



Universitas Indonesia

**HUBUNGAN TUGAS POKOK DAN FUNGSI (TUPOKSI)
KEPALA SEKSI DAN KOMITE KEPERAWATAN DENGAN
EFEKTIFITAS PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD Dr.
SOEDARSO PONTIANAK**

TESIS

**ERNAWATI
0806446233**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK,
JULI 2010**



Universitas Indonesia

**HUBUNGAN TUGAS POKOK DAN FUNGSI (TUPOKSI)
KEPALA SEKSI DAN KOMITE KEPERAWATAN DENGAN
EFEKTIFITAS PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD Dr.
SOEDARSO PONTIANAK**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

**ERNAWATI
0806446233**

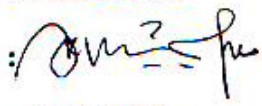
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK,
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Ernawati

NPM : 0806446233

Tanda Tangan : 

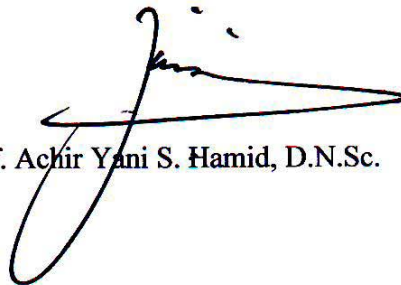
Tanggal : 9 Juli 2010

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Perogram Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2010

Pembimbing I



Prof. Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc.

Pembimbing II



Hanny Handiyani, SKp., M.Kep.

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ernawati
NPM : 0806446233
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Tugas Pokok dan Fungsi Kepala Seksi dan Komite Keperawatan dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Achir Yani Hamid, MN. DNSc. (.....)



Pembimbing : Hanny Handiyani, S.Kp. M.Kep. (.....)



Penguji : Ria Utami, S.Kp. M.Kep. (.....)



Penguji : Drs. Nasrul Effendy, SKM. M.Kep (.....)



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat, hidayah serta ridho-Nya memberikan kemudahan dalam menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “Hubungan Tugas Fungsi Kasi dan Komite Keperawatan Dengan Efektivitas Pelayanan Keperawatan Yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana di RSUD Dr. Soedarso Pontianak”.

Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan atas dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Dewi Irawaty, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp, M.App. Sc selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, MN.DNSc. selaku pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, dan motivasi pada penulis untuk menyelesaikan tesis ini.
4. Hanny Handiyani, S.Kp. M.Kep selaku pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, dan motivasi pada penulis untuk menyelesaikan tesis ini.
5. Ibunda (Sumaisyah Alm), Bapak, suami, dan anak-anakku tercinta terutama Phasa yang mama tinggalkan baru berusia 3 hari, sehingga mama termotivasi untuk segera melanjutkan dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Rekan-rekan seangkatan program Magister Ilmu Keperawatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK-UI.
7. Rekan-rekan perawat di RSUD Dr Soedarso yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2010
Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ernawati
NPM : 0806446233
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) Kepala Seksi dan Komite Keperawatan dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Dr. Soedarso Pontianak

Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 9 Juli 2010

Yang menyatakan



(Ernawati)

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, 9 Juli 2010

Ernawati

Hubungan Tugas Pokok dan fungsi(Tupoksi) Kepala Seksi dan Komite Keperawatan Dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak

xiv + 91 hal + 17 tabel + 2 gambar + grafik + 11 Lampiran

Abstrak

Penelitian *diskriptif korelasi* dan *crosssectional* ini bertujuan menguraikan tugas pokok fungsi(tupoksi) kepala seksi dan komite keperawatan dalam efektifitas pelayanan keperawatan di rumah sakit. Hasil Penelitian pada 190 menunjukkan mean 33,57 tahun, masa kerja 9,51 tahun, jenis kelamin perempuan 56,8% D3 keperawatan 90% menikah. Analisis data regresi logistik. Hasil analisis ada hubungan antara tupoksi kepala seksi, komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,001 > 0,05$). Tidak ada karakter individu terbukti sebagai variabel konfounding, tidak masuk dalam konfounding, tidak masuk dalam model akhir analisis multivariat. Disarankan pada kepada rumah sakit tentang pentingnya kejelasan tupoksi untuk peningkatan kinerja kasi dan komite keperawatan untuk menetapkan kebijakan setara dengan kepala bidang keperawatan.

Kata kunci:

Efektifitas pelayanan keperawatan, kepala seksi keperawatan, komite keperawatan.

Daftar pustaka: 55 (1987-2010) .

UNIVERSITAS INDONESIA
MASTER PROGRAM OF NURSING SCIENCE
LEADERSHIP AND NURSING MANAGEMENT
POST GRADUATE PROGRAM OF FACULTY OF NURSING

Thesis, July 9, 2010

Ernawati

The Relationship between Main Duties and Functions of the Section Heads and Nursing Committee with Effectiveness of Nursing Services at Dr. Soedarso Hospital, Pontianak

xiv + 91 pages + 17 tables + 2 pictures + 1 graphic + 11 appendixes

Abstract

This research is a descriptive correlation with cross sectional program. The research was aimed to describe the relationship between main duties and functions of the section heads and nursing committee with effectiveness of nursing services at the hospital. The result showed that from 190 respondents, their average age is 33,57 years old; 9,51 years working period; 56,8 % of the female sex; as much as 90 % have a diploma in nursing and has been married. The data was analyzed by the Chi-Square test, the independent t test, and the logistic regression test. From the data analysis, it has been recognized that there is a relation between main duties and functions of the section heads and nursing committee with effectiveness of nursing services ($p=0,001>0,05$). No individual character that proved as confounding variables, not included in the multivariate analysis model. It is suggested to the director of the hospital to learn more about the importance of the main duties and functions clarity to improve the performance of section head and nursing committee by arranging a policy that is equivalent to the head of nursing department.

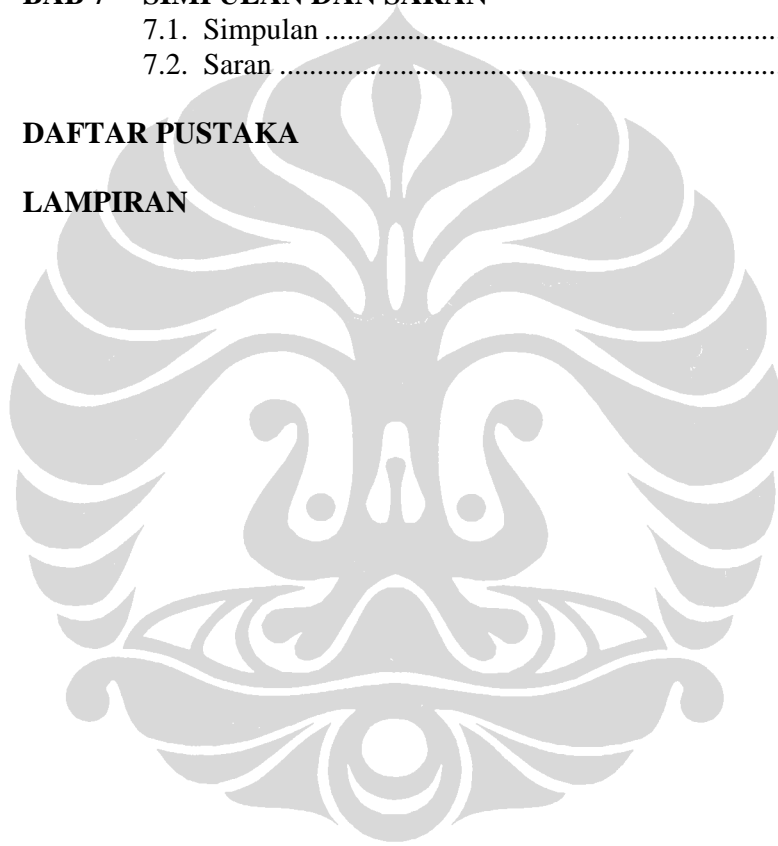
Keywords: effectiveness of nursing services, head of nursing section, nursing committee

Bibliography: 55 (1987-2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR BEBAS PLAGIAT	
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR	v
PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR GRAFIK	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Fungsi Manajemen	9
2.2 Tupoksi Kepala Seksi Keperawatan	12
2.3 Tupoksi Komite Keperawatan	14
2.4 Efektivitas pelayanan keperawatan	21
2.5 Koordinasi	25
2.6 Pengawasan	30
2.7 Pengambilan keputusan	30
2.8 Struktur	36
2.9 Karakteristik Perawat	40
2.10 Kerangka Teori	47
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Konsep	49
3.2. Hipotesis	50
3.3. Definisi Operasional	50
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	54
4.2 Populasi dan Sampel	54
4.3 Cara Pengambilan Sampel	56
4.4 Tempat Penelitian	57
4.5 Waktu Penelitian	57
4.6 Etika Penelitian	58
4.7 Prosedur Pelaksanaan Penelitian	60
4.8 Alat Pengumpul Data	60
4.9 Proses Pengolahan Data	63

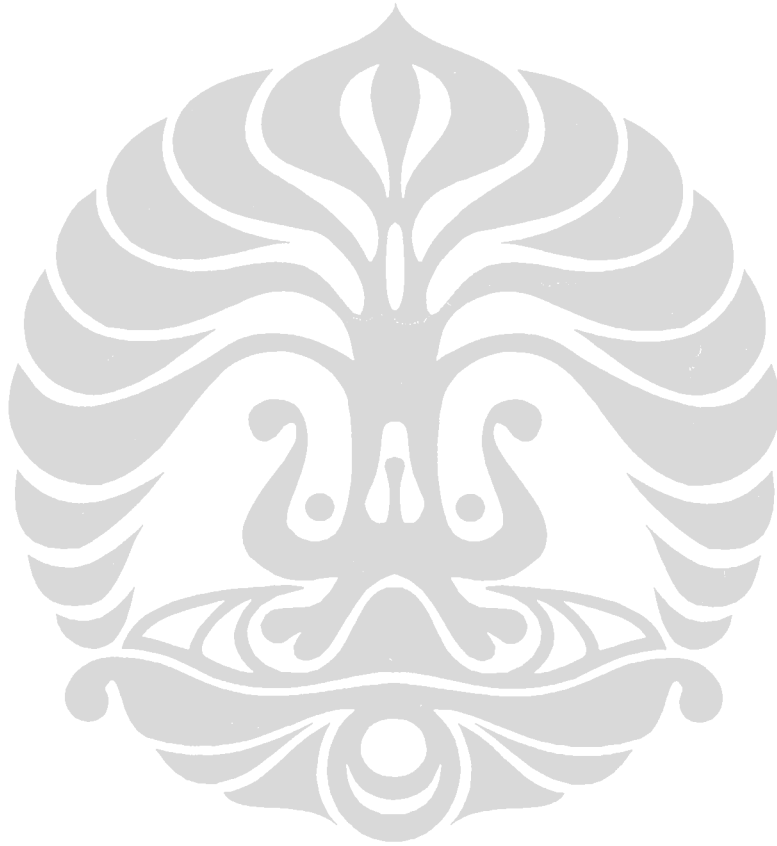
4.10 Analisis Data.....	64
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1. Analisis Univariat	67
5.2. Analisis Bivariat.....	70
5.3. Analisis Multivariat.....	76
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1. Pembahasan Penelitian.....	80
6.2. Keterbatasan Penelitian.....	94
6.3. Impilkasi untuk Keperawatan	95
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Simpulan	97
7.2. Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

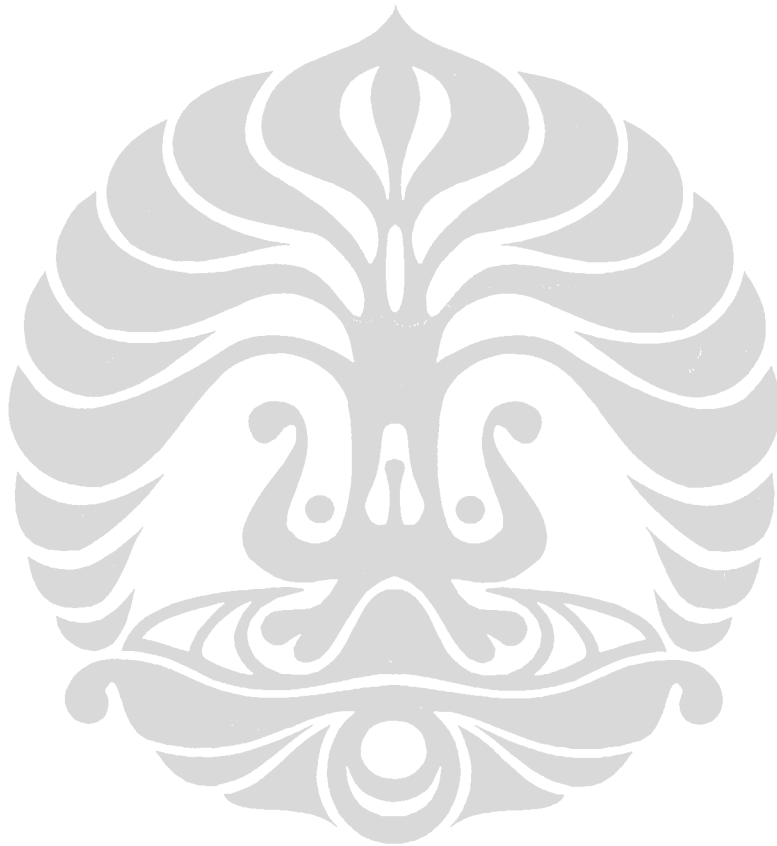
Tabel 3.1	Difinisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur, dan, Skala Ukur Variabel Penelitian.....	51
Tabel 4.1	Proporsi Jumlah Sampel di Ruang Perawatan RSUD. Dr. Soedarso Pontianak.....	50
Tabel 4.2	Sebaran Pernyataan dalam Kuesioner.....	55
Tabel 4.3	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas di RS. Abdul Azis Singkawang ..	56
Tabel 4.4	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas di RSUD Dr. Soedarso Pontianak.....	57
Tabel 4.5	Uji Statistik Analisis Bivariat.....	59
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi (Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Status Perkawinan) di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010. n= 190	67
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi (Umur dan Masa Kerja) di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010. n= 190..	68
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Tupoksi Kasie Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010. n= 190.....	68
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Tupoksi Komite Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010. n= 190.....	69
Tabel 5.5	Analisis Hubungan Tupoksi Kasie Keperawatan dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010, n=190	71
Tabel 5.6	Analisis Hubungan Tupoksi Komite Keperawatan dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010, n=190	72
Tabel 5.7	Analisis Hubungan Umur Terhadap Efektifitas Pelayanan Keperawatan Organisasi di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010.....	73
Tabel 5.8	Analisis Hubungan Karakteristik Biografi Perawat Pelaksana (Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Perkawinan) dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010, n=190	74
Tabel 5.9	Analisis Hubungan masa kerja terhadap efektifitas pelayanan keperawatan Organisasi Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010.....	75

Tabel 5.10 Model Awal Analisis Multivariat Hubungan Tupoksi Kasi dan Komite Keperawatan terhadap Efektifitas Pelayanan Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010	77
Tabel 5.11 Model Akhir Analisis Multivariat Hubungan Tupoksi Kasi dan Komite Keperawatan terhadap Efektifitas Pelayanan Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, tahun 2010	78



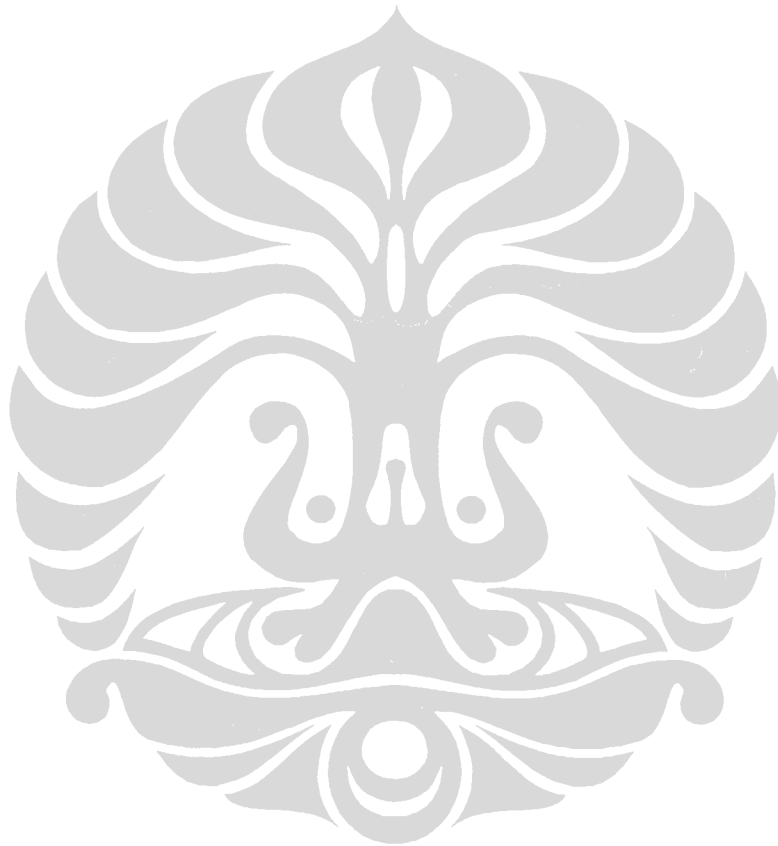
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Karakteristik Hubungan Tugas Fungsi Kasi Keperawatan dan Komite Keperawatan dalam Pelayanan Keperawatan	48
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	49



DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1	Gambaran Distribusi Efektifitas Pelayanan Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010. n= 190.....	70
------------	--	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Tugas dan Fungsi Kepala Seksi Keperawatan
- Lampiran 2 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 Informed Consent
- Lampiran 4 Kuesioner
- Lampiran 5 Jadwal Waktu Penelitian
- Lampiran 6 Surat Ijin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 7 Surat Lolos Uji Etik
- Lampiran 8 Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 9 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 10 Lembar Konsultasi Hasil
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan organisasi yang sangat kompleks dan sangat diperlukan dalam peningkatan status kesehatan masyarakat. Salah satu fungsi rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan dengan tujuan memelihara kesehatan masyarakat seoptimal mungkin (Aditama, 2006).

Pelayanan keperawatan merupakan salah satu bentuk layanan yang memiliki kontribusi yang besar dalam pelayanan kesehatan. Gillies (1994), dan menyatakan bahwa layanan keperawatan merupakan layanan terbesar dalam layanan rumah sakit. Jumlah tenaga kesehatan yang besar di rumah sakit adalah tenaga perawat. Pelayanan keperawatan di institusi rumah sakit terdistribusi pada sejumlah area pelayanan seperti pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan, maupun pada area pelayanan khusus seperti instalasi intensif, instalasi gawat darurat, maupun instalasi bedah sentral. Sifat unik pelayanan dan asuhan keperawatan adalah konstan, kontinyu, koordinatif dan advokatif. Oleh karena itu, salah satu indikator keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan tersebut ditentukan oleh pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas. Pelayanan dan asuhan keperawatan menjadi salah satu indikator penilaian dalam akreditasi Rumah Sakit.

Asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai dengan adanya profesionalisme keperawatan. Pelayanan keperawatan profesional di rumah sakit diberikan oleh perawat yang ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui pendekatan asuhan keperawatan (Depkes, 2002).

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari suatu pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga, dan masyarakat baik sehat, maupun yang sakit

yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Keberhasilan rumah sakit menjalankan fungsinya ditandai dengan adanya mutu pelayanan prima sangat dipengaruhi beberapa faktor yaitu pelayanan keperawatan berkontribusi menentukan kinerja rumah sakit (Depkes, 2002).

Pemberiaan pelayanan kesehatan baik melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara profesional oleh kelompok keperawatan. Profesionalisme perawat di rumah sakit diakomodasi dan difasilitasi oleh kelompok perawat yang terhimpun dalam komite keperawatan. Kedudukan komite keperawatan berada dalam struktur tetapi menjalankan peran fungsional rumah sakit yang tujuannya menghimpun, merumuskan, dan mengkomunikasikan pendapat dan ide-ide perawat sehingga memungkinkan penggunaan gabungan pengetahuan, keterampilan, dan ide dari staf profesional keperawatan (Swansburg, 1999).

Komite keperawatan berada dalam struktur rumah sakit, tertuang jelas dalam Kepmendagri no 1 tahun 2002 tentang pedoman penyusunan organisasi dan tata kerja rumah sakit daerah bahwa organisasi rumah sakit sekurang-kurangnya harus memiliki direktur, wakil direktur, komite medik, staf medik fungsional, komite keperawatan, kepala instalasi dan Satuan Pengawas Internal (SPI). Komite keperawatan yang ada di RSUD Dokter Soedarso kedudukannya berada di bawah Direktur yang tertuang jelas dalam peraturan daerah (Perda), tentang tata kerja rumah sakit daerah dokter soedarso. Komite keperawatan mempunyai tugas dan tanggung jawab terhadap: menyusun standar pelayanan dan memantau pelaksanaannya. Menetapkan standar ketenagaan keperawatan. Menetapkan mekanisme etika profesi serta pembinaan etik profesi. Meningkatkan program pendidikan dan pelatihan (Keputusan Direktur Rumah Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak No: 77 tahun 2009).

Masalah yang dihadapi oleh komite keperawatan adalah pada fungsi perencanaan seperti uraian rencana kerja tahunan komite sudah ada, namun belum berjalan sebagai mana mestinya sebagaimana yang diharapkan. Standar operasional prosedur komite keperawatan belum ada (dalam proses pembuatan), sedangkan

standar asuhan keperawatan, standar tenaga keperawatan, standar alat, dan standar penampilan perawat sudah ada. Pada fungsi Pengorganisasian struktur organisasi RSUD Dr Soedarso ada, serta garis komando komite berhubungan langsung dengan Direktur. Metode penugasan yang dipakai adalah metode Tim dan alokasi sudah diterapkan disemua ruangan, fungsi komunikasi yang belum efektif dilaksanakan. Fungsi Pengarahan otonomi, koordinasi belum efektif dilakukan, upaya meningkatkan motivasi staf jarang dilakukan. Fungsi Pengendalian jarang dilakukan kecuali ada masalah yang muncul, atau akan ada penilaian seperti akreditasi rumah sakit dan lain-lain.

Komite keperawatan berfungsi memberikan masukan atau saran dan mengkoordinasikan, karena keberadaan komite keperawatan sangat membantu dalam penyampaian informasi baik vertikal maupun horizontal dan menggalang partisipasi perawat atau karyawan terkait dalam membantu organisasi untuk menerima umpan balik yang berharga agar lebih efektif dan cepat (Swansburg, 1999).

