungan
2.	<i>Pengorganisasian</i>	<i>0.986</i>	<i>0.321</i>	<i>Tidak ada pola hubungan</i>
3.	Stafing	0.250	0.617	Tidak ada pola hubungan
4.	Pengarahan	0.0001	1	Tidak ada pola hubungan
5.	<i>Evaluasi</i>	<i>6.065</i>	<i>0.014</i>	<i>Ada pola hubungan</i>
6.	Pengendalian mutu	0.0001	1	Tidak ada pola hubungan

Dari tabel 4.6 dapat disimpulkan bahwa, berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* hanya terdapat satu variabel bebas ( evaluasi) yang mempunyai pola hubungan bermakna dengan variabel terikat (implementasi MPKP). Dengan nilai  $\chi^2 = 6.065$  dan  $p = 0.014 (< 0,25)$ , sedangkan variabel kompetensi pengorganisasian walaupun secara statistik menunjukkan tidak adanya hubungan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), tetapi merupakan variabel yang berkaitan erat dengan peran serta langsung perawat dalam melaksanakan pekerjaan yang dapat menghasilkan mutu pelayanan asuhan keperawatan, sehingga dalam analisis untuk mengetahui adanya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat maka variabel kompetensi pengorganisasian secara multivariat akan diikutkan dalam uji regresi.

### Analisis Regresi Bivariat

Analisis selanjutnya yang dilakukan adalah bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat,

karena hanya ada satu variabel yang mempunyai hubungan dengan variabel terikat maka analisis korelasi yang telah dilakukan dengan uji *chi square* dilanjutkan dengan regresi logistik secara bivariat guna mengetahui besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat, berikut ini hasil analisis statistik dari pengaruh variabel kompetensi evaluasi terhadap variabel terikat (kinerja perawat dalam implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)).

Tabel : 4.8  
Hasil analisis bivariat untuk mengetahui adanya pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat

Variabel	Uji Wald	Sig (p)	Exponen B
Kompetensi Evaluasi	7.021	0.008	3,992

Dari tabel 4.7 dapat disimpulkan bahwa berdasarkan hasil analisis secara bivariat menunjukkan adanya pengaruh kompetensi evaluasi yang dimiliki oleh Kepala Ruang terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan memasukkan satu lagi variabel, yaitu kompetensi pengorganisasian, dan didapatkan hasil uji regresi secara multivariat sbb :

Tabel : 4.9  
Hasil uji regresi logistik secara multivariat untuk mengetahui adanya pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat

Variabel	Uji Wald	Sig (p)	Exponen B
Kompetensi pengorganisasian	0.173	0.677	0.760
Kompetensi Evaluasi	5.491	0.019	4.698

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan regresi logistik secara multivariat terlihat dengan jelas bahwa variabel evaluasi

merupakan satu-satunya variabel bebas yang memenuhi persyaratan untuk dapat mempengaruhi variabel terikat hal ini dapat dibaca hasil hasil Uji Wald dengan nilai 5.491 dengan  $p = 0.019 (<0,05)$  dan eksponen B : 4.698 (lebih besar dari 2.), sedangkan variabel kompetensi pengorganisasian tidak memenuhi persyaratan untuk dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), dengan hasil uji statistik menunjukkan nilai uji Wald : 0.173 dengan  $p : 0.677 (> 0.005)$  dan eksponen B bernilai 0.760 (lebih kecil dari 2) atau dapat dikatakan bahwa apabila perawat pelaksana mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang tidak kompeten dalam fungsi evaluasi maka mempunyai pengaruh sebesar 4,6 atau 5 kali lebih besar untuk melakukan implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan cara yang kurang baik dibanding perawat yang mempunyai persepsi bahwa Kepala Ruang kompeten dalam melaksanakan fungsi evaluasi.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa :

##### 1. Kompetensi Perencanaan

Hanya sebagian Kepala Ruang yang mengetahui tentang rencana pengembangan Rumah Sakit, tidak ada yang menyusun perencanaan berdasarkan data klinis dan kinerja pelayanan, sebagian besar Kepala Ruang mempunyai orientasi bahwa ruang lingkup perencanaan hanya meliputi perencanaan barang, dan sebagian besar Kepala Ruang tidak pernah melakukan koordinasi dengan manajemen.

Berdasarkan penilaian persepsi perawat tentang kompetensi perencanaan yang dimiliki oleh Kepala Ruang menunjukkan bahwa hanya 51,5 % perawat yang memberikan penilaian bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal perencanaan. Dari hasil penilaian kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional diperoleh hasil bahwa untuk kinerja profesionalisme pelayanan dengan nilai 51,5% pendokumentasian asuhan keperawatan dengan nilai 56,1% dan kegiatan serah terima pasien dengan nilai 42,4%.