Pelaksanaan perencanaan tenaga di RS dilakukan oleh kepala seksi keperawatan. Kepala seksi perawatan merupakan seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam pembinaan mutu sumber daya manusia keperawatan, logistik keperawatan, dan etika mutu asuhan keperawatan (Depkes, 2002). Kepala seksi dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh kepala subseksi Pelayanan Keperawatan mempunyai fungsi penyusunan program kerja Seksi Pelayanan Keperawatan, penyiapan bahan, kebutuhan dan pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan keperawatan, koordinasi, pemantauan dan evaluasi terhadap fasilitas. Sedangkan tugasnya meliputi: melaksanakan penyiapan bahan dan kebutuhan pelayanan keperawatan, melakukan koordinasi, pemantauan di rumah sakit dan evaluasi rawat inap dan intensif (Keputusan Direktur no 77 tahun 2009).

Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak merupakan rumah sakit rujukan tertinggi milik pemerintah Propinsi Kalimantan Barat yang tipe B Pendidikan. Tingkat hunian rumah sakit atau *Bed Occupation Rate* (BOR) Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak pada tahun 2007 adalah 84% dan

tahun 2008 72% (LAKIP 2008). Jumlah tenaga perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak tahun 2009 berjumlah 306 perawat dengan jumlah tempat tidur 450 buah. Jika dilihat dari data tersebut terjadi penurunan BOR 12%.

Dilihat dari Struktur Organisasi Kepala Seksi Keperawatan, berada di bawah kepala bidang pelayanan yang dipimpin oleh seorang dokter gigi. Seyogyanya kepala seksi keperawatan berada di bawah bidang keperawatan sehingga dalam melakukan fungsi-fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan akan lebih efektif, karena bidang keperawatan sangat memahami tugas dan fungsi kasi dan atau kebutuhan masing-masing ruangan atau unit rawat inap khususnya.

Namun dalam pelaksanaan pada kenyataannya banyak menemui berbagai kendala baik kendala administratif maupun koordinasi. Kendala yang dihadapi kasi keperawatan dalam menjalankan tugasnya meliputi seluruh fungsi manajemen fungsi perencanaan tahunan yang dibuat seperti perencanaan jumlah tenaga yang diinginkan sudah ada, penempatan tenaga perawat atau mutasi tenaga sudah ada, standar instrumen keperawatan sudah ada.

Standar operasional prosedur kepala seksi keperawatan saat ini dalam proses pembuatan. Pada saat pengangkatan kepala seksi keperawatan tidak ada berkas timbang terima dari kepala kasi yang lama,. Kepala seksi yang baru harus membuat standar-standar yang akan di gunakan tersebut. Pengorganisasian sub kasi keperawatan tidak ada didalam struktur organisasi rumah sakit, legalitas kedudukan sub kasi tidak kuat, koordinasi dan komunikasi yang dilaksanakan oleh kasi belum optimal baik vertikal, horisontal pada fungsi pengarahan seperti memberikan motivasi pada perawat pelaksana jarang dilakukan, komunikasi belum efektif dilaksanakan.

Hasil wawancara dengan Kepala Seksi Keperawatan RSUD Dr Soedarso, tugas-tugas kepala seksi keperawatan dirasakan belum optimal, seperti melakukan koordinasi, pengawasan, pengendalian, pengambilan keputusan dan menilai mutu asuhan keperawatan belum dilakukan dengan optimal, karena saat diminta

Universitas Indonesia

hasil evaluasi belum ada. Dari hasil penilaian akreditasi pendokumentasian keperawatan mendapat nilai 67 % mempunyai artu kurang baik, begitu juga pada pengawasan yang dilakukan hanya mendata pasien pada ruang rawat inap, tidak semua ruangan yang dikunjunginya, hanya yang dianggap prioritas saja untuk dikunjungi.

Beberapa program yang telah diusulkan kepala seksi keperawatan seperti dalam mengajukan keperluan logistik salah satu contoh seperti instrumen perawatan luka diminta 6 set terialisasi hanya 1 set, tidak semua yang diajukan dapat terealisasi, demikian juga dengan pengajuan tenaga keperawatan pada 2008 yang diminta perawat 169 orang, terealisasi hanya 20 perawat dan bidan tidak terealisasi sesuai dengan perencanaan kepala seksi keperawatan meskipun RSUD Dr Soedarso masih kekurangan tenaga..

Berdasarkan standar ketenagaan Depkes, (2002) rasio perawat dan tempat tidur adalah 2:1, Pada kenyataan tenaga keperawatan yang dibutuhkan di rumah sakit umum daersh dokter soedarso masih dibawah standar Departemen Kesehatan Contoh yang kedua: ruang isolasi paru jumlah tempat tidur 40, jumlah perawat 17 berarti disini masih kurang 3 perawat, rata-rata semua ruangan masih kurang 2-3 perawat

Masalah ini terjadi karena dirasakan kurang koordinasi antara seksi keperawatan dan bidang pelayanan. Kurang koordinasi tersebut terjadi karena berbagai persoalan yang terjadi tidak cepat ditanggapi oleh pejabat manajemen (Pejabat struktural yang berwenang mengambil keputusan), sehingga pengambilan keputusan dirasakan lamban.

Di RS Sardjito penelitian yang dilakukan oleh (Winarti, 2007) yang dilaksanakan oleh kepala seksi keperawatan pada fungsi koordinasi dan pengawasan yang dijalankan dengan nilai kurang yaitu: 7,1%, cukup baik 80,4% 12,5% baik dapat disimpulkan fungsi koordinasi, pengawasan yang dilakukan oleh kepala seksi keperawatan masih rendah. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti hubungan tugas pokok dan fungsi koordinasi, pengawasan, dan pengambilan keputusan

kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD. Dr. Soedarso Pontianak

1.2 Rumusan Masalah

Tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan di RSUD Dr Soedarso Pontianak dirasakan belum dilaksanakan secara optimal. Kondisi ini ditunjang dengan struktur organisasi yang tidak mendukung di mana belum adanya bidang keperawatan, sehingga tugas manajemen pelayanan keperawatan dikerjakan oleh kepala seksi keperawatan. Kepala seksi keperawatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan dan kebutuhan pelayanan keperawatan, melakukan koordinasi, pemantauan, dan pengambilan keputusan rawat inap dan intensif.

Tugas dan fungsi kepala seksi keperawatan ini belum dapat dilaksanakan dengan baik. Hal ini dikarenakan belum adanya Subkasi dalam struktur organisasi di Keperawatan, kurangnya pemahaman individu terhadap fungsi dan tugas tersebut, lemahnya kedudukan kasubsi dan berpotensi berdampak pada penurunan kualitas pelayanan keperawatan di tingkat bawah atau di ruang rawat inap. Ini merupakan fenomena yang menarik karena pelayanan keperawatan yang begitu menentukan kualitas pelayanan rumah sakit hanya dikelola oleh kepala Seksi Pelayanan Keperawatan dengan tugas dan fungsi serta kewenangan yang terbatas.

Kualitas pelayanan rawat inap ditentukan oleh efektifitas pelayanan keperawatan(koordinasi, pengawasan, dan pengambilan keputusan) oleh kepala seksi dan komite keperawatan. Pertanyaan yang menarik untuk dikaji adalah “Bagaimana hubungan tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan dengan efektifitas (koordinasi, pengawasan dan pengambilan keputusan) pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak yang ada saat ini?” Pertanyaan-pertanyaan inilah yang akan coba dijawab oleh penulis dalam penelitian ini.

1.3 Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menguraikan hubungan tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD. Dr. Soedarso Pontianak.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1.3.2.1. Menggambarkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi kepala seksi keperawatan.
- 1.3.2.2. Menggambarkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi komite keperawatan
- 1.3.2.3. Menggambarkan efektifitas pelayanan keperawatan
- 1.3.2.4. Menggambarkan Karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan masa kerja, status perkawinan).
- 1.3.2.5. Menggambarkan hubungan tugas pokok dan fungsi kepala seksi keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan
- 1.3.2.6. Menggambarkan hubungan tugas pokok dan fungsi komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan
- 1.3.2.7. Menggambarkan faktor yang paling dominan berhubungan dengan efektifitas pelayanan keperawatan setelah dikontrol dengan variabel konfounding

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi organisasi rumah sakit dalam melakukan tugas pokok dan fungsi pengawasan, koordinasi, dan pengambilan keputusan secara mufakat dan musyawarah dalam efektifitas pelayanan rumah

Universitas Indonesia

sakit. Mempunyai komitmen yang tinggi guna peningkatan mutu pelayanan yang ada di Rumah Sakit akan menjadi lebih baik dan profesional. Hasil penelitian ini digunakan sebagai masukan dalam pengembangan kebijakan fungsi manajemen keperawatan, pengawasan, koordinasi, dan pengambilan keputusan di rumah sakit umum daerah Dr Soedarso Pontianak.

1.4.2. Bagi Kepala seksi dan Komite Keperawatan

Hasil penelitian keilmuan ini dapat berguna dalam memberikan gambaran tentang tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan agar dapat menjalani tugas pokok fungsi serta berguna bagi peningkatan pengetahuan dan dapat diterapkan sesuai dengan prosedur yang ada, khususnya pada koordinasi, pengawasan, dan pengambilan keputusan sesuai dengan yang diharapkan. Dapat memberikan dampak yang positif tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan bahwa setiap intervensi yang dilakukan oleh perawat pelaksana akan dilakukan pengawasan, koordinasi, dan pengambilan keputusan yang harus dilakukan oleh kasi dan komite keperawatan.

1.4.3. Bagi Penelitian

Penelitian ini dapat digunsksn sebagai dasar dalam melakukan penelitian terhadap efektifitas tugas pokok dan fungsi komite keperawatan dan kepala seksi keperawatan sehingga dapat dikembangkan lebih lanjut baik alat ukur penelitian, tempat penelitian maupun variabel penelitian. Perkembangan penelitian yang berhubungan dengan tugas pokok fungsi komite keperawatan dan kepala seksi keperawatan dapat terus di evaluasi dan dikembangkan. Mengembangkan riset selanjutnya yang berhubungan dengan tupoksi kepala seksi dan komite keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas teori yang ada kaitanya dengan variabel yang diteliti yaitu: manajemen pelayanan keperawatan, pengawasan, koordinasi, dan pengambilan keputusan dalam efektifitas pelayanan. Teori-teori tersebut digunakan untuk menjadi dasar penelitian.

2.1. Fungsi Manajemen

Manajemen keperawatan merupakan proses harus dilakukan pendekatan sistem terbuka, beberapa komponen saling berinteraksi, mempunyai lima elemen penting yaitu input, proses, output, kontrol dan mekanisme umpan balik (Gillies, 1996)

Manajemen sebagai suatu proses dapat dipelajari dari fungsi-fungsi manajemen yang dilaksanakan oleh seorang manajer. Adapun yang dimaksud fungsi manajemen adalah langkah-langkah penting yang wajib dikerjakan oleh seorang manajer untuk mencapai tujuan. Keperawatan lebih sering mengadopsi fungsi manajemen, yaitu *planning, organizing, actuating, dan controlling* (Suyanto, 2008).

2.1.1 Fungsi perencanaan

Fungsi perencanaan adalah fungsi terpenting dalam manajemen karena fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Fungsi perencanaan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen secara keseluruhan. Tanpa ada fungsi perencanaan, tidak mungkin fungsi manajemen lainnya akan dapat dilaksanakan dengan baik. Perencanaan manajerial akan memberikan pola pandang secara menyeluruh terhadap semua pekerjaan yang akan dijalankan, siapa yang akan melakukan dan kapan akan dilakukan.

Perencanaan merupakan tuntunan terhadap proses pencapaian tujuan secara efisien dan efektif (Muninjaya, 2004). Dalam kegiatan perencanaan,

kepemimpinan diarahkan pada kegiatan yang menyangkut pengenalan masalah yang terjadi dilingkungan kerja dalam area kepemimpinan penetapan tujuan baik jangka pendek maupun jangka panjang untuk upaya pemecahan masalah yang ada, termasuk pengembangan dari tujuan tersebut dalam uraian bagaimana tujuan dan sasaran yang ditentukan tersebut akan dicapai (Monica, 1986 dalam Aswani, dkk, 2006). Perencanaan yang baik akan menentukan keberhasilan kegiatan dan pencapaian tujuan serta menghindari "keterperangkapan" dari seluruh komponen kepemimpinan (Longest, 1976 dalam Aswani, dkk, 2006). Lingkup manajemen pelayanan keperawatan yaitu manajemen asuhan keperawatan, merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan, metode, mengawasi, fasilitas serta dana guna memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas (Swansburg, 1999) dan manajemen operasional, dikelola bidang perawatan dengan tiga tingkatan manajerial (Gillies, 1994). Manajemen puncak adalah direktur keperawatan mempunyai lingkup yang luas berdasarkan misi organisasi perencanaan strategis. Manajer menengah adalah membantu manajer puncak perencanaan jangka menengah. Manajer bawah adalah kepala ruangan atau ketua tim mengelola keperawatan langsung. Kunci keperawatan dalam memberikan pelayanan yaitu komunikasi, pengawasan, konsultasi, pendelegasian dan koordinasi. (Loveridge & Cumming, 1996). Perencanaan mempermudah seni menangani orang-orang dan mendapatkan keberanian moral karena hal ini dapat memastikan. Perencanaan yang efektif memerlukan kontinuitas jabatan. Perencanaan yang baik adalah tanda kompetensi (Gillies, 1994).

Perencanaan adalah fungsi administratif yang menempatkan beberapa resiko terhadap pembuat keputusan dan pemecahan masalah. Ini memastikan bahwa kemungkinan hasil akan dapat diinginkan dan efektif dalam segi sumberdaya manusia, sumber material serta produk-produk atau pelayanan. (Gillies, 1994). Fungsi manajemen keperawatan dalam pelayanan keperawatan merupakan proses yang harus diterapkan guna mencapai kualitas yang profesional. Sebagai kunci keterampilan dalam pelayanan keperawatan adalah pengorganisasian, penggerakan, pengawasan, dan pengendalian (Swansburg, 1999).

2.1.2 Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti halnya fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia dan yang bukan manusia) akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2004). Pengorganisasian adalah peralatan dari institusi untuk mencapai tujuan organisasi mobilisasi kebutuhan manusia (Huber, 2000). Kegiatan ini dilakukan melalui keterlibatan semua sumber daya yang ada dalam suatu sistem untuk mencapai tujuan organisasi (Harsey & Blanchard, 1977 dalam Aswani, dkk, 2006). Manajer dengan otoritas mengawasi pada setiap kelompok guna penentuan cara pengkoordinasian aktivitas unit lain secara horizontal, vertikal bertanggung jawab mencapai suatu tujuan tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan (swansburg, 1999).

2.1.3 Fungsi Pergerakan dan Pelaksanaan

Fungsi manajemen ini merupakan fungsi penggerak semua kegiatan program (ditetapkan pada fungsi pengorganisasian) untuk mencapai tujuan program (dirumuskan dalam fungsi perencanaan). Oleh karena itu fungsi manajemen ini lebih menekankan bagaimana manajer mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya (manusia dan yang bukan manusia) untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Untuk menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi, peranan kepemimpinan, motivasi staf, kerjasama dan komunikasi antar staf merupakan hal pokok yang perlu mendapat perhatian para manajer organisasi (Muninjaya, 2004).

2.1.4 Fungsi Pengawasan dan Pengendalian

Fungsi pengawasan dan pengendalian merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen. Fungsi ini mempunyai kaitan erat dengan ketiga fungsi

manajemen lainnya, terutama dengan fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengawasan dan pengendalian, standar keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja dan sebagainya harus selalu dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai atau yang mampu dikerjakan oleh staf. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan yang terjadi harus segera diatasi. Penyimpangannya harus dapat dideteksi secara dini, dicegah, dikendalikan atau dikurangi oleh pimpinan. Fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan (Muninjaya, 2004).

Organisasi pelayanan keperawatan membutuhkan ketelitian sebab mengemban mutu misi mengatur sumberdaya manusia yang terbesar jumlahnya dirumah sakit. Karenanya untuk dapat memberikan pelayanan cepat dan tepat, nyaman, ekonomis, estetis, dan etis diperlukan penerapan manajemen yang baik dan terarah. (Swansburg, 1999)

2.2. Kepala Seksi Keperawatan

Kepala seksi perawatan adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam pembinaan, mutu sumber daya manusia keperawatan, logistik keperawatan dan etika mutu asuhan keperawatan (Depkes, 2002) Rumah Sakit Dr Soedarso Pontianak yang menetapkan kepala seksi keperawatan adalah Direktur Rumah sakit, prosesnya penunjukan langsung oleh Direktur Seksi Pelayanan Keperawatan bertanggung jawab: terselenggaranya kegiatan pelayanan keperawatan, monitoring dan evaluasi penggunaan fasilitas pada rawat inap dan rawat intensif. Wewenang: pembinaan dan pengawasan terhadap kinerja pelayanan rawat inap dan rawat intensif.

Uraian tugas penyusunan program kerja Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedarso meliputi penyiapan bahan, kebutuhan dan pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan keperawatan, pelaksanaan monitoring dan evaluasi serta pelaporan terhadap pelayanan keperawatan pada rawat inap

dan intensif, pelaksanaan koordinasi sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, penyiapan bahan pelaksanaan laporan dan evaluasi pelaksanaan tugas di seksi pelayanan keperawatan, pelaksanaan tugas lain di bidang pelayanan keperawatan yang diserahkan oleh kepala bidang pelayanan, memberi petunjuk kerja kepada staf yang dilakukan secara lisan dan tulisan agar tugas-tugas yang dilaksanakan dapat dipahami dengan benar (Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak No 77 Tahun 2009).

Tugas pokok, dan fungsi kepala seksi keperawatan sangatlah terbatas karna tidak bisa mengatur serta mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di rumah sakit, tugas pokok fungsinya hanya pelaksanaan monitoring, penyiapan bahan kebutuhan laporan evaluasi, serta melaksanakan tugas yang dilimpahkan oleh kepala bidang pelayanan (Depkes, 2002). Rumah sakit umum daerah dokter soedarso dalam struktur organisasi tidak ada kepala bidang pelayanan keperawatan. Yang ada hanyalah kepala seksi keperawatan. Yang sudah tidak sesuai lagi dengan RS tipe B pendidikan serta merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi sekalimantan barat

Rumah sakit dalam menerapkan tugas pokok dan fungsi keperawatan di lihat dari Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak No 77 Tahun 2009, hendaknya dapat melakukan koordinasi usaha-usaha manajer tingkat bawah dan merupakan penghubung antara manajer tingkat bawah dan manajer tingkat atas. Manajer tingkat menengah menjalankan operasional sehari-hari tapi tetap terlibat dalam perencanaan jangka panjang dan dalam menetapkan kebijakan unit (Marquis & Huston, 2006).

Seorang kepala seksi keperawatan dalam menjalankan tugas pokok fungsi hendaknya melakukan hubungan antar manusia (*human relation*), dalam memberika pelayanan kesehatan harus selalu melakukan kerja sama baik antar profesi, tim yang lain serta pasien maupun masyarakat. Dengan adanya kerjasama yang baik dan solid akan mudah dalam mengaplikasikan penerapan pelayanan kesehatan, serta dapat meningkatkan pelayanan yang baik motivasi

(*motivation*), kepemimpinan (*leadership*), kesepakatan kerja sama dan *collective bargaining* menjamin keberhasilan asuhan keperawatan yang berkualitas. (Hasibuan, 2001). Dengan menjalankan tugas fungsi yang optimal seorang manajer dapat meningkatkan mutu pelayanan serta mutu asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit.

Manajer keperawatan terdiri dari tiga tingkatan. 1) Manajer keperawatan tertinggi adalah: Pimpinan keperawatan tertinggi di rumah sakit seperti: Direktur keperawatan, bidang keperawatan, kepala seksi keperawatan bagi rumah sakit kelas C. 2) Manajer keperawatan tingkat menengah adalah pimpinan keperawatan di bawah pimpinan perawatan tertinggi dan diatas pimpinan keperawatan terbawah .contoh: Jabatan setingkat kepala seksi perawatan pada rumah sakit kelas A dan B pada jabatan struktural. Jabatan setingkat dengan penyelia/pengawas pada jabatan fungsional. 3) Manajer keperawatan terbawah adalah pimpinan keperawatan terbawah contoh: kepala ruang rawat inap, kepala ruang rawat jalan (Depkes, 2002).

Pada rumah sakit umum daerah dokter Soedarso kelas B berdasarkan (keputusan Direktur No 77 Tahun 2009) penempatan tenaga dilingkungan rumah sakit, Kepala seksi keperawatan berada di manajer tingkat menengah pimpinan keperawatan dibawah pimpinan perawatan tertinggi dan diatas pimpinan keperawatan terbawah (Depkes, 2002). Kepala seksi keperawatan untuk tanggung jawab, wewenang serta uraian tugas tertuang lengkap, lebih rinci dan lebih jelas dapat dilihat pada lampiran 11.

2.3. Komite Keperawatan

Pelayanan keperawatan merupakan inti organisasi rumah sakit karena menduduki posisi terbesar dalam pola ketenagaan di rumah sakit. Hal ini perlu dibentuk wadah untuk perawat yang berfungsi menjembatani staf perawat fungsional dengan jalur struktural.

2.3.1. Pengertian Komite Keperawatan

Komite keperawatan adalah suatu organisasi yang anggotanya adalah perawat di rumah sakit yang memiliki otonomi untuk mengatur diri sendiri dalam upaya meningkatkan kerja profesionalnya (Swansburg,1999). Komite Keperawatan merupakan wadah non struktural yang berkembang dari struktur organisasi formal rumah sakit bertujuan untuk menghimpun, merumuskan dan mengkomunikasikan pendapat dan ide-ide perawat sehingga memungkinkan penggunaan gabungan pengetahuan, keterampilan, dan ide dari staf profesional keperawatan.

Komite Keperawatan merupakan organisasi yang berfungsi sebagai wadah bagi tenaga keperawatan untuk berpartisipasi dalam memberikan masukan tentang hal-hal yang terkait masalah profesi dan teknis keperawatan(Swansburg,1999). Rumah sakit membentuk komite guna memfasilitasi pencapaian tujuan pelaksanaan agar lebih berkualitas (Nurachmah, 2000). Komite dibentuk untuk membahas pengembangan mutu sumber daya manusia, pembinaan etik profesi, penyusunan standar pelayanan dan penelitian (wulandari, 2000).