Secara analisis statistik menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji chi square menghasilkan menunjukkan  $\chi^2 = 0.957$  dengan  $p = 0.328$  ( $> 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal perencanaan tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat dalam

mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional Faktor penyebab yang menjadikan Kepala Ruang tidak menunjukkan kemampuan perencanaan yang kompeten adalah masih lemahnya kemampuan perencanaan akibat kurangnya komitmen kebersamaan yang disebabkan oleh kondisi adanya transisi kepemimpinan.

## 2. Kompetensi Pengorganisasian

Seluruh Kepala Ruang tidak menjalankan struktur organisasi ruangan yang telah ditetapkan, sebagian besar ruangan belum menerapkan metode penugasan, ada beberapa Kepala Ruang yang belum melaksanakan pendelegasian dengan baik, hampir semua Kepala Ruang tidak melakukan sistem pencatatan dan pelaporan linen dan alat kesehatan, seluruh Kepala Ruang melakukan pengelolaan obat dengan baik dan tidak ada ruang perawatan yang melakukan serah terima pasien dengan melakukan kunjungan pasien secara konsisten.

Berdasarkan penilaian persepsi perawat tentang kompetensi pengorganisasian yang dimiliki oleh Kepala Ruang menunjukkan bahwa hanya 48,5 % perawat yang memberikan penilaian bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal pengorganisasian. Dari hasil penilaian kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesion diperoleh hasil bahwa untuk kinerja profesionalisme pelayanan dengan nilai 51,5% pendokumentasian asuhan keperawatan dengan nilai 56,1% dan kegiatan serah terima pasien dengan nilai 42,4%.

Secara analisis statistik menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji chi square menghasilkan menunjukkan  $\chi^2 = 0.986$  dengan  $p = 0.321$  ( $> 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala

Ruang dalam hal pengorganisasian tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional. Faktor penyebab yang menjadikan Kepala Ruang tidak menunjukkan kemampuan pengorganisasian adalah adanya penurunan motivasi Kepala Ruang akibat kurangnya evaluasi dan supervisi dari manajemen..

3. Kompetensi stafing (pengelolaan tenaga)

Sebagian besar Kepala Ruang tidak melakukan analisis kebutuhan tenaga dengan cara yang benar, hanya sebagian kecil Kepala Ruang yang belum mempunyai pengalaman dalam kegaitan seleksi pegawai, Kepala Ruang yang baru belum melaksanakan kegiatan orientasi dengan efektif, seluruh Kepala Ruang mampu membuat jadwal dinas dengan baik, sebagian Kepala Ruang tidak dapat melakukan retensi staf yang mahir, kemampuan penyelesaian konflik dimiliki oleh sebagian besar Kepala Ruang baik dan seluruh Kepala Ruang dapat melakukan penilaian kinerja sesuai protap yang berlaku.

Berdasarkan penilaian persepsi perawat tentang kompetensi stafing yang dimiliki oleh Kepala Ruang menunjukkan bahwa hanya 48,5 % perawat yang memberikan penilaian bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal staffing. Dari hasil penilaian kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional diperoleh hasil bahwa untuk kinerja profesionalisme pelayanan dengan nilai 51,5% pendokumentasian asuhan keperawatan dengan nilai 56,1% dan kegiatan serah terima pasien dengan nilai 42,4%.

Secara analisis statistik menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji chi square menghasilkan menunjukkan  $\chi^2 = 0.250$  dengan  $p = 0.617$  ( $> 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal stafing tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). Faktor penyebab yang menjadikan Kepala Ruang tidak menunjukkan kemampuan staffing adalah rendahnya kemampuan analisis Kepala Ruang serta manajemen data yang belum baik, hal ini berkaitan dengan kinerja sistem informasi Rumah Sakit yang belum maksimal. Sistem Informasi Rumah di BRSUD sebenarnya sudah pernah dikembangkan dan dilakukan ujicoba, tetapi karena dalam masa percobaan tersebut sering terjadi ketidaksesuaian program dengan kondisi lapangan, sehingga SIM-RS belum dapat berjalan secara maksimal.

#### 4. Kompetensi Pengarahan

Seluruh Kepala Ruang tidak mengadakan pertemuan rutin dengan konsisten, terdapat variasi dalam melakukan pembinaan etika yang dilakukan oleh Kepala Ruang, Kepala Ruang telah melakukan bimbingan dengan baik kepada para staf maupun praktikan dan sebagian besar Kepala Ruang telah melaksanakan tugas supervisi dengan baik,

Berdasarkan penilaian persepsi perawat tentang kompetensi pengarahan yang dimiliki oleh Kepala Ruang menunjukkan bahwa hanya 66,7 % perawat yang memberikan penilaian bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal pengarahan. Dari hasil penilaian kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan



Profesional (MPKP) diperoleh hasil bahwa untuk kinerja profesionalisme pelayanan dengan nilai 51,5% pendokumentasian asuhan keperawatan dengan nilai 56,1% dan kegiatan serah terima pasien dengan nilai 42,4%.

Secara analisis statistik menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji chi square menghasilkan menunjukkan  $\chi^2 = 0.0001$  dengan  $p = 1$  ( $> 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal pengarahan tidak mempunyai hubungan dengan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). Faktor penyebab yang menjadikan Kepala Ruang tidak menunjukkan kemampuan pengarahan adalah akibat kemampuan manajemen waktu yang kurang baik .

#### 5. Kompetensi Evaluasi

Sebagian besar Kepala Ruang melakukan monitoring terhadap respon pasien, beberapa Kepala Ruang memeriksa kembali kelengkapan pendokumentasian askep, sebelum catatan medik tersebut di bawa ke Rekam Medis, Kepala ruang selalu memberikan teguran yang tepat pada perawat yang melakukan kesalahan dalam bekerja, Kepala Ruang melakukan upaya tindak lanjut hasil evaluasi.

Berdasarkan penilaian persepsi perawat tentang kompetensi evaluasi yang dimiliki oleh Kepala Ruang menunjukkan bahwa hanya 51,5 % perawat yang memberikan penilaian bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal pengarahan. Dari hasil penilaian kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) diperoleh hasil bahwa untuk kinerja

profesionalisme pelayanan dengan nilai 51,5% pendokumentasian asuhan keperawatan dengan nilai 56,1% dan kegiatan serah terima pasien dengan nilai 42,4%.

Secara analisis statistik menunjukkan bahwa berdasarkan uji *chi square* yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 6.035$  dengan  $p = 0.014$  ( $< 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal evaluasi mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan implementasi MPKP yang dilakukan oleh perawat, dan setelah dilakukan analisis secara bivariat maupun multivariate (dengan variabel kompetensi pengorganisasian) menunjukkan bahwa variabel ini mempunyai pengaruh terhadap variabel terikat.

Evaluasi merupakan kegiatan penilaian keberhasilan pelayanan keperawatan yang dilakukan secara obyektif sebagai upaya yang dapat mendorong terjadinya perubahan perkembangan sistem dalam peningkatan mutu pelayanan. Adanya umpan balik dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi akan memudahkan manajer dalam melakukan upaya perbaikan. Evaluasi merupakan proses pengakuan terhadap hasil kerja yang dilakukan oleh perawat yang dilakukan Kepala Ruang yang dapat memotivasi perawat untuk melakukan pekerjaannya dengan baik, sehingga apabila seorang Kepala Ruang memberikan penilaian yang obyektif terhadap prestasi kerja yang dihasilkan maka perawat pelaksanapun akan termotivasi untuk menyelesaikan tugasnya dengan baik juga dengan hasil Uji Wald dengan nilai 5.491 dengan  $p = 0.019$  ( $< 0,05$ ) dan eksponen B : 4.698 (lebih besar dari 2).

## 6. Kompetensi Pengendalian Mutu

Seluruh Kepala Ruang mengatakan secara rutin melakukan pencatatan kejadian infeksi nosokomial tetapi tidak pernah terlibat dalam analisisnya, sejak kurang lebih 6 bulan ini Kepala Ruang tidak melakukan kegiatan survey kepuasan pasien, karena tidak ada permintaan dari manajemen., bersama-sama dengan Komite Medis melakukan audit kasus, Kepala Ruang belum melakukan kegiatan pencatatan kecelakaan akibat kerja secara konsisten, setiap Kepala Ruang segera merespon keluhan yang berhubungan dengan pelayanan, tidak ada Kepala Ruang melakukan kegiatan GKM.

Berdasarkan penilaian persepsi perawat tentang kompetensi pengendalian yang dimiliki oleh Kepala Ruang menunjukkan bahwa hanya 53 % perawat yang memberikan penilaian bahwa Kepala Ruang kompeten dalam hal pengendalian. Dari hasil penilaian kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) diperoleh hasil bahwa untuk kinerja profesionalisme pelayanan dengan nilai 51,5% pendokumentasian asuhan keperawatan dengan nilai 56,1% dan kegiatan serah terima pasien dengan nilai 42,4%.