Komite terdiri dari dua jenis, yaitu *standing committee* dan Ad Hoc atau *Special Committee*. *Standing Committee* adalah penasehat yang berwenang memberikan masukan kepada pimpinan suatu organisasi secara langsung sedangkan *Ad Hoc Committee* dibentuk berdasarkan tujuan spesifik yang dibubarkan setelah tujuan tercapai. Komite berfungsi memberikan masukan/saran dan mengkoordinasikan atau berfungsi secara tidak formal, karena keberadaan komite sangat membantu dalam penyampaian informasi baik ke atas maupun ke bawah dan menggalang partisipasi perawat atau karyawan terkait dalam membantu organisasi untuk menerima umpan balik atau informasi penting yang berharga agar lebih efektif dan cepat.(Maria, 2007)

Komite diharapkan menghasilkan ide dan pemikiran yang kreatif untuk mengatasi masalah yang operasional dan meningkatkan pelayanan serta memperbaiki mutu kinerja. Komite keperawatan adalah organisasi yang berada diorganisasi besar rumah sakit. Komite Keperawatan ini dalam melaksanakan peranannya

memadukan berbagai karakteristik antara lain profesionalisme, kolaborasi, dan pengambilan keputusan. Komite adalah suatu kelompok karyawan yang terikat dalam sebagian aspek fungsi manajemen. Suatu komite memiliki tanggung jawab, koordinasi, informasi dan nasehat. Sebagian kecil komite memiliki tanggung jawab pembuatan keputusan (Gillies, 1994).

2.3.2. Prinsip Kegiatan Komite Keperawatan

Ada beberapa prinsip pada komite keperawatan di antara lain prinsip sinergisme yang memperlihatkan *thinking power* kelompok terpilih untuk bersama-sama berupaya memperoleh keluaran yang lebih efektif. Sehingga sebagai ketua komite keperawatan apabila salah satu permasalahan yang ada, maka harus menggunakan kekuatan berfikir yang lebih rasional. Selain itu tenaga keperawatan profesional diberdayakan untuk berkontribusi secara kolektif terhadap proses pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan. Untuk menjalankan fungsi komite keperawatan di rumah sakit sebagai kelompok keperawatan bertanggung jawab yaitu terlaksananya peran dan kegiatan perawat di rumah sakit, merupakan media utama mengkoordinasi dan memfasilitasi tumbuhnya komunitas profesi keperawatan melalui sistem pengampu keilmuan yang dapat mempertahankan profesionalisme keperawatan yang diberikan (Mari, 2007).

2.3.3. Tujuan pembentukan komite keperawatan

Pembentukan komite ada tiga tujuan. Pertama yaitu mengorganisasi kegiatan pelayanan keperawatan melalui penggabungan pengetahuan, keterampilan dan ide-ide. Kedua, menggabungkan sekelompok orang yang menyadari pentingnya sinergi dan kekuatan berpikir agar dapat memperoleh output yang paling efektif. Ketiga, meningkatkan otonomi tenaga keperawatan dalam pengelolaan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Dibentuknya komite keperawatan yang dapat menjembatani, menyalurkan, dan mempermudah hubungan baik hubungan keatas, menengah, dan kebawah serta

dapat mengkoordinasikan kelompok keperawatan. Dapat mengembangkan pengetahuan, keahlian serta dapat memberikan kesempatan kepada perawat untuk dipromosikan keposisi yang tanggung jawabnya lebih besar (Gillies, 1994, hlm 146).

2.3.4. Peran Komite keperawatan

Peran pertama komite keperawatan membentuk panitia atau kelompok kerja untuk menuliskan standar (standar aspek, standar praktek dan standar ketenagaan.). Pembuatan standar untuk internal rumah sakit umum daerah dr soedarso, selalu mengacu pada semua standar yang ada di Departemen Kesehatan. Penyusunan standar ini diperlukan masukan tentang falsafah, tujuan bidang keperawatan, teori keperawatan dan sistem pelayanan guna mempermudah pengambilan keputusan dan mengidentifikasi aktivitas dalam standar.

Anggota panitia sepakat menentukan penulisan standar operasional prosedur (SOP) apakah dalam bentuk normatif atau empirikal. kemudian menentukan topik standar yang akan disusun dan dikembangkan . Standar selesai disusun dan diuji diterapkan di lapangan, bila cocok dengan kondisi dan situasi dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan selanjutnya standar tersebut diproses untuk disetujui dan disahkan oleh direktur. Penyusunan standar bersifat interdisiplin, komite keperawatan bekerja sama dengan komite medik dan panitia yang ada di Rumah Sakit.(Swansburg, 1999).

Peran kedua: memantau pelaksanaan tugas dan panitia komite keperwatan yang ada di unit perawatan, standar tersebut akan disosialisasikan, bila terjadi penyimpangan karena tidak dapat diterapkan, tidak jelas atau tidak dapat dicapai maka akan disampaikan pada direktur untuk dievaluasi hasilnya disampaikan pada ketua komite untuk pengujian dan analisa sebelum dilakukan perbaikan dan pengembangan. Setiap standar bersifat dinamis mengikuti perkembangan maka perlu diperbaharui agar dapat digunakan untuk menjamin kinerja yang diharapkan sehingga dapat meningkatkan kepuasan dari perawat itu sendiri.

Peran komite keperawatan di atas maka dapat disimpulkan komite keperawatan pada organisasi rumah sakit adalah sebagai *fasilitator* pertumbuhan dan perkembangan profesi melalui kegiatan yang terkoordinasi, tim kendali mutu untuk mempertahankan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman, *problem solver* dalam mengatasi masalah keperawatan yang terkait dengan etik dan sikap moral perawat. *investigator*, kelompok peneliti yang mengkaji berbagai aspek keperawatan untuk meningkatkan pelayanan, *implementator*, menjamin diterapkannya standar praktek, asuhan, dan prosedur, *human relation team*, menjamin hubungan kerja dengan staf, *designer/ implementator/* pemantau dan evaluator ide baru, *komunikator*, *edukator*, *negosiator*, dan pemberi rekomendasi terhadap hasil kerja staf. (Swansburg, 1999).

2.3.5. Fungsi Komite Keperawatan

Fungsi komite keperawatan berdasarkan konsep kerja di lingkungan komite keperawatan sebagai berikut:

Dalam kaitan dengan pelayanan keperawatan di rumah sakit

- 2.3.5.1. Menjamin tersedianya norma-norma: standar praktek/asuhan/prosedur keperawatan sesuai lingkup asuhan dan pelayanan serta aspek penting asuhan di seluruh area keperawatan
- 2.3.5.2. Menjaga kualitas asuhan melalui perumusan rencana peningkatan mutu keperawatan tingkat rumah sakit: menetapkan alat-alat pemantauan, besar sampel, nilai batas, metodologi pengumpulan data, tabulasi, serta analisis data
- 2.3.5.3. Mengkoordinasi semua kegiatan pemantauan mutu dan evaluasi keperawatan: jenis kegiatan, jadwal pemantauan dan evaluasi, penanggung-jawab pelaksana.
- 2.3.5.4. Mengintegrasikan proses peningkatan mutu keperawatan dengan rencana rumah sakit untuk menemukan kecenderungan dan pola kinerja yang berdampak pada lebih dari satu departemen atau pelayanan

- 2.3.5.5. Mengkomunikasikan informasi hasil telaah mutu keperawatan kepada semua yang terkait, misalnya komite mutu rumah sakit.
- 2.3.5.6. Mengusulkan solusi kepada manajemen atas masalah yang terkait dengan keprofesionalan tenaga dan asuhan dalam sistem pemberian asuhan, misalnya sistem pelaporan pasien, penugasan staf.
- 2.3.5.7. Memprakarsai perubahan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
- 2.3.5.8. Berpartisipasi dalam komite mutu tingkat rumah sakit.
- 2.3.5.9. Mempertahankan keterkaitan antara teori, riset dan praktek dalam kaitan dengan anggota
- 2.3.5.10. Menetapkan lingkup praktik, kompetensi dan kewenangan fungsional tenaga keperawatan.
- 2.3.5.11. Merumuskan norma-norma: harapan dan pedoman perilaku
- 2.3.5.12. Menyediakan alat ukur pantau kinerja tenaga keperawatan.
- 2.3.5.13. Memelihara dan meningkatkan kompetensi untuk meningkatkan kinerja anggota.
- 2.3.5.14. Membina dan menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika profesi keperawatan.
- 2.3.5.15. Mewujudkan komunitas profesi keperawatan.
- 2.3.5.16. Merumuskan sistem rekrutmen dan retensi staf (Gillies,1994).

2.3.6. Garis besar tugas Komite Keperawatan

Sebagai garis besar yang harus dijalankan komite keperawatan sebagai berikut:

- 2.3.6.1. Menyusun dan menetapkan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit
- 2.3.6.2. Memantau pelaksanaan asuhan keperawatan
- 2.3.6.3. Menyusun model Praktek Keperawatan Profesional
- 2.3.6.4. Memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan

- 2.3.6.5. Meningkatkan profesionalisme keperawatan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik
- 2.3.6.6. Bekerja-sama dengan Direktur/bidang keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan sejalan dengan rencana strategi Rumah Sakit.
- 2.3.6.7. Memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga keperawatan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan.
- 2.3.6.8. Mengkoordinir kegiatan-kegiatan tenaga keperawatan, menyampaikan laporan kegiatan
- 2.3.6.9. Komite Keperawatan secara berkala (setahun sekali) menyampaikan laporan kepada seluruh tenaga keperawatan Rumah Sakit (Swansburg, 1999).

Setiap standar bersifat dinamis mengikuti perkembangan maka perlu diperbaharui agar dapat digunakan untuk menjamin kinerja yang diharapkan sehingga dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit (Gillies, 1994).

2.3.7. Kelebihan dan kelemahan komite keperawatan

Komite tidak selalu menggunakan pengalaman organisasi dengan cara yang berarti sehingga dapat menimbulkan salah langkah dalam penanganan masalah. Komite diharapkan memberikan pertimbangan yang matang dan mengkoordinasi masukan yang diberikan. Pertemuan komite memberikan kesempatan pada manajer untuk berhubungan dengan staf, komite memberi banyak masukan dan pengetahuan kolektif yang mendalam dan bermanfaat sebagai dasar pembuat keputusan terkait mutu pelayanan. Hubungan komite yang kohesif dapat mengurangi kecemasan, mengurangi persaingan, meningkatkan hubungan personal yang akrab dan membuat komite lebih produktif guna meningkatkan

efisiensi dan produktifitas komite selain mendapat keuntungan komite juga sebagai media komunikasi (Wulandari, 2000).

2.4. Efektivitas Pelayanan

2.4.1. Pengertian

Efektivitas dalam konteks perilaku pelayanan merupakan hubungan optimal antara produksi, kualitas, efisiensi, fleksibilitas, kepuasan, sifat keunggulan dan pengembangan (Gibson, Ivancevich & Donelly, 1996). “Efektivitas pelayanan dapat dilihat dari 3 perspektif, yaitu individu, kelompok, dan organisasi itu sendiri. Tingkat paling dasar adalah efektivitas individual, yang menekankan pada kinerja tugas dari karyawan tertentu atau anggota organisasi.

Biasanya karyawan bekerja dalam kelompok, sehingga masih diperlukan perspektif lain dari efektivitas, yakni efektivitas kelompok, yang secara sederhana dapat dikatakan sebagai kontribusi seluruh anggota. Organisasi terdiri dari individu dan kelompok, karenanya efektivitas organisasi juga terdiri dari efektivitas individu dan kelompok. Tetapi efektivitas organisasi lebih dari sekedar penjumlahan efektivitas individu dan kelompok. Melalui efek sinergi, organisasi mendapatkan tingkat efektivitas yang lebih tinggi dibanding penjumlahan bagian-bagiannya.

Hubungan sesungguhnya di antara ketiga perspektif akan bervariasi, tergantung dari beberapa faktor seperti tipe organisasi, pekerjaan yang dilakukan dan teknologi yang digunakan dalam menjalankan pekerjaan tersebut. Kepustakaan manajemen dan perilaku organisasi telah menyumbangkan beberapa teori dan riset atas penyebab efektivitas dari masing-masing ketiga tingkat analisis. Contohnya, penyebab efektivitas individu terdiri dari kemampuan, keterampilan, pengetahuan, sikap, motivasi dan stress. Beberapa penyebab terjadinya efektivitas kelompok adalah keterpaduan, kepemimpinan, struktur, status, peran dan norma-norma. Sedangkan penyebab efektivitas organisasi antara lain lingkungan, teknologi, pilihan strategi, struktur, proses dan kultur” (Gibson, Ivancevich &

Donelly, 1996). “efek dari nilai-nilai dan preferensi individu dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan. Penting bagi pemimpin dan manajer untuk juga memahami bagaimana organisasi mempengaruhi proses pengambilan keputusan. Karena organisasi terdiri dari orang-orang dengan nilai dan preferensi yang berbeda, maka sering terjadi konflik dalam dinamika pengambilan keputusan organisasional”.

“Terdapat korelasi positif antara struktur organisasi dan efektivitas organisasi dan dilaporkan bahwa ada berbagai macam bentuk pengaruh yang berkontribusi terhadap efektifitas, yaitu partisipasi, keterlibatan, komitmen terhadap struktur, disain dan implementasi” (Schmid, 2002).

2.4.2. Model-Model Efektivitas

Efektifitas organisasi terdiri dari beberapa model seperti:

2.4.2.1. Model Tujuan (*Goal Model*)

Menurut pendekatan ini, keberadaan organisasi dimaksudkan untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Model tujuan pada dasarnya menyatakan bahwa efektivitas organisasi harus dinilai dalam bentuk pencapaian hasil akhir bukan cara atau prosesnya.

2.4.2.2. Model Sistem (*System Model*)

Teori sistem merupakan pendekatan dalam menganalisis perilaku organisasi yang menekankan pada mempertahankan elemen dasar *masukan-proses-keluaran* dan mengadaptasi terhadap lingkungan yang lebih luas yang menopang organisasi. Dengan istilah sederhana, organisasi mengambil sumber daya (masukan) dari system yang lebih besar (lingkungan), memproses sumber daya ini, dan mengubahnya dalam bentuk lain (keluaran) (Gibson, Ivancevich & Donelly, 1996, hlm 41).

2.4.2.3. *Model Multiple Constituency*

Merupakan perspektif yang menekankan pentingnya hubungan relatif diantara kepentingan kelompok dan individual dalam suatu organisasi (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996). Model *multiple constituency* tersebut pada dasarnya menempatkan pemenuhan kepuasan berbagai pihak yang terkait dengan organisasi sebagai prioritas utama (Susanto et.al., 2006).

2.4.2.4. *The Competing Values Model*

Model ini didasarkan pada anggapan bahwa individu-individu menilai efektivitas organisasional dengan membuat *trades off* antar tiga dimensi nilai umum. Dimensi-dimensi ini mencerminkan nilai-nilai yang ada pada pusat *judgement* manusia. Ketiga dimensi nilai tersebut adalah fokus organisasional (tugas-orang), struktur organisasional (kendali-fleksibilitas) dan hubungan prasarana serta hasil akhir organisasi (proses-keluaran) (Susanto et.al., 2006, hlm 310).

2.4.2.5. Model Proses Internal

Perspektif proses internal mendasarkan diri pada kepercayaan bahwa para individu harus mempunyai kesempatan untuk mengaktualisasi diri, mempertahankan integritas dan keunikan mereka dalam tatanan organisasional. Oleh karena itu, model didasarkan pada suatu rangkaian prinsip-prinsip normatif yang mengarahkan cara organisasi seharusnya berfungsi untuk mendorong pertumbuhan dan pengembangan manusia agar dapat mencapai potensi maksimum. Semua proses dan kegiatan ini diharapkan akan mengarahkan organisasi mencapai efektivitas (Cameron, 1984, dalam Susanto et.al., 2006, hlm 311).

2.4.2.6. Model Legitimasi

Model legitimasi sering dihubungkan dengan perspektif populasi ekologi, yang menyatakan bahwa kelangsungan hidup organisasi merupakan tujuan utama (Hannan & Freeman, 1977, dalam Susanto et.al., 2006). Organisasi berupaya untuk mendapatkan legitimasi dari publik eksternal untuk memperpanjang kelangsungan hidupnya dan menghindari sebagai “korban” seleksi lingkungan.

2.4.2.7. Model Dimensi Waktu

Dimensi waktu masuk ke dalam model bila suatu organisasi dianggap sebagai suatu elemen dari sistem yang lebih besar lagi (lingkungan) yang melalui keterlibatan waktu, proses dan pengembalian sumber daya ke lingkungan. Beberapa penulis menyarankan bahwa suatu organisasi melalui suatu siklus waktu, sehingga kriteria efektivitas yang tepat harus mencerminkan tahap siklus kehidupan organisasi ini (Cameron & Whetten, 1981, dalam Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996, hlm 50).

2.4.2.8. Model Ketidakefektivan

Model ketidakefektivan (*ineffectiveness*) memusatkan pada faktor-faktor yang menghambat sukses kinerja organisasi, bukan faktor-faktor yang menyumbang pada keberhasilan (Cameron, 1984, dalam Susanto et. al., 2006, hlm 311). Menurut pendekatan ini, efektivitas dipandang sebagai suatu kontinum berkisar dari tidak efektif sampai tingkat efektivitas tinggi. Suatu organisasi dinilai mencapai efektivitas tinggi bila bebas dari berbagai karakteristik ketidakefektivan. (Susanto et. al., 2006)

2.4.3. Kriteria Efektivitas Organisasi

Marquis dan Huston (2006, hlm 293) menyatakan bahwa apapun jenis struktur organisasi yang digunakan, efektivitas organisasi dapat diidentifikasi dengan beberapa persyaratan minimal sebagai berikut ini:

- 2.4.3.1. Tujuannya harus untuk membangun sesedikit mungkin tingkat-tingkat manajemen dan sependek mungkin rantai komando. Untuk menghilangkan friksi, stress dan kelesuan.
- 2.4.3.2. Staf di unit harus mampu melihat di mana tugas-tugas dapat disesuaikan dengan tugas-tugas organisasi.
- 2.4.3.3. Struktur organisasi harus meningkatkan, tidak menghalangi komunikasi.

- 2.4.3.4. Struktur organisasi harus memfasilitasi pengambilan keputusan yang menghasilkan kinerja pekerjaan yang terbaik.
- 2.4.3.5. Staf harus diorganisasi dengan tatanan yang baik yang mendorong kelompok-kelompok informal untuk mengembangkan satu “rasa” komunitas dan saling memiliki. Efektifitas pelayanan keperawatan dalam penelitian ini dipandang sebagai suatu kontinum dari tidak efektif sampai menjadi lebih efektif dalam pelayanan keperawatan harus ada dan melaksanakan koordinasi, pengambilan keputusan masing- masing pejabat yang berwenang di setiap unit, untuk memfasilitasi pengembangan pemimpin-pemimpin masa depan.

2.5. Koordinasi

Pemimpin satuan organisasi dalam melaksanakan tugas dan fungsinya memerlukan koordinasi pengaturan tata kerja dan tata hubungan lainnya, oleh karenanya diperlukan kesamaan pengertian, supaya terjadi yang harmonis diantara satuan-satuan organisasi dalam usaha bersama mencapai tujuan organisasi (Gillies, 1994).

Koordinasi menurut (George R Terry,1999)”Koordinasi adalah suatu usaha yang sesuai atau teratur untuk menyediakan jumlah dan waktu yang tepat, dan mengarahkan pelaksanaan untuk menghasilkan suatu tindakan yang seragam dan harmonis pada sasaran yang telah ditentukan”(James D.Mooney, 1998) ”Koordinasi adalah pengaturan usaha sekelompok orang secara teratur untuk menciptakan kesatuan tindakan dalam mengusahakan tercapainya suatu tujuan bersama” (Wijono, 2000, hlm 112).

2.5.1. Tujuan dan Sasaran Koordinasi

Koordinasi adalah salah satu fungsi manajemen yang harus dilaksanakan oleh para pejabat, dalam mencapai tujuan organisasi, tujuan koordinasi adalah pencapaian tujuan organisasi, untuk mengarahkan, menyesuaikan, menyamakan

dan menyelaraskan semua kegiatan masing-masing unit kerja/instansi/pejabat sehingga tercapai tujuan bersama atau tujuan organisasi secara keseluruhan (Swansburg, 1999)

2.5.2. Pedoman Koordinasi.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam koordinasi antara lain:

- 2.5.2.1. Perlu ditentukan secara jelas siapa/instansi mana yang secara fungsional berwenang dan bertanggung jawab atas suatu masalah.
- 2.5.2.2. Pejabat atau instansi secara fungsional berwenang dan bertanggung jawab mengenai suatu masalah berkewajiban memprakarsai dan mengkoordinasikan.
- 2.5.2.3. Perlu dirumuskan secara jelas wewenang, tanggung jawab dan tugas-tugas satuan kerja.
- 2.5.2.4. Perlu dirumuskan program kerja organisasi yang jelas memperlihatkan keserasian kegiatan kerja diantara satuan-satuan kerja.
- 2.5.2.5. Perlu dikembangkan komunikasi timbal balik untuk menciptakan kesatuan bahasa dan kerjasama melalui rapat-rapat berkala, briefing, rapat kerja, rapat tim dan sebagainya (Wijono,2000, hlm 113)

2.5.3. Syarat-syarat Koordinasi

Agar koordinasi dengan mudah dapat dilaksanakan,antara lain: adanya keinginan(perasaan) bekerja sama (*sense cooperation*), adanya rasa persaingan (*rivalry*), semangat tim (*team spirit*), semangat korps, perasaan menghargai kesatuan, korps, atau organisasi (*esprit de corps*). Pengorganisasian adalah pengelompokan aktifitas untuk mencapai tujuan objektif, penugasan suatu kelompok manajer dengan otoritasnya menentukan cara pengkoordinasian aktifitas yang tepat dengan unit lainnya, baik secara pertikal maupun horizontal yang bertanggung jawab untuk mencapai objektif organisasi (Swansburg, 1999).

2.5.4. Sifat-sifat Koordinasi

Dinamis bukan statis, merupakan pandangan menyeluruh terhadap organisasi, guna mencapai tujuan. Koordinasi meninjau pekerjaan secara keseluruhan yang merupakan pekerjaan-pekerjaan yang mempunyai tujuan umum sama. Contoh melakukan koordinasi dengan Direktur/Bidang keperawatan merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi (*clinical privilege*) perawat dalam melakukan asuhan pelayanan keperawatan. (Mari, 2007)

2.5.5. Macam Koordinasi

Agar fungsi koordinasi dapat terlaksana dengan baik maka dapat menggunakan koordinasi vertikal, horizontal dan diagonal, tentunya harus disesuaikan dengan keperluan masing-masing rumah sakit. Koordinasi vertikal yaitu koordinasi antara atasan dan bawahan, sedangkan k oordinasi Horizontal adalah koordinasi diantara organisasi/instansi yang mempunyai kedudukan yang setingkat. Koordinasi Diagonal merupakan koordinasi diantara organisasi/instansi yang bukan merupakan hubungan antara atasan dan bawahan.

2.5.6. Metode dan Teknik Koordinasi

Koordinasi tidak dapat diperintahkan, dipaksakan, tetapi lebih tepat dengan cara permintaan, permohonan supaya dapat diresapi, ditaati, dihargai (Wijono, 2000) .Agar fungsi koordinasi dapat terlaksana dengan baik, diperlukan komunikasi yang baik pula, maka koordinasi dapat merupakan kordinasi vertikal, horizontal dan diagonal yang baik. Pengaturan hubungan kerja antar organisasi atau unit kerja yang satu dengan yang lainnya dalam bentuk hubungan koordinasi, baik teknis maupun fungsional, teknis administratif, taktis operasional, hubungan hirarki, konsultatif, hubungan kerja sama, hubungan dukungan dan sebagainya. (Wijono, 2000). Beberapa metode atau cara dan teknik koordinasi antara lain:

- 2.5.6.1. Mengadakan pertemuan formal seperti rapat koordinasi antara pejabat/instansi, membahas persoalan yang ada, penyelesaian persoalan, analisa potensi dan hambatan yang ada, agar tujuan yang ingin dicapai dapat terwujud, menyamakan pendapat.
 - 2.5.6.2. Mengadakan pertemuan informal pada acara yang diprogramkan (arisan, tenis rutin dll) untuk menyamakan pandangan mengurangi perbedaan pendapat.
 - 2.5.6.3. Membuat buku pedoman organisasi, tata kerja, kumpulan peraturan perundang-undangan.
 - 2.5.6.4. Mengedarkan kartu, kartu atau kertas diberikan secara terpisah ditujukan kepada pejabat lain, dikumpulkan kembali berisi pendapat masing-masing
 - 2.5.6.5. Membuat edaran berantai, untuk efisiensi, perlu keputusan segera tanpa perlu bertemu.
 - 2.5.6.6. Berhubungan melalui alat komunikasi seperti: radio, telepon, surat
 - 2.5.6.7. Membuat tanda-tanda: bel berkumpul
 - 2.5.6.8. Membuat simbol misal lampu setoran merah berhenti, hijau jalan
 - 2.5.6.9. Membuat kode-kode tertentu, ada aba-aba, baris berbaris dan lain sebagainya (Swansburg, 1999)
- 2.5.7. Ciri atau tanda adanya suatu koordinasi yang berhasil (bermanfaat)
- Ciri atau tanda adanya suatu koordinasi yang berhasil (bermanfaat) yaitu:
- 2.5.7.1. Dapat dihindarkan perasaan terlepas (berdiri sendiri) satu sama lain antara bagian-bagian/satuan-satuan organisasi atau antara pejabat
 - 2.5.7.2. Dihindarkan adanya perasaan paling penting di antara bagian/satuan organisasi atau pejabat.
 - 2.5.7.3. Dihindarkan kemungkinan adanya pertentangan antara bagian atau pejabat
 - 2.5.7.4. Dihindarkan rebutan fasilitas
 - 2.5.7.5. Dihindarkan waktu tunggu yang lama

- 2.5.7.6. Dihindarkan pekerjaan yang tumpang tindih (kembar)
 - 2.5.7.7. Dihindarkan kekosongan (kevakuman) pekerjaan
 - 2.5.7.8. Dihindarkan saling melempar tanggung jawab atau saling mengambil tanggung jawab yang tidak semestinya
 - 2.5.7.9. Tumbuhnya kesadaran diantara pejabat untuk saling kerjasama dan membantu
 - 2.5.7.10. Adanya kesamaan perasaan pentingnya mencapai sukses untuk mencapai tujuan
 - 2.5.7.11. Adanya komunikasi-informasi yang lebih menguntungkan
 - 2.5.7.12. Adanya kesatuan langkah, tindakan, sikap serta kebijakan pejabat (Wijono, 2000).
- 2.5.8. Ciri-ciri gejala kurang adanya koordinasi (Wijono, 2000)
- Ciri-ciri gejala kurang adanya koordinasi yaitu:
- 2.5.8.1. Petugas/satuan organisasi menuntut suatu bidang kerja atau wewenang yang masing-masing menganggap termasuk lingkungan tugasnya. Dalam hal ini sering kali terjadi pekerjaan/tugas kembar sehingga terjadi pemborosan tenaga, biaya, waktu dan sebagainya
 - 2.5.8.2. Tugas/satuan organisasi saling melempar tanggung jawab karena dianggap bidang pekerjaan /tugasnya
 - 2.5.8.3. Pencapaian tujuan organisasi tidak berjalan lancar, karena suasana organisasi kacau, petugas ragu-ragu, karena pelaksanaan pekerjaan saling berbenturan, bahkan hasil pekerjaan dihapuskan oleh pekerjaan lain tanpa disadari
 - 2.5.8.4. Dalam pencapaian tujuan tidak berdaya guna dan berhasil guna
 - 2.5.8.5. Adanya miscommunication dan misinterpretation
 - 2.5.8.6. Adanya informasi yang simpang siur (mispormation)
 - 2.5.8.7. Tidak adanya efisiensi dan efektivitas kerja.

2.6. Pengawasan

Pengawasan adalah suatu proses kegiatan seorang pimpinan untuk menjamin agar pelaksanaan kegiatan organisasi sesuai dengan rencana kebijakan dan ketentuan yang telah ditetapkan (Wijono, 2000). Pengontrolan menurut Swansburg (1999) adalah suatu fungsi yang terus menerus terjadi selama perencanaan, pengorganisasian serta pengarahan aktifitas. Hakekat pengawasan mencegah sedini mungkin terjadinya penyimpangan-penyimpangan, pemborosan kegagalan untuk mencapai tujuan dan mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan dimasa yang akan datang (Wijono, 2000).

Pengawasan yang efektif bagi setiap manajer tergantung dari pola cara kerja, keahlian dan pengetahuan kerja, serta jumlah kerja yang saling ketergantungan. Pengawasan seorang manajer secara optimal bukan dari jumlah hubungan dengan bawahannya, tetapi dari intensitas dan seringnya hubungan ini dilakukan (Tzirides, 1993 dalam Gillies, 1994). Pengawasan terhadap pemecahan masalah para bawahan yang terlalu ketat, dapat membatasi keputusan dan pemikiran yang kreatif. Penelitian mengatakan menunjukkan bahwa produktifitas pekerja semakain tinggi dengan semakin dekatnya pengawasan yang dilakukan, (Gillies, 1994).

2.7. Pengambilan Keputusan.

2.7.1. Pengertian

Pengambilan keputusan (*decision making*) yang didefinisikan oleh Terry, (1999, dalam Wijono, 2000, hlm.379) adalah “Pengambilan keputusan selalu dihubungkan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan. Dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik. Maksud dari pengambilan keputusan dan pemecahan masalah:

2.7.1.1. Untuk meningkatkan penanpilan organisasi dengan mensukseskan pemecahan masalah yang menyebabkan ketidak puasan pelanggan internal atau eksternal.

- 2.7.1.2. Untuk menjamin bahwa pemecahan masalah tidak melompat solusinya sebelum dianalisis penyebab masalahnya.
- 2.7.1.3. Untuk menyediakan suatu proses yang dapat digunakan oleh tim untuk memaksimalkan kontribusi dari tiap-tiap individu.
- 2.7.1.4. Untuk pelaksanaan solusi terhadap masalah yang sesungguhnya dikerjakan yaitu eliminasi proses pencegahan.
- 2.7.1.5. Mengurangi biaya.

“Pengambilan keputusan adalah sebuah proses kognitif yang disengaja yang terdiri dari langkah-langkah yang berurutan yang dapat di analisa dan diperbaiki. Proses pengambilan keputusan terdiri dari kegiatan mental yang disadari dan secara sukarela dengan didasari sikap yang tidak disadari yang mempengaruhi kecepatan dan arah pemikiran. (Gillies, 1994, hlm 418). Hasil keputusan dapat dilihat seperti adanya peraturan, kebijaksanaan, aturan, intruksi yang ada di rumah sakit.

Menurut Marquis dan Huston (2006, hlm 2), “ pengambilan keputusan adalah proses kognitif yang kompleks dan sering didefinisikan sebagai memilih sebuah tindakan tertentu. Sebuah proses sistematis yang berfokus pada menganalisa sebuah situasi yang sulit, penyelesaian masalah selalu memasukkan sebuah pengambilan keputusan.

“Ada, perubahan-perubahan atau bahkan yang lebih konkret. Tipe-tipe keputusan tiga tipe keputusan manajemen, yaitu: strategis, administratif, dan operasional. Keputusan strategis dibuat oleh eksekutif tingkat atas yang merupakan tujuan jangka panjang (Gillies 1994, hlm 422), Gibson, Ivancevich & Donnelly (1996), menyatakan bahwa ada dua jenis keputusan lain, yaitu keputusan terprogram dan tidak terprogram.

Keputusan terprogram merupakan keputusan dari masalah-masalah terstruktur yang dijadikan kebijakan dan peraturan organisasi, yang kemudian digunakan

untuk menuntun pada solusi terhadap masalah-masalah yang sama (Gillies, 1994, hlm 422). Hampir sama dengan Gillies, Simon (1960 dalam Gibson, Ivancevich dan Donnelly 1996, hlm 273), menyebutkan bahwa keputusan dapat dibuat program jika masalahnya berulang dan rutin sehingga prosedur baku dibuat untuk mengatasinya. Sedangkan keputusan tidak terprogram merupakan keputusan yang tidak terstruktur, keputusan yang kreatif dibuat untuk menyelesaikan masalah dimana tidak ada strategi yang baku untuk mengatasinya (Gillies, 1994, hlm 422).

Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1996, hlm 273), keputusan tidak terprogram diambil karena tidak ada cara yang sama dengan masalah yang terjadi sebelumnya dan karena masalahnya kompleks atau sangat penting yang membutuhkan perlakuan khusus. Banyak gaya yang mungkin dilalui manajer dalam menghadapi masalah, seperti menghindari masalah (*problem avoider*), di mana seseorang menghindar atau mengabaikan informasi yang menunjukkan pada masalah, memecahkan masalah (*problem solver*), suatu pendekatan dimana seseorang mencoba untuk memecahkan masalah yang datang, mencari masalah (*problem seeker*) yaitu pendekatan terhadap masalah, dimana orang secara aktif mencari-cari masalah untuk dipecahkan atau peluang baru untuk dikejar.

Persepektif lain, ditinjau dari jalannya pikiran (*the way of thinking*), gaya pembuat keputusan dapat berupa. Gaya pengarahan (*directive style*) ciri gaya ini adalah rendahnya toleransi untuk ambiguitas (mendua) dan ia adalah berfikir secara rasional, ia sangat efisien dan logis. Dibutuhkan dalam pengambil keputusan yang mendesak dan fokus pada jangka pendek. Sering diaplikasikan pada keadaan cepat, tanpa informasi yang cukup dan sedikit alternative, (Swansburg, 1999).

Gaya analitis (*analytik style*), lebih banyak mempunyai toleransi terhadap *ambiguitas* (mendua) dari pada gaya pengarahan, lebih banyak memerlukan informasi sebelum mengambil keputusan, dan mempertimbangkan lebih banyak alternatif-alternatif. Cirinya pengambil keputusan yang hati-hati, dengan kemampuan adaptasi atau dalam mengatasi keadaan yang khusus. Gaya

konseptual (*conceptual style*), individu cenderung sangat luas pandangannya banyak melihat alternatif-alternatif. Fokusnya pada jangka panjang menemukan banyak kreatifitas dan memecahkan masalah. Gaya perilaku (*behavior style*), pengambil keputusan bekerja dengan baik bersama yang lain, toleransi rendah terhadap ambiguitas dan berfikir secara intuisi. Mereka terfokus terhadap pencapaian bawahan dan menekan penerimaan terhadap bawahan. Sering mengadakan komunikasi, menghindari konflik. Penerimaan bagi orang lain adalah penting bagi pengambil keputusan ini (Wijono, 2000. hlm 392).

2.7.2. Jenis Keputusan

Perilaku manejer dalam pengambilan keputusan dalam berbagai bentuk, dapat diklasifikasikan dalam tiga jenis:

2.7.2.1. Keputusan perorangan dan organisasi.

Manejer membuat keputusan pada saat ia melaksanakan kegiatan secara formal dalam peran yang diharapkan sebagai pejabat organisasi. Keputusan organisasi ini dapat didelegasikan kepada yang lain. Keputusan ini menjadi alat kekuasaan dan manejer membawa pengaruhnya dan kemampuannya dalam kegiatan-kegiatan organisasi (Wijono, 2000).

Keputusan perorangan menyinggung manejer sebagai organisasi, keputusan perorangan tidak dapat didelegasikan biasanya tidak menyangkut kegiatan-kegiatan perilaku organisasi, namun dapat pula keputusan personal dapat mempengaruhi kegiatan organisasi yang lain, misalnya seorang pimpinan memutuskan untuk cuti pada saat lagi sibuk-sibuknya menjadi masalah bagi organisas (Gillies, 1994).

2.7.2.2. Keputusan mendasar dan rutin

Keputusan mendasar dan rutin, meliputi komitmen jangka panjang yang relatif permanen, investasi besar atau pembelanjaan, dan derajat pentingnya, sedemikian

rupa sehingga terjadi sesuatu kekeliruan akan membahayakan kesejahteraan atau keselamatan organisasi, memerlukan sedikit relatif pertimbangan cenderung memberi efek yang sedikit terhadap organisasi (Gillies, 1994).

2.7.2.3. Keputusan yang terprogram dan non program

Keputusan yang diprogram seperti pada kegiatan yang rutin, berulang-ulang, tetap dan tidak perlu tindakan khusus bila terjadi penyimpangan, karena prosedur sudah sistematis, struktural fungsional. Keputusan non program adalah bila suatu hal adalah baru, tidak terstruktur (Wijono, 2000). Pengambilan keputusan adalah sebuah proses kognitif yang disengaja yang terdiri dari langkah-langkah yang berurutan yang dapat di analisa dan diperbaiki.

Peningkatan pengambilan keputusan menghasilkan ketepatan yang lebih dalam mengawasi tindakan dan pemecahan masalah. Proses pengambilan keputusan terdiri dari aktivitas mental yang disadari dan secara sukarela dengan didasari sikap yang tidak disadari yang mempengaruhi kecepatan dan arah pemikiran. Melalui introspeksi dan analisis seorang manajer dapat mengidentifikasi sikap-sikap yang mendasarinya dan mengubahnya untuk meningkatkan keakuratan keputusan (Gillies, 1994, hlm. 418).

Pengambilan keputusan adalah proses kognitif yang kompleks dan sering didefinisikan sebagai memilih sebuah tindakan tertentu Menurut Marquis dan Huston (2006, hlm 2), Di sisi lain, pengambilan keputusan biasanya dipicu oleh sebuah masalah, tapi sering ditangani dengan cara yang tidak menghilangkan masalah. *Problem solving* (penyelesaian masalah) merupakan bagian dari pengambilan keputusan. Sebuah proses sistematis yang berfokus pada menganalisa sebuah situasi yang sulit, penyelesaian masalah selalu memerlukan pengambilan keputusan. Walaupun pengambilan keputusan merupakan langkah terakhir dalam proses penyelesaian masalah, adalah memungkinkan pengambilan keputusan terjadi tanpa dibutuhkan analisis penuh dalam penyelesaian masalah”.

Mass (1983 dalam Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1997, hlm. 272), mengatakan bahwa kualitas keputusan manajerial merupakan ukuran dari efektivitas manajer. Pengambilan keputusan yang efektif merupakan suatu proses yang kompleks, yang tergantung pada keterampilan dan pelatihan yang diberikan kepada para manajer.

Lancaster dan Lancaster (1982 dalam Swansburg, 1999), menyatakan bahwa pembuatan keputusan merupakan sesuatu yang sistematis, merupakan proses bertahap dan memilih berbagai alternatif dan membuat pilihan menjadi tindakan. Karena setiap orang terlibat dalam waktu yang sama dalam membuat keputusan, ini dapat diasumsikan bahwa kemampuan pembawaan, pengalaman masa lalu dan bentuk intuisi dasar untuk keberhasilan keputusan.

Marquis dan Huston (2006, hlm 17).

pengambilan keputusan. Karena organisasi terdiri dari orang-orang dengan nilai dan preferensi yang berbeda, maka sering terjadi konflik dalam dinamika pengambilan keputusan organisasional”.

2.7.3. Pengambilan keputusan dalam hirarki organisasi

Walaupun setiap manajer mempunyai beberapa kewenangan dalam mengambil keputusan, jenis dan tingkat kewenangan ditentukan oleh posisi manajer tersebut di dalam peta organisasi. Organisasi dengan pengambilan keputusan tersentralisasi, beberapa manajer pada hirarki tingkat atas yang mengambil keputusan. Pengambilan keputusan yang terdesentralisasi menggabungkan pengambilan keputusan melalui organisasi dan memperbolehkan masalah diselesaikan pada manajer tingkat bawah.

Hal ini berarti masalah dapat diselesaikan pada tingkat di mana masalah itu terjadi, yang mempunyai potensi untuk meningkatkan kualitas hasil asuhan dan meningkatkan efektivitas organisasi” (Hagenstad, Weis & Brophy, 2000; Krairiksh & Anthony, 2001 dalam Marquis & Huston, 2006, hlm 281). ”Secara umum, semakin besar organisasi, semakin besar kebutuhan untuk men-

desentralisasi pengambilan keputusan. Semakin besar organisasi, maka makin kompleks pertanyaan yang harus dijawab dan dapat diselesaikan oleh orang banyak dengan keahlian yang berbeda” (Marquis & Huston, 2006).

2.8. Pengambilan Keputusan.

2.8.1. Pengertian

Pengambilan keputusan (*decision making*) yang didefinisikan oleh George R. Terry, (1999, dalam Djoko Wijono, 2000) adalah “Pengambilan keputusan selalu dihubungkan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan. Dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik. Kepner dan Tregoe (1999, dalam Djoko Wijono, 2000). Secara ringkas pengambilan keputusan adalah suatu rangkaian kegiatan memilih alternative-alternative kegiatan atau kemungkinan-kemungkinan Pilihan yang dibuat adalah penting karena akan membuat seseorang berpartisipasi, dari pada hanya sebagai pengamat. Hasil keputusan dapat dilihat seperti adanya peraturan, kebijaksanaan, aturan, intruksi, perubahan-perubahan atau bahkan yang lebih konkret lagi. Maksud dari pengambilan keputusan dan pemecahan masalah

- 2.8.1.1. Untuk meningkatkan penanpilan organisasi dengan mensukseskan pemecahan masalah yang menyebabkan ketidak puasan pelanggan internal atau eksternal.
- 2.8.1.2. Untuk menjamin bahwa pemecahan masalah tidak melompat solusinya sebelum dianalisis penyebab masalahnya.
- 2.8.1.3. Untuk menyediakan suatu proses yang dapat digunakan oleh tim untuk memaksimalkan kontribusi dari tiap- tiap individu.
- 2.8.1.4. Untuk pelaksanaan solusi terhadap masalah yang sesungguhnya dikerjakan yaitu eliminasi proses pencegahan.
- 2.8.1.5. Mengurangi biaya.

2.8.2. Cara Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan terdapat dua jenis yaitu:

- 2.8.2.1. Penetapan keputusan secara normative: disebut teori preskriptif, harus diatur melalui prosedur dan ketentuan-ketentuan. Bila diikuti dengan benar akan menguntungkan, biaya berkurang dan mencegah kerugian. Teori ini berdasarkan anggapan bahwa manusia adalah makhluk ekonomi yang ingin dan untuk kepuasan, bahwa pembuat keputusan menguasai dan pengetahuan yang cukup tentang persoalan yang dihadapi.
- 2.8.2.2. Pengambilan keputusan dengan pendekatan sifat perilaku (behavioral decision theory) atau sering disebut teori deskriptif, karna membahas tentang pengambilan keputusan menurut pernyataanya, menurut apa dan bagaimana proses tersebut berlangsung. Asumsinya adalah bahwa:
- a. Pengambil keputusan adalah seorang administrator yang lebih mencari kepuasan daripada keuntungan.
 - b. Bahwa manusia tidak akan dapat menemukan kemungkinan-kemungkinan atau alternative
 - c. Alternatif-alternatif selalu berurutan.
- 2.8.3. Gaya pengambil keputusan
- Banyak gaya yang mungkin dilalui manajer dalam menghadapi masalah.
- 2.8.3.1. Menghindari masalah (problem avoider), dimana seseorang menghindar atau mengabaikan informasi yang menunjukkan pada masalah.
- 2.8.3.2. Memecahkan masalah (problem solver), suatu pendekatan dimana seseorang mencoba untuk memecahkan masalah yang datang
- 2.8.3.3. Mencari masalah (problem seeker) yaitu pendekatan terhadap masalah, dimana orang secara aktif mencari-cari masalah untuk dipecahkan atau peluang baru untuk dikejar
- 2.8.3.4. Dalam persepektif lain, ditinjau dari jalannya pikiran (the way of thinking), gaya pembuat keputusan dapat berupa:

Gaya pengarahan (Directive style) ciri gaya ini adalah rendahnya toleransi untuk ambiguitas (mendua) dan ia adalah berfikir secara rasional, ia sangat efisien dan

logis. Diperlukan dalam pengambil keputusan yang mendesak dan focus jangka pendek. Sering diaplikasikan pada keadaan cepat, tanpa informasi yang cukup dan sedikit alternatif.