Secara analisis statistik menunjukkan bahwa berdasarkan uji *chi square* yang dilakukan, menunjukkan  $\chi^2 = 0.0001$  dengan  $p = 1 (> 0.05)$  sehingga dapat disimpulkan bahwa kompetensi Kepala Ruang dalam hal pengendalian mutu tidak mempunyai pola hubungan yang bermakna dengan kinerja implementasi MPKP yang dilakukan oleh perawat.

7. Dengan menggunakan *cut of point* sebesar 70 % dapat diambil kesimpulan bahwa tingkat kompetensi Kepala Ruang dalam pelaksanaan Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan masih rendah ( antara 48,5 s/d 66,7) sedangkan kinerja perawat dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) juga masih perlu ditingkatkan karena masih di bawah nilai standar yang ditetapkan, yaitu sebesar 50%. ( 42.4 s/d 56,1)
8. Hasil analisis statistik menunjukkan hanya ada satu variabel bebas yang mempunyai pola hubungan yang bermakna dan pengaruh dengan variabel terikat yaitu variabel kompetensi evaluasi .

## B. Saran

1. Kepada BRSUD Banjarnegara
  - a. Membentuk budaya organisasi yang dapat menumbuhkan komitmen kebersamaan untuk mengembangkan Rumah Sakit
  - b. Melakukan refreshing terhadap kemampuan manajerial Kepala Ruang dalam mengelola pelayanan keperawatan dan mengikutsertakan Kepala Ruang yang belum mempunyai sertifikat dalam pelatihan manajemen bangsal perawatan.
  - c. Meningkatkan fungsi evaluasi dan supervisi dari Kepala Sub Bidang Keperawatan dan Kepala Instalasi Rawat Inap sehingga dapat memelihara motivasi kerja para Kepala Ruang.
  - d. Menyusun kebijakan tentang sistem seleksi dalam pengangkatan Kepala Ruang yang berbasis kompetensi.

- e. Mengaktifkan kembali Sistem Informasi Rumah Sakit dengan melakukan perbaikan program sesuai kebutuhan pelayanan yang lebih terintegrasi.
  - f. Meningkatkan kompetensi Kepala Ruang dalam manajemen waktu sehingga fungsi-fungsi manajerial dapat berjalan efektif.
  - g. Meningkatkan kemampuan komunikasi dan edukasi bagi Kepala Ruang sehingga dapat terjadi *transfer of knowledge* di lingkup keperawatan.
  - h. Meningkatkan kegiatan koordinasi dan sinergi antar bagian dan antar bidang dengan melakukan analisis lingkungan untuk menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit.
2. Kepada MIKM UNDIP Semarang
- a. Mengembangkan instrumen untuk mengukur kompetensi manajerial Kepala Ruang dengan cara membangun jejaring dengan beberapa Rumah Sakit yang mempunyai pola manajemen keperawatan maupun manajemen Rumah Sakit secara umum yang baik guna pengembangan ilmu.
  - b. Membentuk tim independen yang dapat melakukan uji kompetensi sehingga dapat dimanfaatkan oleh banyak Rumah Sakit.
3. Kepada peneliti lain
- a. Melakukan penelitian lanjutan dengan memperluas area penelitian tidak hanya terbatas pada area kompetensi manajerial.
  - b. Menambahkan variabel yang lain seperti lingkungan kerja dan kompensasi untuk mengetahui hubungan dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009. Departemen Kesehatan, Jakarta. 2005.
2. Peraturan Pemerintah No. 2 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
3. Kepmenkes No.228 tahun 2002 tentang Standar Pelayanan Minimal RS
4. Soejitno, S. Alkatiri,A. Ibrahim,E. Reformasi Perumahsakit Indonesia. PT Grasindo. Jakarta. 2002.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan di Sarana Kesehatan. Cetakan : I, Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Depkes RI. Jakarta.2001
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Instrumen Akreditasi Rumah Sakit. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Depkes RI. Jakarta.2003
7. Sitorus. R. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di Rumah Sakit . Penataan Struktur dan Proses Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat. Panduan Implementasi. EGC. Jakarta 2006.
8. Azwar, A. Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan (Aplikasi Prinsip Lingkungan Pemecahan Masalah) Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta. 1996.
9. Tjiptono,Fandy Manajemen Jasa. Penerbit Andi Offset . Jogjakarta 2001.
10. Wijono, D. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Teori Strategi dan Aplikasi, Volume 1. Airlangga University Press. Surabaya .1999
11. Sub Direktorat Keperawatan. Jenjang Karir Perawat. Departemen Kesehatan RI.Jakarta 2004.
12. Nursalam, Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional, Salemba Medika , Edisi 1, Jakarta, 2002
13. Anonymous. Manejemen Pelayanan Keperawatan. Pusat Pengembangan Keperawatan Carolus (PPKC). Modul Pelatihan Manajemen Bidang Keperawtan. tidak dipublikasikan.Jakarta 2005