Gaya analitis (*analytik style*), lebih banyak mempunyai toleransi terhadap ambiguitas (mendua) dari pada gaya pengarahan, lebih banyak memerlukan informasi sebelum mengambil keputusan, dan mempertimbangkan lebih banyak alternatif-alternatif. Cirinya pengambil keputusan yang hati-hati, dengan kemampuan adaptasi atau dalam mengatasi keadaan yang khusus. Gaya konseptual (*conceptual style*), individu cenderung sangat luas pandangannya banyak melihat alternatif-alternatif. Fokusnya pada jangka panjang menemukan banyak kreatifitas dan memecahkan masalah. Gaya perilaku (*behavior style*), pengambil keputusan bekerja dengan baik bersama yang lain, toleransi rendah terhadap ambiguitas dan berfikir secara intuisi. Mereka konsen terhadap pencapaian bawahan dan menekan penerimaan terhadap bawahan. Sering mengadakan komunikasi, menghindari konflik. Penerimaan bagi orang lain adalah penting bagi pengambil keputusan ini (Widjono, 2000).

2.8.4. Jenis Keputusan

Perilaku manejer dalam pengambilan keputusan dalam berbagai bentuk, dapat diklasifikasikan dalam tiga jenis:

2.8.4.1. Keputusan perorangan dan organisasi.

manejer membuat keputusan pada saat ia melaksanakan kegiatan secara formal dalam peran yang diharapkan sebagai pejabat organisasi. Keputusan organisasi ini dapat didelegasikan kepada yang lain. Keputusan ini menjadi alat kekuasaan dan manejer membawa pengaruhnya dan kemampuannya dalam kegiatan –kegiatan organisasi. Keputusan perorangan menyinggung manejer sebagai organisasi, keputusan perorangan tidak dapat didelegasikan biasanya tidak menyangkut kegiatan-kegiatan perilaku organisasi, namun dapat pula keputusan personal dapat mempengaruhi kegiatan organisasi yang lain, misalnya seorang pimpinan memutuskan untuk cuti pada saat lagi sibuk-sibuknya menjadi masalah bagi organisasi.

2.8.4.2. Keputusan mendasar dan rutin, meliputi:

- a. Komitmen jangka panjang yang relatif permanen.
- b. Investasi besar atau pembelanjaan
- c. Derajat pentingnya, sedemikian rupa sehingga terjadi sesuatu kekeliruan akan membahayakan kesejahteraan atau keselamatan organisasi, memerlukan sedikit relatif pertimbangan cenderung memberi efek yang sedikit terhadap organisasi.

2.8.4.3. Keputusan yang terprogram dan non program

Keputusan yang diprogram seperti pada kegiatan yang rutin, berulang-ulang, tetap dan tidak perlu tindakan khusus bila terjadi penyimpangan, karena prosedur sudah sistematis, struktural fungsional. Keputusan non program adalah bila suatu hal adalah baru, tidak terstruktur. "Pengambilan keputusan adalah sebuah proses kognitif yang disengaja yang terdiri dari langkah-langkah yang berurutan yang dapat di analisa dan diperbaiki. Peningkatan pengambilan keputusan menghasilkan ketepatan yang lebih dalam mengawali tindakan dan pemecahan masalah. Proses pengambilan keputusan terdiri dari aktivitas mental yang disadari dan secara sukarela dengan didasari sikap yang tidak disadari yang mempengaruhi kecepatan dan arah pemikiran. Melalui introspeksi dan analisis seorang manajer dapat mengidentifikasi sikap-sikap yang mendasarinya dan mengubahnya untuk meningkatkan keakuratan keputusan (Gillies, 1994, hlm 418).

Menurut Marquis dan Huston (2006, hlm 2), " pengambilan keputusan adalah proses kognitif yang kompleks dan sering didefinisikan sebagai memilih sebuah tindakan tertentu. Di sisi lain, pengambilan keputusan biasanya dipicu oleh sebuah masalah, tapi sering ditangani dengan cara yang tidak menghilangkan masalah. *Problem solving* (penyelesaian masalah) merupakan bagian dari pengambilan keputusan. Sebuah proses sistematis yang berfokus pada menganalisa sebuah situasi yang sulit, penyelesaian masalah selalu memasukkan sebuah pengambilan keputusan. Walaupun pengambilan keputusan merupakan langkah terakhir dalam proses penyelesaian Pengambilan keputusan dalam hirarki organisasi.

“Walaupun setiap manajer mempunyai beberapa kewenangan dalam mengambil keputusan, jenis dan tingkat kewenangan ditentukan oleh posisi manajer tersebut di dalam peta organisasi. Organisasi dengan pengambilan keputusan, beberapa manajer pada hirarki tingkat atas yang mengambil keputusan. Sedangkan, pengambilan keputusan yang menggabungkan pengambilan keputusan melalui organisasi dan memperbolehkan masalah diselesaikan pada manajer tingkat bawah. Hal ini berarti masalah dapat diselesaikan pada tingkat dimana masalah itu terjadi, yang mempunyai potensi untuk meningkatkan kualitas hasil asuhan dan meningkatkan efektivitas organisasi” (Hagenstad, Weis & Brophy, 2000; Krairiksh & Anthony, 2001 dalam Marquis & Huston, 2006, hlm 281). “Secara umum, semakin besar organisasi, semakin besar kebutuhan untuk pengambilan keputusan. Karena semakin besar organisasi, maka makin kompleks pertanyaan yang harus dijawab dan dapat diselesaikan oleh orang banyak dengan keahlian yang berbeda” (Marquis & Huston, 2006). Dengan memperhatikan seluruh manfaat diatas dalam upaya memantapkan peran dan fungsi tenaga keperawatan dalam seluruh tatanan pelayanan kesehatan, diperlukan adanya uraian tugas yang handal, pada semua tingkat jabatan baik tingkat pengelola maupun pelaksana keperawatan (Depkes, 2002).

2.9.Struktur

2.9.1. Pengertian

Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1997, hlm. 104), “struktur organisasi membantu pencapaian tujuan organisasi dengan asumsi bahwa manajer mengetahui bagaimana menyesuaikan struktur dan tujuan serta apa yang ingin mereka lakukan. Struktur suatu organisasi tanpa diragukan berhubungan dengan pencapaian efektivitas organisasi, kecuali kalau sifat alamiah hubungan secara inheren sulit dikenali.

Mengatur suatu rumah sakit khususnya dibidang pelayanan keperawatan membutuhkan ketelitian, mengemban misi mengatur sumber daya manusia yang terbesar jumlahnya di rumah sakit. Untuk dapat terlaksananya tugas fungsi dengan

maka rumah sakit harus mempunyai struktur organisasi sehingga pekerjaan jelas sudah diatur sesuai dengan jabatan nampak akan mudah dalam penerapannya (Departemen Kesehatan, 2002.).

Pengorganisasian merupakan suatu hal yang penting karena dapat menyelesaikan lebih banyak pekerjaan. Struktur organisasi merujuk pada bagaimana cara sebuah kelompok telah dibentuk, garis-garis komunikasi dan maknanya untuk menyalurkan kewenangan serta pengambilan keputusan. (Departemen Kesehatan 2002, hlm 1). Struktur suatu departemen keperawatan pada institusi pelayanan kesehatan harus mendukung tujuan organisasi, falsafah dan tujuan keperawatan. Struktur organisasi departemen keperawatan menunjukkan bagaimana setiap posisi keperawatan berhubungan dengan departemen lain di dalam institusi (Gillies, 1994, hlm. 123-124). Sehingga prinsip dasar organisasi harus dipertimbangkan dalam merancang struktur organisasi keperawatan dan mendidik staf untuk berfungsi secara efektif di dalam struktur Gillies, (1994, hlm. 126).

Sebuah organisasi harus memiliki suatu struktur yang mengatur secara formal maupun informal tentang alur pekerjaan dan hubungan interpersonal. Struktur formal suatu organisasi adalah pengaturan resmi posisi-posisi ke dalam pola hubungan pekerjaan yang mengatur usaha-usaha pekerja dengan berbagai tugas dan kemampuan. Sedangkan organisasi informal terdiri dari hubungan personal yang tidak resmi diantara pekerja yang mempengaruhi kegiatan kerja (Swansburg, 1999).

2.9.2. Tipe-Tipe Struktur Organisasi

Flarey (1995, dalam Newman 2001, hlm. 5), mengemukakan bahwa struktur organisasi keperawatan merupakan model-model yang digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan dan untuk mengelola struktur yang mendukung praktek keperawatan dalam organisasi. Tipe-tipe struktur organisasi meliputi: Struktur Lini, Struktur Lini da Staff, Struktur *Ad Hoc* (*Adhocracy*), Struktur Matriks, dan Struktur *Flat* (Datar)

2.9.2.1. Struktur Lini

Organisasi lini murni merupakan suatu pola yang lurus, rantai komando langsung yang menekankan pada hubungan atasan-bawahan. Organisasi lini lebih efisien dibandingkan dengan struktur lain, karena struktur ini memberikan kejelasan hubungan otoritas dan tanggung jawab antara pekerja pada semua tingkat dan membutuhkan lebih sedikit transformasi informasi antara manajer dan pekerja dibandingkan struktur yang lebih kompleks (Gillies, 1994. hlm 132).

Struktur ini disebut juga disain organisasi birokratik atau organisasi lini. Jenis organisasi ini banyak ditemukan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang besar. Sebagian besar orang lebih akrab dengan struktur ini, sehingga hanya menimbulkan sedikit stress saat mengorientasikan orang pada organisasi ini. Pada struktur ini, otoritas dan tanggung jawab digambarkan dengan jelas, yang mengarah pada efisiensi dan kesederhanaan hubungan-hubungan (Marquis & Huston, 2006, hlm. 279).

2.9.2.2. Struktur Lini dan Staff

“Staf ahli dipasang kemudian untuk meningkatkan fungsi-fungsi manajemen. Fungsi seorang staf merupakan kegiatan yang terpisah dari rantai komando untuk meningkatkan derajat keahlian. Seorang staf ahli melakukan pekerjaan yang terlalu sibuk untuk dilakukan oleh seorang eksekutif. Jika sebuah departemen keperawatan terlalu besar, dimana perawat eksekutif tidak dapat melakukan semua peran administratif, eksekutif dapat menunjuk staf ahli untuk mengerjakan fungsi tertentu” (Gillies, 1994. hlm 135).

2.9.2.3. Disain *Ad Hoc* (*Adhocracy*)

“Disain *ad hoc* merupakan modifikasi dari struktur birokratis dan kadang-kadang digunakan hanya untuk sementara untuk memfasilitasi penyelesaian sebuah proyek di dalam organisasi lini yang formal. Struktur *ad hoc* bertujuan untuk mengatasi kekakuan dari struktur lini dan memberikan sebuah jalan bagi para profesional untuk menangani peningkatan jumlah informasi yang besar. Struktur *ad hoc*

menggunakan pendekatan tim proyek atau tugas dan biasanya dibubarkan setelah proyek selesai (Marquis & Huston, 2006, hlm 279).

2.9.2.4. Struktur Matriks

“Struktur organisasi matriks dihasilkan apabila tim proyek atau gugus tugas sangat dipaksakan berfungsi secara penuh pada hirarki organisasional. Dalam sebuah organisasi matriks, usaha-usaha para ahli adalah mengkoordinasikan kegiatan secara vertikal dan horizontal. Koordinasi vertikal dilakukan melalui rantai komando hirarki sedangkan koordinasi horizontal terjadi melalui interaksi langsung antara anggota yang berbeda dari tim proyek khusus yang mewakili divisi dan kelompok kerja yang berbeda. Gillies (1994, hlm 140).

“Struktur organisasi matriks dirancang untuk berfokus pada produk dan fungsi. Fungsi digambarkan sebagai semua tugas-tugas yang dibutuhkan untuk menghasilkan produk dan produk adalah hasil akhir dari fungsi. Struktur organisasi matriks mempunyai rantai komando vertikal dan horizontal yang formal, mempunyai lebih sedikit aturan formal serta tingkat hirarki yang lebih sedikit pula. Kelemahannya adalah pengambilan keputusan dapat menjadi lambat karena keharusan untuk berbagi informasi dan hal ini akan menghasilkan kebingungan dan frustrasi pada karyawan karena disain hirarki yang mempunyai *dual-authority* (kewenangan ganda)” (Marquis & Huston, 2006, hlm 279).

2.9.2.5. Struktur *Flat* (datar)

Gray dan Starke (1987, hlm. 185-186), “sebuah organisasi *flat* mempunyai sedikit tingkat hirarki dan banyak pekerja yang melapor pada setiap atasan (rentang kendali yang luas). Berdasarkan studi-studi yang telah dilakukan menunjukkan bahwa staf pada struktur organisasi *flat* mempunyai tingkat kepuasan kerja dan produktivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan struktur organisasi yang lain. Sedangkan menurut Marquis dan Huston (2006, hlm. 280), “disain organisasi *flat* merupakan sebuah usaha untuk menghilangkan tingkatan hirarki dengan membuat rantai datar dan men-desentralisasi organisasi. Karena struktur organisasi yang datar, maka kewenangan dan pengambilan keputusan dapat terjadi di mana pekerjaan sedang dilaksanakan”.

2.9.3. Komponen Struktur Organisasi

Marquis dan Huston (2006), struktur organisasi dapat digambarkan melalui skema organisasi dan dengan memahami struktur organisasi dan hubungan-hubungannya maka seorang manajer akan mampu mempercepat pengambilan keputusan serta akan memiliki pemahaman yang besar tentang lingkungan organisasi. Menurut Webber et.al. (1985 dalam Gillies 1994, hlm. 130), “organisasi dengan struktur akan lebih efektif pada institusi yang sudah lama berdiri, terorganisir dengan baik dengan operasional yang tidak berubah dan lingkungan yang stabil.

2.9.3.1. Hubungan-Hubungan dan Rantai Komando

Swansburg (1999, hlm. 205), “prinsip rantai komando menyatakan bahwa untuk memuaskan anggota, efektif secara ekonomis dan berhasil dalam mencapai tujuan mereka, organisasi dibuat dengan hubungan hirarkis dalam alur otoritas dari atas ke bawah. Pada organisasi keperawatan moderen, rantai komando ini adalah datar, dengan garis manajer dan staf teknis serta administrasi yang mendukung staf perawat klinis”.

2.9.3.2. Rentang Kendali

Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1997, hlm. 123), “rentang kendali adalah jumlah individu yang bertanggung jawab pada manajer tertentu”. Sedangkan Swansburg (1999, hlm 205), “rentang kendali dapat diartikan bahwa individu harus menjadi penyelia pada suatu kelompok dan dapat mengawasi secara efektif dalam hal jumlah, fungsi dan geografi”. Faktor yang menentukan rentang kendali optimal seorang manajer adalah bukan jumlah hubungannya dengan bawahan, tapi frekwensi dan intensitas dari hubungan.

Jumlah orang yang melapor langsung pada satu orang supervisor harus merupakan jumlah yang memaksimalkan produktivitas dan kepuasan pekerja. Terlalu banyak orang yang melapor pada seorang manajer dapat menyebabkan keputusan menjadi

tertunda dan menghasilkan inefisiensi, akhirnya organisasi menjadi berat (Ivancevich & Mattson, 1987 dalam Gillies, 1994).

2.9.3.3. Tingkat-Tingkat Manajerial

Marquis dan Huston (2006, hlm. 275), menjelaskan beberapa tingkat manajer yaitu: Manajer tingkat atas, manajer tingkat menengah, tingkat pertama, dan tingkat menengah.

a. Manajer Tingkat Atas (*Top-Level Managers*)

Manajer Tingkat Atas melihat organisasi sebagai keseluruhan, mengkoordinasi pengaruh internal maupun eksternal dan secara umum membuat keputusan dengan beberapa panduan atau struktur. Tanggung jawab manajer tingkat atas termasuk menentukan falsafah organisasi, mengatur kebijakan dan merumuskan tujuan dan prioritas untuk alokasi sumber-sumber. Tanggung jawab manajer tingkat atas termasuk menentukan falsafah organisasi, mengatur kebijakan dan merumuskan tujuan dan prioritas untuk alokasi sumber-sumber.

b. Manajer Tingkat Menengah (*Middle-Level Managers*)

Manajer Tingkat Menengah melakukan koordinasi usaha-usaha manajer tingkat bawah dan merupakan penghubung antara manajer tingkat bawah dan manajer tingkat atas. Manajer Tingkat Menengah menjalankan operasional sehari-hari tapi tetap terlibat dalam perencanaan jangka panjang dan dalam menetapkan kebijakan unit.

c. Manajer Tingkat Pertama (*First-Level Managers*)

Manajer tingkat pertama berhadapan dengan masalah-masalah yang terjadi dalam operasional unit sehari-hari, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan personal para pekerja. efektifitas manajer tingkat pertama sangat berpengaruh hebat terhadap organisasi.

Manajer keperawatan tingkat menengah adalah pimpinan perawatan tertinggi dan diatas pimpinan keperawatan terbawah contoh: Jabatan tingkat Kepala

Seksi Keperawatan pada Rumah Sakit kelas A dan B pada jabatan structural. Jabatan setingkat dengan penyelia/pengawasan pada jabatan fungsional. Departemen Kesehatan (2002). Manajer yang termasuk tingkat pertama adalah perawat primer, ketua tim, manajer kasus dan kepala perawat. Di dalam beberapa organisasi, setiap perawat teregistrasi (RN) dianggap sebagai manajer tingkat pertama.

2.10. Karakteristik Perawat

2.10.1. Usia

Usia seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja, dan tanggung jawab seseorang. (Hasibuan, 2007). Usia semakin tua, akan menyebabkan penurunan tingkat kemampuan, penurunan fisik, membuat dampak pada pelayanan keperawatan (Robbins 2003) Semakin tua usia alternatif pekerjaan kecil kemungkinan akan berhenti (Sopiah, 2008) Produktivitas tidak hanya bergantung pada keterampilan fisik saja melainkan dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja (Robbins 2003). Usia 25-54 tahun terjadi ketidakpuasan yang muncul pada individu (Brown dalam As'ad, 2000)

2.10.2. Jenis kelamin

Jenis kelamin harus dilihat berdasarkan pekerjaan, dan waktu mengerjakan pekerjaan (Hasibuan, 2007). Karyawan wanita lebih sering tidak masuk kerja dibandingkan laki-laki (Sopiah, 2008). Dalam pemberian pelayanan keluarga, peran perempuan (ibu, istri, dan saudara perempuan) adalah peran tradisional perempuan (Synder, 2004)

Tidak ada perbedaan berarti dalam produktivitas pekerjaan antara pria dan wanita, tidak ada bukti yang menunjukkan jenis kelamin mempengaruhi kepuasan kerja (Robbin, 2003). Tidak ada perbedaan yang konsisten dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar. Dalam keluarga dan masyarakat secara tradisional peranya sebagai *care taking* (pemberi perawatan) (Kish, 2001)

2.10.3. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang perawat untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2007). Belajar dan termotivasi dapat dimulai dari diri sendiri (Mangkunegara, 2008). Semakin tinggi tingkat pendidikan, seorang karyawan melakukan pekerjaan akan lebih baik (Robbin, 2003)

2.10.4. Status Perkawinan

Karyawan yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena dia sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai kepala keluarga (Sopiah, 2008). Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya dan lebih puas dengan pekerjaannya (Robbin, 2003)

2.10.5. Masa Kerja

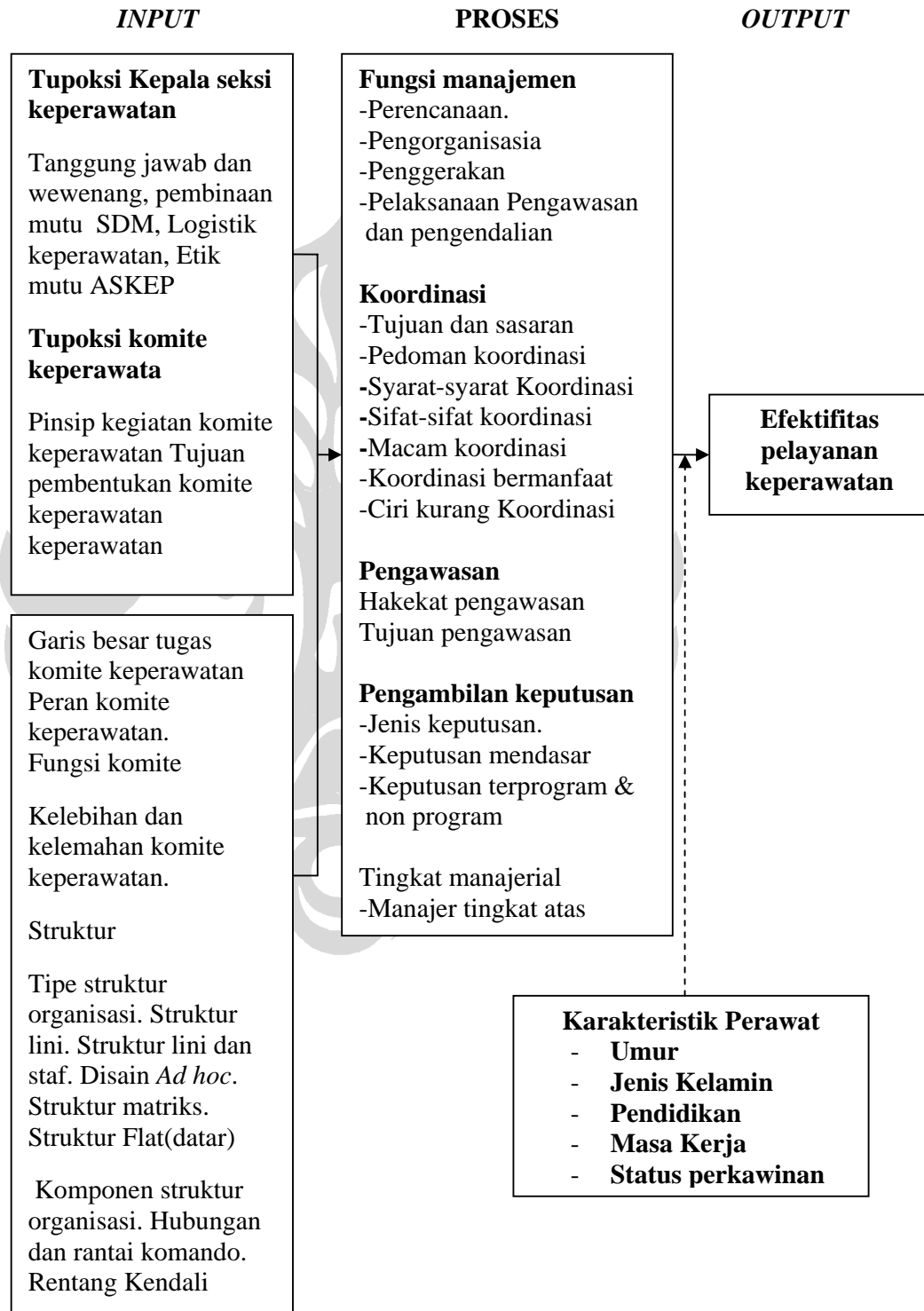
Orang yang sudah lama bekerja tidak selalu identik dengan produktivitas kerja yang tinggi, masa kerja yang lama tidak berarti bahwa yang bersangkutan memiliki tingkat kedisiplinan yang tinggi (Siagian, 2005). Kinerja seseorang berhubungan dengan pengalaman kerja yang dialami seseorang, Seseorang yang masa kerjanya lebih lama akan memberikan pengalaman kerja yang lebih baik pula (Quinones, Ford, & Teachout, 2006)

2.11. Kerangka Teori dalam Penelitian

Kerangka teori dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut ini:

Skema 2.1

Hubungan Tugas Fungsi Kepala seksi Keperawatan dan Komite Keperawatan
dalam Pelayanan Keperawatan



Kerangka konsep diatas memiliki variabel indefenden, terdiri dari tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan tugas pokok fungsi komite keperawatan. Variabel defenden adalah efektifitas pelayanan keperawatan serta faktor *counfounding*

3.2. Hipotesis

3.2.1. Hipotesis Mayor

Ada hubungan tugas pokok dan fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak

3.2.2. Hipotesis Minor

3.2.2.1. Ada hubungan tugas pokok dan fungsi kepala seksi keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan

3.2.2.2. Ada hubungan tugas pokok fungsi komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan

3.2.2.3. Ada hubungan karakteristik individu (usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja) dengan efektifitas pelayanan keperawatan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Dr. Soedarso Pontianak

3.2.2.4. Ada hubungan faktor yang paling dominan berhubungan dengan efektifitas pelayanan keperawatan setelah dikontrol dengan variabel konfounding

3.3. Definisi Operasional

Uraian berikut menggambarkan definisi operasional, cara ukur, hasil ukur, dan skala pengukuran yang digunakan untuk masing-masing variabel penelitian. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk memudahkan dalam menentukan metodologi untuk melakukan analisis terhadap variabel-variabel yang diteliti.

Tabel 3.1.
Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur
dan Skala Ukur Variabel Penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
Independen					
1.	Tugas Pokok & fungsi kaside keperawatan	Persepsi perawat pelaksana terhadap tugas fungsi kaside keperawatan rumah sakit.	Kuesioner C, terdiri dari 16 pernyataan dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert, untuk pernyataan positif: 4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju. Sedangkan pernyataan negatif 1 = Sangat setuju 2 = Setuju 3 = Tidak setuju 4 = Sangat tidak Setuju	Total skor antara 32-64, dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> median. 1. Sesuai (> 53) 2. Tidak sesuai (≤ 53)	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
2.	Tugas Pokok & fungsi Komite Keperawatan	Persepsi perawat pelaksana terhadap tugas fungsi komite keperawatan rumah sakit.	Kuesioner B yang terdiri dari 16 pernyataan dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert, untuk pernyataan positif: 4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju. Sedangkan pernyataan negatif 1 = sangat setuju 2 = setuju 3 = tidak setuju 4 = sangat tidak Setuju	Total skor antara 44-64, dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> median. 1. Sesuai (> 55) 2. Tidak sesuai (≤ 55)	Ordinal
Dependen					
1.	Efektifitas pelayanan keperawatan	Keefektifan pelayanan keperawatan yang dilihat dari koordinasi, pengawasan, dan pengambilan keputusan	Kuesioner D yang terdiri dari 47 pernyataan dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert, untuk pernyataan positif: 4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju. Sedangkan pernyataan negatif 1 = sangat setuju 2 = setuju 3 = tidak setuju 4 = sangat tidak setuju	Total skor antara 78-185, dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> median. 1. Efektif (> 160) 2. Tidak efektif (≤ 160)	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
<i>Counfounding</i>					
1	Usia	Jumlah yang dihitung dalam tahun berdasarkan tanggal dan tahun kelahiran	Mengisi kuesioner A.1 yang diberikan dengan menulis umur pada data demografik	Dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Gambaran karakteristik seksual serta peran responden	Memberi tanda <i>check list</i> pada kolom yang tersedia pada kuesioner A. 2	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Jenis pendidikan formal keperawatan yang telah diselesaikan oleh perawat dan mendapat ijazah	Memberi tanda <i>check list</i> pada kolom yang tersedia A. 3.	1. D.III Keperawatan 2. S1 Keperawatan	Ordinal
4	Masa kerja	Jumlah tahun selama responden menjalankan tugas	Mengisi kuesioner A 4 yang diberikan dengan menulis masa kerja pada kolom yang telah ditentukan	Dalam tahun	Interval
5	Status perkawinan	Ikatan perkawinan antara pria dan wanita berdasarkan hukum yang berlaku	Memberi tanda <i>check list</i> pada kolom yang tersedia pada kuesioner A.5	1. Kawin 2. Tidak Kawin	Nominal

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *deskriptif korelasi*. Rancangannya menguraikan hubungan antara tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dengan efektivitas koordinasi, pengawasan dan pengambilan keputusan dalam pelayanan keperawatan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana yang bekerja (Notoatmodjo, 2005). Variabel *independen* pada penelitian ini adalah tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan dalam pelayanan keperawatan, sedangkan variabel *dependent* adalah efektivitas layanan (koordinasi, pengawasan, dan pengambilan keputusan.)

4.2. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di RSUD Dr. Soedarso Pontianak berjumlah 306 orang, Sampel penelitian adalah perawat pelaksana yang bekerja di instalasi rawat inap dan memenuhi kriteria inklusi meliputi: perawat pelaksana berpendidikan minimal D-III dan S-1 dengan masa kerja 1 tahun atau lebih. Pertimbangannya adalah bahwa perawat dengan pendidikan minimal D-III sudah terpapar dengan konsep manajemen pada saat menjalani pendidikan. Sedangkan perawat pelaksana yang sudah bekerja minimal 1 tahun tersebut diasumsikan sudah mengetahui tugas pokok dan fungsi Kepala seksi keperawatan dan Komite keperawatan yang ada di RSUD Dr. Soedarso Pontianak.

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Teknik penetapan sampel untuk menjadi subyek penelitian ini menggunakan metode *simple random sampling*, karena setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk seleksi sebagai sampel

(Notoatmodjo,2005). Penghitungan sampel menggunakan rumus perhitungan sampel dari Notoatmodjo (2005), yaitu sebagai berikut:

Keterangan:

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan yang diinginkan (0,05)

$$\begin{aligned}n &= \frac{N}{1+ N (d^2)} \\ &= \frac{306}{1+306 (0,05^2)} \\ &= 173 \text{ orang}\end{aligned}$$

Untuk menghindari responden yang mengundurkan diri, maka jumlah tersebut ditambah 10% menjadi 190. Berdasarkan perhitungan di atas, jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 190 orang.

Tabel 4.1.
Proporsi Jumlah Sampel di Ruang Perawatan RSUD. Dr. Soedarso Pontianak

No	Ruangan	Jumlah Perawat	Jumlah sampel
1	Ruang A (Ruang Penyakit Anak)	21/306 X 190	13
2	Ruang B (Ruang Perinatologi)	18/306 X 190	11
3	Ruang C (Ruang Bedah Umum Pria)	23/306 X 190	14
4	Ruang D (Ruang Arwana)	21/306 X 190	13
5	Ruang E (Ruang Paviliun Jamsostek)	14/306 X 190	8
6	Ruang G (Ruang Penyakit Dalam Pria)	16/306 X 190	10
7	Ruang H (Ruang Isolasi)	17/306 X 190	11
8	Ruang I (Ruang Paru)	17/306 X 190	11
9	Ruang K (Bedah Umum Wanita)	20/306 X 190	12
10	Ruang L (Ruang Bedah Syaraf dan Penyakit Saraf)	18/306 X 190	11
11	Ruang O (Ruang Enggang)	24/306 X 190	15
12	Ruang Paviliun Kapuas	19/306 X 190	12
13	Ruang ICU	22/306 X 190	14
14	Ruang ICCU	16/306 X 190	10
15	Ruang M	22/306 X 190	14
16	Ruang N	20/306 X 190	12
Jumlah			190

4.3. Cara Pengambilan Sampel

Dari 306 responden yang diambil 190 responden (Notoadmodjo, 2005) dari 16 ruangan di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak, saat penyebaran kuesioner setiap hari pada 3-4 ruangan, Penyebaran kuesioner dilakukan mulai pukul 10.00 wib, waktu yang diberikan pengisian kuesioner pada setiap responden adalah 45 menit. Sebelum responden dibagikan kuesioner terlebih dahulu diberikan penjelasan, status saya saat ini adalah mahasiswa yang akan melakukan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, persetujuan bersedia jadi responden serta teknik pengambilan sampel, dan menjelaskan metode pengambilan sampel yaitu simple random sampling artinya semua responden yang ada di ruangan tersebut punya hak yang sama untuk jadi responden. Ruang A Berjumlah 21 responden kemudian kita buat namanya berdasarkan absensi. Dengan kertas yang sudah kita persiapkan, kita tulis nama pada masing-masing kertas berjumlah 21 responden, selanjutnya kertas digulung dan diundi, kita ambil 13 undian tersebut. Itulah nama yang berhak menjadi

responden. Pada saat dijelaskan semua responden tidak ada yang bertanya, yang artinya responden sudah jelas dan memahaminya. contoh pada ruangan A berjumlah 21 responden, pada saat itu responden yang jaga *shift* pada pagi hari berjumlah 7 responden, tapi responden yang diberikan kuesioner sesuai dengan nama yang sudah ada pada peneliti, apabila saat itu katakanlah tidak ada nama responden yang jaga *shift* pada pagi hari, maka peneliti tidak memberikan kuesioner tersebut kepada responden yang lain. Peneliti melanjutkan penelitian atau penyebaran kuesionernya pada pagi hari atau dilanjutkan pada keesokan harinya. Begitu juga pada ruangan berikutnya sampai jumlah responden yang sudah kita tentukan terealisasi yaitu 190 responden. Waktu yang digunakan untuk responden juga sesuai dengan waktu yang peneliti sediakan.

4.4. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak, Kalimantan Barat. Alasan RSUD Dr. Soedarso Pontianak dipilih sebagai tempat penelitian, yaitu karena rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit rujukan tertinggi, serta merupakan tempat praktek mahasiswa di Propinsi Kalimantan Barat. Sejak terjadi perubahan struktur organisasi pada tahun 2009 yaitu bidang keperawatan menjadi seksi keperawatan dalam struktur rumah sakit. Di rumah sakit tersebut belum pernah dilakukan penelitian tentang pengaruh perubahan struktur organisasi rumah sakit ini. Ruangan yang digunakan adalah semua ruangan atau unit yang ada di Instalasi Rawat Inap yang memenuhi kriteria inklusi..

4.5. Waktu Penelitian

Pelaksanaan ujicoba kuesioner pada tanggal 19 April 2010 di rumah sakit Abdul Azis Singkawang dengan 30 responden. Hasil uji coba untuk pertanyaan tugas fungsi kasi keperawatan kuesioner berjumlah 16 semua jelas valid dan reliabel, kuesioner tugas pokok fungsi komite keperawatan berjumlah 16 semua jelas dan tidak ada pertanyaan hasilnya valid dan reliabel. Pada kuesioner efektifitas pelayanan keperawatan berjumlah 47, ada 2 pertanyaan yang tidak valid nomer 20

dan 47, 20 april setelah dikonsultasikan pada pembimbing 1 dan II boleh dipakai kembali setelah direvisi, boleh tidak dipakai dua kuesioner yang tidak valid karna kuesioner yang lain sudah mewakili. Kedua kuesioner yang tidak valid sudah direvisi dan boleh dipakai kembali pada saat melakukan penelitian di Rumah Sakit Dokter Soedarso sehingga jumlah kuesioner keseluruhan 79. Kuesioner 79 sudah valid dan reliabel. 22 April dilakukan uji coba kembali di rumah sakit Dokter Soedarso Pontianak, dengan 30 responden di ruangan yang sudah ditentukan yaitu ruangan Arwana dan penyakit dalam wanita. Dari hasil ujicoba tidak ada pertanyaan dari responden, yang artinya pertanyaan jelas untuk dipahami oleh responden, kuesioner berjumlah 79 semua dapat dijawab oleh responden. Penelitian ini dilaksanakan pada 01-08 juni 2010, kemudian minggu kedua dan minggu ketiga juni dilakukan pengolahan data dan analisis data. Hasil uji coba untuk pertanyaan tugas fungsi kasi keperawatan kuesioner berjumlah 16 semua jelas valid dan reliabel, kuesioner tugas pokok fungsi komite keperawatan berjumlah 16 semua jelas dan tidak ada pertanyaan hasilnya valid dan reliabel. artinya pertanyaan jelas untuk dipahami oleh responden, kuesioner efektifitas pelayanan berjumlah 79 semua dapat dijawab oleh responden. . Kemudian minggu kedua dan minggu ketiga juni penyusunan laporan, minggu ketiga Juli 2010 penyerahan laporan..(Jadwal penelitian terlampir pada lampiran lima)

4.6. Etika Penelitian

Peneliti melakukan penelitian setelah mendapatkan izin untuk melaksanakan penelitian dari Direktur RSUD Dr. Soedarso Pontianak yaitu 25 mei secara lisan. Setelah mendapatkan izin dari Direktur RSUD Dr. Soedarso Pontianak, peneliti meminta izin pelaksanaan penelitian kepada kepala Sub Bidang Penelitian dan Pengembangan. Selanjutnya peneliti meminta izin dengan Kepala Seksi keperawatan dan sub Seksi keperawatan, serta terakhir dengan para kepala ruangan.

Peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan penelitian, petunjuk pengisian kuesioner, hak-hak atas *privacy*, *anonymity* kerahasiaan, *self determination* dan bebas dari rasa tidak nyaman (Pollit & Hungler, 1999).

4.6.1. *Self determination*

Responden diberi kebebasan untuk menentukan secara sukarela bersedia atau tidak mengikuti penelitian ini. Peneliti meyakinkan responden bahwa peneliti tidak akan memaksa atau memberikan sanksi jika subjek menolak menjadi responden dalam penelitian ini. Peneliti memberikan informasi kepada responden tentang tujuan penelitian dan variabel yang diteliti, waktu yang akan diperlukan untuk mengikuti penelitian yaitu 45 menit, tidak adanya pengaruh penelitian terhadap individu dan pekerjaannya, informasi tentang manfaat penelitian terhadap perawat dan layanan keperawatan serta tata cara peneliti menjaga kerahasiaan data (Hamid, 2008).

Pada saat memberikan penjelasan *self determination* semua responden tidak ada yang mengundurkan diri jadi responden, semua bersedia untuk dipakai untuk jadi responden

4.6.2. *Confidentiality, Privacy and Anonymity*

Menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonymity* menggunakan kode yang diisi oleh peneliti tidak menuliskan nama responden pada kuesioner yang digunakan, kode yang digunakan peneliti dengan memberi nomer yang akan digunakan untuk penelitian ini saja (*confidentiality*). Data peneliti hanya diakses oleh peneliti dan dijaga kerahasiaanya selama proses penelitian, dimusnahkan jika proses penelitian dinyatakan telah selesai.

4.6.3. *Informed consent.*

Peneliti meminta kesediaan responden untuk menanda tangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Jaminan tidak ada pengaruh terhadap individu dan pekerjaannya dan jaminan kerahasiaan data yang diberikan tidak disebarluaskan atau merugikan responden. Semua responden yang bersedia dalam penelitian ini diminta untuk membubuhkan tanda tangan yang sudah disediakan,

190 responden yang bersedia menjadi responden semua menandatangani kuesioner yang diberikan oleh peneliti yang berarti responden bersedia .

4.7. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Proses penelitian dimulai dengan uji etik, uji validitas dan reliabilitas, dengan persetujuan Dekan FIK UI melalui koordinasi dengan pembimbing dan Ketua Program Studi Pascasarjana disampaikan kepada Direktur RSUD Dr Soedarso Pontianak, tembusan kepada Pengembangan dan Penelitian, dilanjutkan kepada Kasi Keperawatan, terakhir kepada kepala ruangan. Uji coba kuesioner dilakukan 19 April di Rumah Sakit Abdul Azis Singkawang. Sebelumnya dilakukan penyebaran uji coba kuesioner, sebelum responden mengisi lembar kuesioner terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, kriteria inklusi, persetujuan jadi responden kepada semua responden dan kepala ruangan apabila responden bersedia menjadi responden harus menandatangani surat persetujuan (*informed consent*).

22 April 2010 dilakukan pengumpulan data di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak.

Kemudian kuesioner dibagikan kepada responden dan diminta membaca kuesioner sebelum diisi, diminta kepada responden dengan teliti membaca semua pertanyaan, apabila tidak mengerti atau kurang jelas dianjurkan untuk langsung bertanya, sehingga langsung dapat dijawab oleh peneliti. Pengisian kuesioner harus dilakukan sendiri oleh responden serta tidak boleh bekerja sama guna menghindari bias jawaban. Kuesioner dibagikan sendiri oleh responden diberi waktu 45 menit untuk pengisian kuesioner. Kuesioner yang sudah selesai langsung dikumpulkan pada peneliti yang didampingi oleh kepala seksi keperawatan di rumah Sakit Singkawang dan sub Kasi Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak.

4.8. Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dengan tujuan memperoleh data primer dari responden yang merupakan perawat pelaksana yang diperoleh berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Cara pengisian kuesioner terlebih dahulu dijelaskan kepada responden. Untuk mengantisipasi kesalahan-kesalahan dalam pengisian kuesioner, maka peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan kepada kepala ruangan dengan tujuan jika ada pertanyaan yang tidak jelas tentang pengisian kuesioner dapat langsung dijawab. Kuesioner pada penelitian ini adalah merupakan pengembangan dari konsep yang terdapat pada tinjauan pustaka terutama pada kuesioner Tugas pokok dan fungsi kepala seksi keperawatan dan Komite keperawatan (Koordinasi, Pengawasan dan Pengambilan Keputusan) dengan Efektifitas Pelayanan.

Kuesioner terdiri dari 4 bagian, yaitu kuesioner A, kuesioner B, kuesioner C, dan kuesioner D. Kuesioner A berisi pernyataan-pernyataan tentang Karakteristik individu. Kuesioner B, Tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan yang terdiri dari 16 pernyataan Kuesioner C, Berisi pernyataan-pernyataan tentang tugas pokok, fungsi komite keperawatan yang terdiri dari 16 pernyataan. Kuesioner D Berisi pernyataan-pernyataan efektifitas pelayanan keperawatan yang terdiri dari 47 pernyataan. Tabel sebaran item pernyataan dalam kuesioner tugas fungsi kasi dan komite keperawatan seperti di bawah ini:

Tabel 4.2
Sebaran Pernyataan dalam Kuesioner

No	Kuesioner	Pernyataan	
		Positif	Negatif
1.	Tugas pokok dan fungsi kasi keperawatan (B)		
	Koordinasi	5,9,12,14,16	-
	Pengawasan	4,6,7	11,12,13
	Pengambilan keputusan	1-3,8,10,15	-
2.	Tugas pokok dan fungsi komite (C)		
	Koordinasi	6,9,10,12	
	Pengawasan	3,5,8,13	14,15
	Pengambilan keputusan	1,2,3,8,10,16	

3.	Efektifitas pelayanan keperawatan (D)		
	Koordinasi	1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,14,15,17,20, 12	13,34, 16
	Pengawasan	19,21,22,23,,24,25, 26,27,28,29, 30,31,34,38,39,41,49	32,18,19,
	Pengambilan keputusan	,33,35,36,37, 40,45,44,46,47,,22,	26,42,43

Setiap jawaban mempunyai nilai, yaitu: Sangat Setuju (SS) dengan nilai 4, Setuju (S) dengan nilai 3, Tidak Setuju (TS) dengan nilai 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dengan nilai 1. Pernyataan yang bersifat negatif mempunyai nilai kebalikannya, yaitu: yaitu Sangat Setuju (SS) dengan nilai 1, Setuju (S) dengan nilai 2, Tidak Setuju (TS) dengan nilai 3 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dengan nilai 4. Variabel Tugas pokok, fungsi kepala seksi keperawatan dan Komite keperawatan, koordinasi, pengawasan dan pengambilan keputusan masing-masing merupakan data kategorik dengan skala nominal.

Alat ukur yang menghasilkan nilai kuantitatif, maka dapat dilakukan uji validitas dan reliabilitas (Danim, 2002). Sebelum digunakan, akan dilakukan uji coba kuesioner pada Rumah Sakit Abdul Azis Singkawang dengan tipe B dan merupakan rumah sakit pemerintah yang mempunyai karakteristik sama dengan responden yang akan digunakan dalam penelitian (Machfoedz et al, 2005). Uji coba dilaksanakan pada tanggal 19 April 2010. Uji validitas menggunakan korelasi *pearson* dan uji reliabilitas menggunakan metode *Alpha-Cronbach*. Bila r hitung lebih besar dari r tabel maka pertanyaan tersebut valid dan bila nilai alpha lebih > 0,60.

Hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen tupoksi kepala seksi keperawatan, dan tupoksi komite keperawatan, dan efektifitas pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas di RS. Abdul Azis Singkawang (N=30)

No	Variabel	Jumlah soal sebelum uji	Jumlah soal setelah uji	Validitas	<i>Alpha cronbach</i>
1	Tupoksi dan kepala seksi keperawatan	16	16	0,332-0,730	0,851
2	Tupoksi komite keperawatan	16	16	0,284-0,841	0,829
3	Efektifitas pelayanan keperawatan	47	47	0,244-0,856	0,924

Hasil ujicoba kuesioner tugas pokok, fungsi kepala seksi dan komite keperawatan menunjukkan beberapa pertanyaan tidak valid. Kuesioner efektifitas pelayanan keperawatan ada 2 pertanyaan tidak valid yaitu kuesioner nomer 20 dan 47, kemudian dikonsulkan pada kedua pembimbing dan selanjutnya kuesioner tersebut diperbaiki. Kuesioner 2 pertanyaan tidak valid boleh tidak dipakai karena pertanyaan pada kuesioner yang lain sudah mewakili. Boleh dipakai apabila sudah diperbaiki, setelah diperbaiki selanjutnya diujicobakan ke Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedarso Pontianak pada tanggal 22 April 2010. Berikut hasil ujicoba kuesioner di RSUD Dr. Soedarso Pontianak.