14. Depkes RI. Pedoman Uraian Tugas Tenaga Perawat Di Rumah Sakit. Cetakan : II, Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Jakarta. 1994.
15. Depkes RI. Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit. Cetakan :I, Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Depkes RI. Jakarta.2001
16. Yuddha,S. Kompetensi : Sebuah Istilah. Available from : permalink. 09. 2006
17. Dharma,S. Manajemen Kinerja, Falasafah Teori dan Penerapannya. Pustaka Pelajar. Jogjakarta . 2005
18. ....Keputusan Kepala Badan Kepegawaian Negara No.43 / 2001 tentang Kompetensi Jabatan Struktural bagi Pegawai Negeri Sipil.
19. Handoko,T. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia. Edisi 1. BPFE.Jogjakarta.1998
20. Gibson,JL.et all Organisasi, Perilaku,Struktur dan Proses. Jilid I Edisi ke-8. Bina Rupa Akasara.Jakarta. 1996.
21. Ilyas.Y. Kinerja, Teori Penilaian dan Penelitian . Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.Jakarta. 2001.
22. Robbins,S . Perilaku Organisasi : Konsep, Kontrol , Aplikasi . Edisi ke-8. Prehalindo. Jakarta. 2001
23. Swanburg,R.C. *Management and Leadership for Nurses Managers, 2<sup>nd</sup> edition. Jones and Bartlett Publisher.* London. 1996
24. Werdati,S. Materi Kuliah Program Pasacsarjana UNDIP. (tidak dipublikasikan) 2005.
25. Biro Kepegawaian, Depkes RI. Pedoman Penilaian Kinerja Perawat dan Bidan di Rumah Sakit Kelas C. Jakarta . 2005.
26. Pareek,Uday. Perilaku Organisasi.Cetakan 2.PT Pustaka Binaman Pressindo. Jakarta 1991.
27. Utarini, A. Metode Penelitian Kualitatif, Materi Kuliah Program Doktor Kesehatan, Program Pascasarjana. Universitas Gadjah Mada Jogjakarta. Tidak dipublikasikan.
28. Notoatmojo,S. Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi revisi. Rineka Cipta. Jakarta.2002.
29. Arikunto,S.Manajemen Penelitian.Rineka Cipta. Jakarta. 2003.
30. Moekijat. Dasar-Dasar Motivasi. Pionir Jaya, Bandung.2002
31. Trisnantoro,L. Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit. Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar. Penerbit Andi.Jogjakarta.2005

32. Timpe.AD. Seri Manajemen Sumber Daya Manusia : Kinerja. Cetakan Keempat. PT Elex Media Komputindo. Jakarta.1999.
33. Jurnal MARSIS. Volume 4. No.2 April.2003. Program Studi KARS. UI Jakarta.
34. Siagian,SP. Teori Motivasi dan Aplikasi. Rineka Cipta. Jakarta.1995
35. Gillies,1994, Nursing Management : A System Approach. Third ed, Saunder.Co, Philadelphia, AS.
- 36.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Sub Bidang Rekam Medis dapat diketahui bahwa ada kecenderungan peningkatan untuk seluruh indikator kinerja Rumah Sakit, seperti tampak pada tabel berikut :

Tabel : 1.1

Kinerja pelayanan BRSUD Banjarnegara 2002 s/d 2006

No	Indikator	2002	2003	2004	2005	2006
1.	BOR	62%	64,94%	66,7%	68,10%	71 %
2.	LOS	3,8	3,74	3,8	4	4,2
3.	TOI	2,1	1,9	1,6	1,8	1
4.	BTO	64,5	70,2	78,6	70,4	80
5.	GDR	2	2	3,12	3,39	3.01
6.	NDR	1	1	2	1,46	1,53

Sumber : Sub Bidang Rekam Medis

#### K. Pengorganisasian Bangsal

Menurut Handoko (1998), pengorganisasian dalam manajemen adalah penentuan sumber daya-sumber daya dan kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi, perencanaan dan pengembangan suatu organisasi atau kelompok kerja yang akan apat membawa hal-hakl tersebut kea rah tujuan, penugasan tanggung jawab tertentu dan pendelegasian wewenang yang diperlukan kepada individu-individu untuk melaksanakan tugas-tugasnya.