Tabel 4.4
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas di RSUD Dr. Soedarso Pontianak

No	Variabel	Jumlah soal sebelum uji	Jumlah soal setelah uji	Validitas	<i>Alpha cronbach</i>
1	Tupoksi kepala seksi keperawatan	16	16	0,404-0,771	0,931
2	Tupoksi komite keperawatan	16	16	0,611-0,833	0,984
3	Efektifitas pelayanan keperawatan	47	47	0,463-0,885	0,979

Berdasarkan tabel di atas, hasil uji coba dinyatakan valid untuk setiap pernyataan yang selanjutnya digunakan dalam penelitian.

4.9. Proses Pengolahan Data

Langkah-langkah pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

4.9.1. *Editing*, yaitu melakukan pengecekan isian kuesioner lengkap, jawaban jelas, dapat dibaca, relevan dan konsisten.

4.9.2. *Coding*, yaitu merubah atau mengkonversi data/isian kuesioner ke dalam bentuk angka-angka, kuesioner pertama peneliti kasi nomer satu dan seterusnya dilakukan pengkodean kesemua kuesioner dengan mempermudah dan mempercepat peneliti pada saat meng-entry dan menganalisis data yang sudah ada.

4.9.3. *Entry*, yaitu setelah data terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, selanjutnya memproses data yang dilakukan dengan cara di-entry dapat dianalisis, pemroses data dilakukan dengan cara meng-entry data dari kuesioner dengan bantuan komputer.

4.9.4. *Cleaning*, yaitu pemeriksaan kembali data yang telah di- entry. untuk mengetahui adanya *missing* (hilang), apakah ada kesalahan atau tidak, variasi, dan konsisten data (Hastono, 2009)

4.10. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

4.10.1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian dan hasil analisis yang diperoleh akan berbentuk distribusi frekuensi dan prosentase dari masing-masing variabel. Dengan demikian, diperoleh gambaran karakteristik dari masing-masing variabel dan selanjutnya hasil tersebut dilakukan analisis.

4.10.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas (*independen*) dan variabel terikat (*dependen*). Dalam penelitian ini, analisis dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-square* karena data yang dihasilkan baik pada variabel bebas Tugas Pokok Fungsi Kepala seksi keperawatan dan Komite keperawatan maupun variabel terikat (efektivitas koordinasi, pengawasan dan pengambilan keputusan) adalah data katagorik. Sehingga dapat dilihat apakah ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat pada tingkat kepercayaan (CI) 95 % atau α sebesar 0,05. Sedangkan nilai *Odds Ratio* (OR) digunakan untuk mengetahui besar/kekuatan hubungan antara dua variabel (Hastono, 2007). Uji statistik analisis bivariat ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 4.5
Uji Statistik Analisis Bivariat

Variabel Independen/Confounding	Variabel Dependen	Uji Statistik
Tupoksi Kepala seksi Keperawatan	Efektifitas pelayanan keperawatan	<i>Chi-square</i>
Tupoksi Komite Keperawatan	Efektifitas pelayanan keperawatan	<i>Chi-square</i>
Usia	Efektifitas pelayanan keperawatan	<i>Uji t independen</i>
Jenis Kelamin	Efektifitas pelayanan keperawatan	<i>Chi-square</i>
Pendidikan	Efektifitas pelayanan keperawatan	<i>Chi-square</i>
Status perkawinan	Efektifitas pelayanan keperawatan	<i>Chi-square</i>

Masa kerja

Efektifitas pelayanan
keperawatan*Uji t*
independen

4.10.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk menentukan variabel atau subvariabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Analisis multivariat dilaksanakan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan variabel independen yang memiliki hubungan dengan dependen secara bersama-sama. Hastono (2006) *multiple regression logistik* merupakan analisis hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen.

Analisis multivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menentukan variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Uji statistik yang dilakukan dengan cara melakukan uji regresi logistik sederhana yang dilanjutkan dengan uji regresi logistik ganda. Variabel atau subvariabel yang dilakukan uji regresi logistik ganda adalah variabel atau subvariabel yang berhubungan dengan kinerja perawat yang memiliki $p < 0,25$ berdasarkan hasil uji bivariat (Hastono, 2006). Selanjutnya adalah melakukan analisis multivariat secara bersama-sama. Variabel yang valid adalah bila p dari hasil uji menunjukkan nilai $< 0,05$. Terhadap $p > 0,05$ dikeluarkan satu persatu dari yang terbesar, selanjutnya dilakukan uji multivariat kembali seterusnya sampai didapatkan variabel paling dominan yang mempengaruhi efektifitas pelayanan keperawatan.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang hubungan tugas pokok dan fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak yang dilakukan pada 1-8 Juni 2010. Tujuan peneliti adalah untuk menguraikan tentang hubungan antara tugas pokok fungsi kasi dan komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan. Penelitian dilakukan pada 190 orang perawat pelaksana yang bekerja di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Jumlah ini sama dengan jumlah responden hasil perhitungan sebanyak 190 perawat.

5.1. Analisis Univariat

5.1.1. Gambaran Karakteristik Biografi Perawat

Gambaran karakteristik biografi perawat RSUD Dr. Soedarso Pontianak dalam penelitian ini meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja. Jenis kelamin, pendidikan, dan status perkawinan merupakan data kategorik yang ditampilkan melalui tabel 5.1, sedangkan umur dan masa kerja merupakan data numeric yang disajikan dalam tabel 5.2. Berikut ini adalah penyajian dari tiap karakteristik responden.

Tabel 5.1.

Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi (Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Status Perkawinan) di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010. n= 190

Variabel	Frekuensi	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	82	43,2
Perempuan	108	56,8
Pendidikan		
D III Keperawatan	171	90
S1 Keperawatan	19	10
Status Perkawinan		
Kawin	138	72,6
Belum Kawin	52	27,4

Berasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebesar 56,8%, dengan latar belakang pendidikan D.III Keperawatan sebanyak 90%, dan menikah (72,6%).

Tabel 5.2.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Biografi (Umur dan Masa Kerja) di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010. n= 190

No	Karakteristik	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
1	Umur	33,57	7,461	21-55	32,50-34,64
2	Masa Kerja	9,51	3,667	3-19	8,98-10,03

Tabel 5.2. menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak adalah 33,57 tahun dengan standar deviasi 7,46 tahun. Umur termuda 21 tahun dan umur tertua 55 tahun. Hasil estimasi interval menyimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa umur perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak berada diantara 32,50-34,64 tahun.

Hasil analisis rata-rata masa kerja perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak adalah 9,51 tahun dengan standar deviasi 3,667 tahun. Masa kerja terendah 3 tahun dan tertinggi 19 tahun. Hasil estimasi interval menyimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa masa kerja perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak berada diantara 8,98 -10,03 tahun.

5.1.2. Gambaran Tupoksi Kasi Keperawatan

Gambaran tugas, pokok dan fungsi kasi keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak ditampilkan seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 5.3.
Distribusi Responden Berdasarkan Tupoksi Kasi Keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010. n= 190

Variable	Frekuensi	Persentase (%)
Tupoksi Kasie Keperawatan		
Sesuai	93	48,9
Kurang sesuai	97	51,1

Tabel 5.3. di atas menggambarkan bahwa 51,1% responden yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak menilai bahwa tugas dan fungsi kasi keperawatan dilaksanakan kurang sesuai dengan tugas pokok dan fungsi kasi

5.1.3. Gambaran Tupoksi Komite Keperawatan

Gambaran tugas, pokok dan fungsi komite keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak ditampilkan seperti pada tabel berikut

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Tupoksi Komite Keperawatan
di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010. n= 190

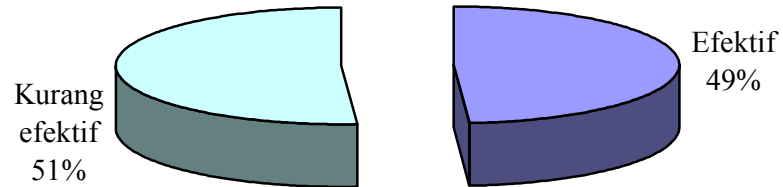
Variabel	Frekuensi	Persentase
Tupoksi Komite Keperawatan		
Sesuai	88	46,3
Kurang sesuai	102	53,7

Berdasarkan tabel 5.4 di atas diketahui bahwa 53,7% responden yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Dr. Soedarso Pontianak menilai bahwa tugas dan fungsi komite keperawatan dilaksanakan kurang sesuai dengan tugas pokok dan fungsi.

5.1.4. Gambaran Efektifitas Pelayanan Keperawatan

Gambaran efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak ditampilkan seperti pada diagram berikut ini:

Grafik 5.1.
Distribusi Efektifitas Pelayanan Keperawatan
di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010. n= 190



Grafik 5.1. di atas menunjukkan bahwa 51% pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak kurang efektif dan 49% yang dilaksanakan secara efektif.

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mencari hubungan antara variabel independen yaitu tupoksi kepala seksi keperawatan dan tupoksi komite keperawatan, dan faktor *counfounding* dengan variabel dependen yaitu efektifitas pelayanan keperawatan.

5.2.1. Hubungan tupoksi kepala seksi keperawatan terhadap efektifitas pelayanan keperawatan

Hubungan tupoksi kepala seksi keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan disajikan melalui tabel 5.5.

Tabel 5.5
Analisis Hubungan Tupoksi Kepala Seksi Keperawatan dengan Efektifitas
Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010, n=190

Karakteristik	Efektifitas pelayanan				Jlh N	X ²	OR (95% CI)	p
	Kurang efektif		Efektif					
	N	%	N	%				
Tupoksi Kasie Keperawatan								
Kurang Sesuai	64	66	33	34	97	16,470	3,526	0,001*
Sesuai	33	35,5	60	64,5	93	(1,940-6,408)		
Total	97	51,1	93	48,9	190			

* Bermakna dengan $p < 0,05$

Tabel 5.5 menunjukkan hubungan antara hubungan tupoksi kepala keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Tupoksi kasie keperawatan yang kurang sesuai efektif melakukan pelayanan keperawatan 34% sementara tupoksi kasie keperawatan yang sesuai 64,5% efektif melakukan pelayanan keperawatan. Analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara tupoksi kasie keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,001 > 0,05$). Nilai OR = 3,526, artinya perawat yang mempersepsikan pekerjaan tupoksi kasie keperawatan mempunyai peluang bekerja lebih efektif 3,5 kali dibandingkan yang kurang efektif.

5.2.2. Hubungan tupoksi komite keperawatan terhadap efektifitas pelayanan keperawatan

Hubungan tupoksi komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan disajikan melalui tabel 5.6. berikut:

Tabel 5.6
Analisis Hubungan Tupoksi Komite Keperawatan dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010, n=190

Karakteristik	Efektifitas pelayanan				Jlh	X ²	OR (95% CI)	p
	Kurang efektif		Efektif					
	N	%	N	%				
Tupoksi Komite Keperawatan								
Kurang Sesuai	64	62,7	38	37,3	171	11,060	2,807 (1,557-5,061)	0,001*
Sesuai	33	37,5	53	62,5	19			
Total	97	51,1	93	48,9	190			

* Bermakna dengan $p < 0,05$

Tabel 5.6 menunjukkan hubungan antara hubungan tupoksi komite keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Tupoksi komite keperawatan yang kurang sesuai melakukan pelayanan keperawatan 37,3% sementara tupoksi komite keperawatan yang sesuai 62,5% efektif melakukan pelayanan keperawatan. Analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara tupoksi komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,001 > 0,05$). Nilai OR = 2,807, artinya perawat yang melaksanakan pekerjaan sesuai dengan tupoksi komite keperawatan berpeluang 2,8 kali lebih efektif dibandingkan yang bekerja kurang sesuai dengan tupoksi komite keperawatan.

5.2.3. Hubungan umur terhadap efektifitas pelayanan keperawatan

Hubungan karakteristik umur perawat pelaksana dengan efektifitas pelayanan keperawatan disajikan melalui tabel 5.7. berikut:

Tabel 5.7
Analisis Hubungan Umur Terhadap Efektifitas Pelayanan Keperawatan
Organisasi di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010

Efektifitas Pelayanan	Mean	SD	SE	p	N
Kurang efektif	32,65	7,127	0,724	0,083	97
Efektif	34,53	7,716	0,800		93

Tabel 5.7 menunjukkan hubungan antara umur dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Responden yang efektif melakukan pelayanan keperawatan 34,53 dengan standar deviasi 7,716, sedangkan rata-rata umur yang kurang efektif pelayanan keperawatan 32,65 dengan standar deviasi 7,127. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,083$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata umur antara yang efektif dan kurang efektif dalam memberikan pelayanan keperawatan.

5.2.4. Hubungan karakteristik perawat pelaksana (jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan) dengan efektifitas pelayanan keperawatan

Hubungan karakteristik perawat pelaksana (jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan) dengan efektifitas pelayanan keperawatan disajikan melalui tabel 5.8. berikut:

Tabel 5.8
Analisis Hubungan Karakteristik Biografi Perawat Pelaksana (Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Perkawinan) dengan Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010, n=190

Karakteristik	Efektifitas pelayanan				Jumlah	χ^2	OR (95% CI)	p
	Kurang efektif		Efektif					
	N	%	N	%				
Jenis kelamin								
Laki-laki	44	53,7	38	46,3	82	0,23	0,832 (0,468-1,479)	0,632
Perempuan	53	49,1	55	50,9	108			
Tingkat pendidikan								
D.III Kep. Keperawatan	86	50,3	85	49,7	171	0,15	1,359 (0,521-3,545)	0,669
S1	11	57,9	8	42,1	19			
Status perkawinan								
Belum kawin	28	53,8	24	46,2	52	0,096	1,167 (0,616-2,211)	0,756
Kawin	69	50	69	50	138			

Proporsi perawat laki-laki 46,3% memiliki efektifitas pelayanan yang efektif sementara kurang efektif 53,7% sedangkan jenis kelamin perempuan 50,9% efektif dalam pelayanan keperawatan dan sisanya 49,1% kurang efektif. Analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,632 > 0,05$).

Tabel 5.8 menunjukkan hubungan antara karakteristik perawat berdasarkan tingkat pendidikan, jenis kelamin, dan status perkawinan, dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Proporsi perawat yang berpendidikan D.III keperawatan 49,7% memiliki efektifitas pelayanan yang efektif sementara kurang efektif 50,3%. sedangkan tamatan S1 keperawatan 42,1% efektif dalam pelayanan keperawatan dan sisanya 57,9% kurang efektif. Analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,669 > 0,05$).

Proporsi perawat yang belum menikah 46,2% memiliki efektifitas pelayanan yang efektif sementara kurang efektif 53,8%. sedangkan perawat yang sudah menikah 50% efektif dalam pelayanan keperawatan dan sisanya 50% kurang efektif. Analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara status perkawinan dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,756 > 0,05$). Jika diperhatikan bahwa persentase antara yang efektif dan tidak efektif nyaris seimbang dengan perbedaan yang sangat tipis, sehingga hubungan bivariat tidak bermakna.

5.2.5. Hubungan masa kerja terhadap efektifitas pelayanan keperawatan

Hubungan karakteristik masa kerja perawat pelaksana dengan efektifitas pelayanan keperawatan disajikan melalui tabel 5.9. berikut:

Tabel 5.9
Analisis Hubungan masa kerja terhadap efektifitas pelayanan keperawatan
Organisasi Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010

Efektifitas Pelayanan	Mean	SD	SE	p	N
Kurang efektif	9,94	3,761	0,382	0,096	97
Efektif	9,05	3,531	0,366		93

Tabel 5.9 menunjukkan hubungan antara masa kerja dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Responden yang efektif melakukan pelayanan keperawatan 9,05 dengan standar deviasi 3,531, sedangkan rata-rata masa kerja yang kurang efektif pelayanan keperawatan 9,94 dengan standar deviasi 3,761. Hasil uji statistic didapatkan nilai $p= 0,096$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata masa kerja antara yang efektif dan kurang efektif dalam memberikan pelayanan keperawatan.

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk memperoleh jawaban mana yang paling berhubungan dengan efektifitas pelayanan keperawatan. Atas pertimbangan bahwa variabel dependen merupakan data katagorik, maka uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik. Tahapan analisis multivariat meliputi: pemilihan variabel kandidat multivariat, pembuatan model dan analisa interaksi.

5.3.1. Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat

Variabel yang diduga berhubungan dengan efektifitas pelayanan keperawatan yaitu tupoksi kasi keperawatan, tupoksi komite keperawatan dan karakteristik individu perawat. Sebelum membuat model multivariat variabel-variabel tersebut terlebih dahulu harus dilakukan analisis bivariat dengan uji regresi logistik sederhana dengan variabel dependen efektifitas pelayanan keperawatan. Dari hasil uji ternyata variabel tupoksi kasi keperawatan dan komite keperawatan mempunyai $p < 0,25$, dengan demikian masuk ke dalam model analisis multivariat.

5.3.2. Pembuatan Model

Analisis multivariat bertujuan mendapatkan model yang cocok dalam menentukan determinan efektifitas pelayanan keperawatan. Model yang terbaik akan mempertimbangkan dua penilaian, yaitu nilai signifikan ratio *log-likelihood* ($p \leq 0,05$) dan signifikansi *p wald* ($p \leq 0,05$). Pemilihan model dilakukan secara hirarki dengan semua variabel independen yang telah diujikan dimasukkan ke dalam model secara berurutan dimulai dari *p wald*nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari nilai *p wald* yang terbesar. Model awal analisis multivariat mencakup kedua variable independent dan semua variable *confounding* (Sutanto, 2007). Berikut adalah model awal yang disajikan dalam tabel 5.10 berikut:

Tabel 5.10.
Model Awal Analisis Multivariat Hubungan Tupoksi Kepala Seksi dan Komite Keperawatan terhadap Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010

No	Variabel	B	p	Exp (B)	CI 95%	
					Lower	Upper
1.	Kasi Keperawatan	1,167	0,000*	3,213	1,693	6,099
2.	Komite Keperawatan	0,705	0,030*	2,023	1,072	3,817
3.	Umur	-0,030	0,178	0,970	0,928	1,014
4.	Jenis Kelamin	-0,163	0,611	0,850	0,453	1,592
5.	Pendidikan	0,170	0,760	1,185	0,398	3,525
6.	Perkawinan	0,324	0,373	1,383	0,678	2,818
7.	Masa Kerja	0,097	0,033*	1,102	1,008	1,206
8.	Konstanta	-3,046	0,38	0,048		

* Bermakna dengan $p < 0,05$

Setelah memperoleh model lengkap, langkah selanjutnya adalah melakukan uji *confounding*. Uji *confounding* dikeluarkan apabila nilai $p > 0,05$. Syarat agar variabel dapat menjadi *confounding* adalah bila setelah variabel yang dianggap sebagai *confounding* dikeluarkan terjadi perubahan $>10\%$. Pengeluaran variabel *confounding* dimulai dari yang memiliki *p value* terbesar. Berdasarkan tabel di atas dilakukan pengeuaran variabel dimulai dari pendidikan, jenis kelamin, perkawinan, umur, masa kerja.

Berdasarkan hasil analisis uji *confounding*, ternyata tidak ada yang menjadi *confounding* dalam penelitian ini. Selanjutnya melakukan uji interaksi antara variabel kasi keperawatan dan komite keperawatan. Syarat variabel dikatakan berinteraksi adalah bila hasil analisis menunjukkan $p < 0,05$. Diketahui $P =$ hasil interaksi adalah 0,660 yang berarti tidak ada interaksi di antara kedua variabel tersebut. Akhirnya model akhir analisis multivariat adalah sebagai berikut:

Tabel 5.11.
Model Akhir Analisis Multivariat Hubungan Tupoksi Kepala seksi dan Komite Keperawatan terhadap Efektifitas Pelayanan Keperawatan Di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010

No	Variabel	B	p	Exp (B)	CI 95%	
					Lower	Upper
1.	Kasi Keperawatan	1,099	0,000*	3,001	1,622	5,552
2.	Komite Keperawatan	0,816	0,010*	2,262	1,221	4,191
3.	Konstanta	-2,868	0,000	0,057		

* Bermakna dengan $p < 0,05$

Berdasarkan tabel di atas disimpulkan bahwa tupoksi kepala seksi keperawatan yang sesuai akan menjadikan pelayanan keperawatan efektif 3,001 kali setelah dikontrol tupoksi dari komite keperawatan. Selanjutnya tupoksi komite keperawatan yang sesuai akan menjadikan pelayanan keperawatan efektif 2,262 kali setelah dikontrol tupoksi dari kepala seksi keperawatan.

Persamaan multivariat dibuat berdasarkan tabel 5.11 untuk menentukan efektifitas pelayanan keperawatan. Berikut merupakan persamaannya:

$$\begin{aligned} Z_{\text{efektifitas pelayanan keperawatan}} &= \alpha + \beta_{\text{tupoksi kasi keperawatan}} + \beta_{\text{tupoksi komite keperawatan}} \\ &= -2,868 + 1,099 + 0,816 \end{aligned}$$

Persamaan di atas selanjutnya dilakukan perhitungan dengan diberi kode. Apabila tupoksi kasi keperawatan sesuai maka diberi kode 1, sebaliknya diberi kode 0. Demikian juga bila tupoksi komite keperawatan yang sesuai diberi kode 1 dan sebaliknya diberi kode 0. Perhitungannya adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned} f(Z) &= \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_{\text{tupoksi kasi keperawatan}} + \beta_{\text{tupoksi komite keperawatan}})}} \\ &= \frac{1}{1 + e^{-(-2,868 + (1,099 \times 1) + (0,816 \times 1))}} \\ &= 0,2782 \end{aligned}$$

Perhitungan di atas memberikan pengertian bahwa tupoksi kasi keperawatan yang sesuai dan tupoksi komite keperawatan yang sesuai akan menjadikan pelayanan keperawatan menjadi efektif sebesar 27,82%. Perhitungan di atas juga dapat menghitung bila tupoksi kasi keperawatan tidak sesuai dan tupoksi komite keperawatan yang tidak sesuai. Perhitungannya yaitu:

$$\begin{aligned}
 f(Z) &= \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_{\text{tupoksi kasi keperawatan}} + \beta_{\text{tupoksi komite keperawatan}})}} \\
 &= \frac{1}{1 + e^{-(-2,868 + (1,099 \times 0) + (0,816 \times 0))}} \\
 &= 0,1760
 \end{aligned}$$

Perhitungan di atas memberikan pengertian bahwa tupoksi kasi keperawatan yang tidak sesuai serta tupoksi komite keperawatan yang tidak sesuai akan menjadikan pelayanan keperawatan menjadi efektif sebesar 17,60%.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai hasil yang telah diperoleh dari penelitian, yang telah dilaksanakan serta akan dikaitkan dengan literatur yang ada dan hasil-hasil penelitian sejenis yang pernah dilakukan. Selain itu, juga dibahas keterbatasan-keterbatasan penelitian dan implikasi kepala seksi hasil penelitian ini terhadap keperawatan. Tahap akhir dari bab pembahasan ini adalah membuat kesimpulan peneliti sendiri

6.1. Pembahasan Penelitian

Bagian ini membahas mengenai gambaran tugas pokok fungsi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan serta efektivitas organisasi yang terjadi di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Selain itu, berdasarkan tujuan khusus dengan memaparkan hubungan masing-masing variabel.

6.1.1. Tupoksi Kepala seksi Keperawatan

Hasil penelitian ini mengkategorikan tupoksi kepala seksi keperawatan menjadi sesuai dan kurang sesuai. Tupoksi kepala seksi keperawatan yang di persepsikan kurang sesuai oleh perawat sebanyak 51,1%. Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden merasakan ketidaksesuaian tupoksi kepala seksi keperawatan. Hasil penelitian ini memiliki perbedaan dengan penelitian Winarti (2007) yang menyebutkan bahwa fungsi kasi keperawatan dikategorikan cukup baik sebesar 80,4%. Analisis bivariat menghasilkan p sebesar 0,001 yang artinya terdapat hubungan antara tupoksi kepala seksi keperawatan dan efektivitas pelayanan keperawatan. Lebih lanjut analisis menunjukkan nilai OR sebesar 3,526. angka ini berarti apabila tupoksi kepala seksi keperawatan dipersepsikan perawat pelaksana telah sesuai dilaksanakan maka akan membuat 3,526 kali terlaksananya efektivitas pelayanan keperawatan. Dengan dapat diterapkannya tupoksi keperawatan di rumah sakit, maka perawat pelaksana akan lebih efektif dalam melakukan intervensi, serta mempunyai tanggung jawab terhadap pasien

yang diasuhnya karena setiap intervensi yang dilakukan pasti akan dilakukan pengawasan yang dampaknya terhadap mutu asuhan dan mutu rumah sakit. Pendapat ini sama dengan Gibson, 1996

Tupoksi kepala seksi keperawatan dalam efektifitas pelayanan merupakan hubungan optimal antara produksi, kualitas, efisiensi, fleksibilitas, kepuasan, sifat keunggulan dan pengembangan yang dapat diterapkan dalam memberikan asuhan pelayanan keperawatan.. Kepala seksi perawatan adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam pembinaan, mutu sumber daya manusia keperawatan, logistik keperawatan, dan etika mutu asuhan keperawatan (Depkes, 2002). Seorang kepala seksi keperawatan dalam menjalankan tugas fungsi hendaknya melakukan hubungan antar manusia (*human relation*), motivasi (*motivation*), kepemimpinan (*leadership*), kesepakatan kerja sama dan *collective bargaining* menjamin keberhasilan asuhan keperawatan yang berkualitas (Hasibuan, 2001).

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Hasibuan (2001) yang menyatakan bahwa tugas fungsi seorang manajer yang dijalankan optimal dapat meningkatkan mutu pelayanan serta mutu asuhan keperawatan. Melalui pelaksanaan fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan yang baik dapat meningkatkan efektifitas pelayanan keperawatan di rumah sakit (Muninjaya, 2004).

Seorang kepala seksi keperawatan yang melaksanakan fungsinya secara benar dan optimal dapat memberikan pelayanan yang efektif bagi perawat pelaksana di ruangan karena perawat pelaksana dapat bekerja sesuai dengan tupoksi yang ada di kepala seksi keperawatan. Namun kenyataan dilapangan tupoksi kepala seksi keperawatan tidak sejalan dengan apa yang telah ditetapkan oleh organisasi dan Depkes. Kepala seksi keperawatan hanya melaksanakan fungsi perencanaan dan pengorganisasian saja tetapi fungsi pengarahan dan pengawasan tidak dijalankan secara maksimal sehingga pelayanan diruangan tidak terkontrol dan terevaluasi. Menurut pendapat peneliti lebih banyak ketidaksesuaian tentang tupoksi ini karena

kepala seksi keperawatan kurang memahami tentang tugas dan fungsinya serta tidak melakukan tugas sebagai seorang kepala seksi seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan. Sehingga perawat pelaksana yang ada diruangan belum dapat merasakan secara langsung tugas dan fungsi kepala seksi keperawatan yang telah dilaksanakan.

Hakekat pengawasan adalah mencegah sedini mungkin terjadinya penyimpangan, pemborosan, guna mencegah kegagalan yang mungkin akan terjadi pada masa yang akan datang. (Wijono, 1997). Pengarahan menurut (Kron, 1987) membuat penugasan, memberikan pengarahan, pengawasan, observasi, memberikan motivasi kepada teman sejawat, serta hubungan yang baik dengan teman sejawat. Dengan demikian setiap yang akan menduduki suatu jabatan baik kepala kepala seksi keperawatan maupun komite keperawatan hendaknya dapat dan selalu menerapkannya disaat melaksanakan tugas dan fungsinya.

Pengawasan dan pengendalian yang harus dijalankan sesuai dengan aturan manajemen keperawatan untuk mengikuti pelaksanaan usaha agar sesuai dengan rencana atau ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Pengendalian dapat dirumuskan sebagai proses penentu apa yang harus dicapai yaitu standar, apa yang harus dilakukan yaitu pelaksanaan, dan bila perlu melakukan perbaikan-perbaikan sehingga, pelaksanaan sesuai dengan rencana yaitu sesuai dengan standar (Wijono, 1997).

Tupoksi kepala seksi dan komite keperawatan masih memegang tugas rangkap dan penerapannya dalam pelayanan keperawatan belum sesuai dengan standar kemungkinan juga bekerja sudah terbiasa dengan pekerjaan rutinitas, sehingga pada saat diminta hasil evaluasi masih belum dikerjakan atau tidak ada. Melihat keadaan ini dapat dimungkinkan bahwa kepala seksi dan komite keperawatan belum memahami fungsi manajemen (perencanaan, organisasi, pelaksanaan, serta pengawasan dan pengendalian) secara utuh. (Swansburg, 1999). Sasaran pengawasan diperuntukan guna mewujudkan kehematan, ketertifan, efektif dan efisien sejak awal dari proses penilaian (Wijono, 1997).

Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedarso Nomer 77 Tahun 2009 menyebutkan bahwa kepala seksi keperawatan mempunyai tugas menyiapkan bahan dan kebutuhan pelayanan keperawatan, melakukan koordinasi, pemantauan dan evaluasi. Sebagai rumah sakit rujukan tertinggi se Kalimantan Barat dengan kapasitas tempat tidur 450 buah dan 306 perawat maka permasalahan yang dihadapi semakin kompleks. Karena di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedarso tidak mempunyai bidang keperawatan maka diharapkan kepala seksi mempunyai kewenangan untuk dapat mengatur serta mengendalikan kegiatan keperawatan di rumah sakit. Berdasarkan pemaparan di atas dirasakan perlu dilakukan peninjauan ulang kebijakan dalam pelaksanaan kerja serta mengevaluasi hasil kerja kepala seksi dalam pelayanan di rumah sakit sehingga memahami kewenangan dan kompetensi masing-masing.

Pelayanan keperawatan membutuhkan seorang manajer keperawatan yang mampu untuk menjalankan fungsi manajemen dan tupoksi yang sudah ditetapkan oleh direktur. Sebagai kepala seksi keperawatan juga harus menunjukkan kemampuannya pada saat rapat manajemen (semua pejabat struktural maupun pejabat fungsional) misalnya menyampaikan rencana kerja untuk permintaan sarana prasarana kesehatan, meningkatkan pengetahuan perawat setara bertahap, dan sebagainya agar terlihat apa yang dibutuhkan kelompok keperawatan. Agar keperawatan dapat menunjukkan kemampuannya perlu dilakukan peningkatan peran kepala seksi keperawatan dalam membahas permasalahan otonomi keperawatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi perawat pelaksana terhadap tupoksi kasi keperawatan belum sesuai. Hal ini bisa saja dikarenakan perawat pelaksana belum merasakan hasil kinerja khususnya dalam melakukan fungsi manajemen dengan baik. Oleh karena itu perlu dilakukan program pengembangan SDM bagi kepala seksi keperawatan melalui seminar, pelatihan, ataupun *workshop* manajemen. Evaluasi kinerja kepala seksi keperawatan di rumah sakit Dr Soedarso secara hirarki dilakukan oleh bidang pelayanan, namun peneliti

merasakan perlu juga dilakukan evaluasi terhadap kinerja kepala seksi keperawatan dilihat dari sudut pandang perawat pelaksana. Evaluasi ini dilakukan secara berkala dengan mengembangkan instrumen yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dan disepakati bersama oleh bagian-bagian yang terkait.

Peningkatan keilmuan dapat dilakukan salah satunya dengan melihat keberhasilan orang lain. Peningkatan kinerja kepala seksi keperawatan dapat dilakukan dengan studi banding ke rumah sakit lain yang mempunyai kinerja dan efektivitas organisasi yang baik terutama dalam hal pelayanan keperawatan. Kegiatan ini bertujuan agar kepala seksi keperawatan memahami kekuatan dan kelemahan yang dimilikinya dalam menjalankan manajemen keperawatan di rumah sakit Dr Soedarso Pontianak.

6.1.2. Tupoksi Komite Keperawatan

Hasil penelitian ini mengkategorikan tupoksi komite keperawatan menjadi sesuai dan kurang sesuai. Tupoksi komite keperawatan yang dirasakan perawat kurang sesuai sebanyak 53,7%. Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden merasakan ketidaksesuaian tupoksi komite keperawatan. Analisis bivariat menghasilkan p sebesar 0,001 yang artinya terdapat hubungan antara tupoksi komite keperawatan dan efektifitas pelayanan keperawatan. Lebih lanjut analisis menunjukkan nilai OR sebesar 2,807 yang artinya apabila tupoksi komite keperawatan telah sesuai dilaksanakan maka akan membuat 2,807 kali terlaksananya efektifitas pelayanan keperawatan.

Rumah sakit Dr. Soedarso tugas dan fungsi komite masih belum menggambarkan dan menerapkan sesuai apa yang diharapkan oleh perawat pelaksana seperti fungsi koordinasi, pengawasan, mengarahkan, menggerakkan dan pengambilan keputusan. Untuk menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi, peranan kepemimpinan, motivasi staf, kerjasama dan komunikasi kepala seksi antar staf merupakan hal pokok yang perlu mendapat perhatian para manajer organisasi (Mununjaya, 2004). Sama dengan pendapat Wulandari (2000) menyebutkan

pengorganisasian komisi keperawatan di pelayanan kesehatan Saint Carolus masih sangat tergantung pada manajemen puncak. Selain itu juga diketahui bahwa pengorganisasian komisi keperawatan tidak ada hubungan langsung dengan pelaksana asuhan keperawatan.

Komite keperawatan merupakan organisasi yang berfungsi sebagai wadah bagi tenaga keperawatan untuk berpartisipasi dalam memberikan masukan tentang hal-hal yang terkait masalah profesi dan teknis keperawatan (Swansburg, 1999). Rumah sakit membentuk komite keperawatan guna memfasilitasi pencapaian tujuan pelaksanaan agar lebih berkualitas (Nurachmah, 2000). Komite dibentuk untuk membahas pengembangan mutu sumber daya manusia, pembinaan etik profesi, penyusunan standar pelayanan dan penelitian (Wulandari, 2000). Hubungan komite yang kohesif dapat mengurangi, persaingan, kecemasan, meningkatkan hubungan personal yang akrab dan membuat komite lebih produktif guna meningkatkan efisiensi dan produktifitas komite selain mendapat keuntungan komite juga sebagai media komunikasi seksi (Wulandari, 2000).

Tugas fungsi komite keperawatan yang harus dapat diterapkan kepada seluruh jajaran keperawatan guna, menuju perawat yang profesional dan dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit. Tugas tersebut antara lain menyusun dan menetapkan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit, memantau pelaksanaan asuhan keperawatan, menyusun model Praktek Keperawatan Profesional, memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan, meningkatkan profesionalisme keperawatan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik, bekerja-sama dengan Direktur/bidang keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan sejalan dengan rencana strategi Rumah Sakit (Gillies, 1994).

Fungsi komite keperawatan adalah menetapkan standar-standar keperawatan, membina asuhan keperawatan, melakukan kredensial dan melaksanakan

pembinaan disiplin profesi keperawatan (Maria, 2007). Memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga keperawatan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan, mengkoordinir kegiatan-kegiatan tenaga keperawatan, menyampaikan laporan kegiatan komite keperawatan secara berkala (setahun sekali) kepada seluruh tenaga keperawatan Rumah Sakit (Gillies, 1994).

Menurut peneliti tupoksi komite keperawatan tidak sesuai dikarenakan adanya peran ganda. Peran ganda yang dimaksud adalah ketua komite keperawatan merangkap tugas dan fungsinya sebagai penanggung jawab asuhan keperawatan yang terjun langsung ke fungsional secara rutinitas ke semua ruangan yang sudah ditunjuk oleh kepala seksi keperawatan. Swansburg (1999) menyebutkan tugas fungsi komite keperawatan adalah menetapkan standar asuhan keperawatan, standar praktek, dan standar ketenagaan. Maria (2007) menambahkan dengan menetapkan standar-standar keperawatan, membina asuhan keperawatan, melakukan kredensial dan melaksanakan pembinaan disiplin profesi keperawatan. Adanya peran ganda yang dijabat oleh komite keperawatan membuat konflik peran dalam menjalankan tugas ketua komite di rumah sakit Dr. Soedarso sehingga perlu meninjau ulang kebijakan dalam pelaksanaan kerja serta mengevaluasi hasil kerja kepala seksi dan komite keperawatan dalam pelayanan di rumah sakit sehingga memahami kewenangan dan kompetensi masing-masing.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi perawat pelaksana terhadap tupoksi komite keperawatan belum sesuai. Hal ini bisa saja dikarenakan perawat pelaksana belum merasakan hasil kinerja komite khususnya dalam melakukan fungsi manajemen dengan baik seperti kurang terlaksananya program yang dirasakan penting. Oleh karena itu perlu dilakukan program pengembangan SDM bagi komite keperawatan melalui seminar, pelatihan, ataupun *workshop* manajemen. Evaluasi kinerja komite keperawatan di rumah sakit Dr Soedarso secara hirarki dilakukan oleh direktur rumah sakit, namun peneliti merasakan perlu juga dilakukan evaluasi terhadap kinerja komite keperawatan dilihat dari sudut pandang perawat pelaksana. Evaluasi ini dilakukan secara berkala dengan

mengembangkan instrumen yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dan disepakati bersama oleh bagian-bagian yang terkait.

Peningkatan kinerja komite keperawatan dapat dilakukan dengan studi banding ke rumah sakit lain yang mempunyai kinerja dan efektivitas organisasi yang baik terutama dalam hal pelayanan keperawatan. Peningkatan keilmuan dapat dilakukan salah satunya dengan melihat keberhasilan orang lain. Kegiatan ini bertujuan agar komite keperawatan memahami kekuatan dan kelemahan yang dimilikinya dalam menjalankan manajemen keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedarso Pontianak.

6.1.3. Efektifitas Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 51% responden menyatakan pelayanan keperawatan kurang efektif. Sedangkan masih ada 49% responden yang menyatakan pelayanan keperawatan efektif. Hasil ini menunjukkan secara univariat lebih banyak responden yang mengatakan pelayanan keperawatan kurang efektif di RSUD. Dr. Soedarso Pontianak. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa efektifitas pelayanan keperawatan berhubungan dengan tupoksi kasi dan komite keperawatan. Kedua tingkatan manajemen keperawatan ini saling berkaitan dalam mempengaruhi efektifitas pelayanan keperawatan meskipun hanya 27,82%.

Depkes (2002) telah membuat suatu pedoman teknis tentang tupoksi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan. Namun di lapangan tugas-tugas tersebut banyak menemui kendala sehingga berdampak pada efektifitas pelayanan keperawatan. Efektivitas dalam konteks perilaku pelayanan merupakan hubungan optimal antara produksi, kualitas, efisiensi, fleksibilitas, kepuasan, sifat keunggulan dan pengembangan (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996). “Efektivitas pelayanan dapat dilihat dari 3 perspektif, yaitu individu, kelompok dan organisasi itu sendiri. Tingkat paling dasar adalah efektivitas individual, yang menekankan pada kinerja tugas dari karyawan tertentu atau anggota organisasi.

Pelayanan keperawatan dapat dirasakan efektif jika memberikan rasa puas bagi penerima dan pemberi pelayanan keperawatan dalam hal ini pasien dan perawat. Hasil ini bisa saja dikarenakan fungsi manajer keperawatan yang berada pada kepala seksi dan komite keperawatan kurang dirasakan sesuai oleh responden. Padahal dalam menjalankan tugas dan fungsinya, pemimpin satuan organisasi dalam hal ini kepala seksi dan komite keperawatan memerlukan koordinasi pengaturan tata kerja dan tata hubungan lainnya, oleh karenanya diperlukan kesamaan pengertian, supaya terjadi yang harmonis diantara satuan-satuan organisasi dalam usaha bersama mencapai tujuan organisasi (Gillies, 1994).

Koordinasi adalah pengaturan usaha sekelompok orang secara teratur untuk menciptakan kesatuan tindakan dalam mengusahakan tercapainya suatu tujuan bersama (Wijono, 2000). Koordinasi merupakan salah satu fungsi manajemen yang harus dilaksanakan oleh para manajer dalam mencapai tujuan organisasi. Tujuan koordinasi adalah pencapaian tujuan organisasi, untuk mengarahkan, menyesuaikan, menyamakan dan menyelaraskan semua kegiatan masing-masing unit kerja/instansi/pejabat sehingga tercapai tujuan bersama atau tujuan organisasi secara keseluruhan.

Efektifitas pelayanan keperawatan yang dirasakan oleh responden pada penelitian ini selain dilihat dari koordinasi juga dari pengawasan dan pengambilan keputusan. Pengawasan diartikan sebagai proses kegiatan seorang pimpinan untuk menjamin agar pelaksanaan kegiatan organisasi sesuai dengan rencana kebijakan dan ketentuan yang telah ditetapkan (Wijono, 1997). Pengawasan yang efektif bagi setiap manajer tergantung dari pola cara kerja, keahlian dan pengetahuan kerja, serta jumlah kerja yang saling ketergantungan. Pengawasan seorang manajer secara optimal bukan dari jumlah hubungan dengan bawahannya, tetapi dari intensitas dan seringnya hubungan itu dilakukan (Tzirides, 1993 dalam Gillies, 1994).

Pengambilan keputusan merupakan salah satu aspek yang mempengaruhi efektifitas pelayanan keperawatan. Pengambilan keputusan selalu dihubungkan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan dengan maksud keputusan yang diambil diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik (Terry, 1999 dalam Wijono, 2000). Hasil ini sangat sesuai dengan pendapat Hagenstad, Weis & Brophy (2000); Krairiksh & Anthony (2001) dalam Marquis & Huston (2006) bahwa organisasi dengan pengambilan keputusan yang diambil oleh hanya beberapa manajer pada tingkat atas dan tidak melibatkan manajer pada tingkat bawah, sehingga keputusan yang diambil tidak dapat menyelesaikan pada tingkat dimana masalah itu terjadi.

Kurang tepatnya struktur organisasi yang dimiliki oleh RSUD Dr. Soedarso Pontianak dapat menyebabkan semakin kompleksnya permasalahan yang dihadapi pelayanan keperawatan, sehingga menurut Marquis dan Huston (2006) semakin besar pula kebutuhan untuk pengambilan keputusan dengan melibatkan orang banyak dengan keahlian yang berbeda. Pada pendekatan hasil penelitian ini bertolak belakang dengan pendapat Winardi (2004) yang mengatakan bahwa pengambilan keputusan pada struktur organisasi dengan pendekatan dalam menyelesaikan masalah seharusnya tepat karena otoritas diberikan pada tingkat yang dekat dengan sumber pelaksanaan. Selain itu, pada pendekatan ini, unit kerja yang lebih kecil diperkenankan mengambil keputusan sendiri, sehingga dapat bergerak lebih cepat dalam menghadapi kebutuhan-kebutuhan yang timbul.

Hagenstad, Weis & Brophy (2000); Krairiksh & Anthony (2001) dalam Marquis & Huston (2006) menyebutkan pengambilan keputusan yang diambil memperbolehkan masalah diselesaikan pada manajer tingkat bawah, yang berarti masalah dapat diselesaikan pada tingkat dimana masalah itu terjadi. Kaluzny (1989), menyatakan bahwa manajer perawat tingkat menengah secara primer bertanggung jawab pada keputusan-keputusan yang menentukan kualitas asuhan keperawatan, sedangkan keputusan operasional/rutin didelegasikan pada manajer tingkat pertama. Sehingga berdasarkan pendapat diatas, maka kemungkinan kurang tepatnya pengambilan keputusan dipersepsikan oleh perawat pelaksana di

RSUD Dr. Soedarso Pontianak disebabkan oleh kurang tepatnya manajer tingkat pertama dan tingkat menengah dalam mengambil keputusan.

6.1.4. Karakteristik Individu

6.1.4.1. Usia

Distribusi umur responden rata-rata umur perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak adalah 33,57 tahun dengan standar deviasi 7,46 tahun. Umur termuda 21 tahun dan umur tertua 55 tahun. Hasil estimasi interval menyimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak berada diantara 32,50 - 34,64 tahun. Lebih lanjut dilakukan analisis untuk melihat hubungan antara umur dengan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Responden yang efektif melakukan pelayanan keperawatan 34,53 dengan standar deviasi 7,716, sedangkan rata-rata umur yang kurang efektif pelayanan keperawatan 32,65 dengan standar deviasi 7,127. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p= 0,083$, berarti pada alpha 5% Rata-rata umur antara yang efektif dan kurang efektif tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap intervensi pelayanan keperawatan (Shauky,2010) Semakin tua usia alternatif pekerjaan kecil kemungkinan akan berhenti (Sopiah, 2008) Produktivitas tidak hanya bergantung pada keterampilan fisik saja melainkan dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja (Robbins 2003)

Usia seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja, dan tanggung jawab (Hasibuan, 2007). Produktivitas tidak hanya bergantung pada keterampilan fisik saja melainkan dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja (Robbins 2003). Tidak terdapatnya hubungan umur dengan efektifitas pelayanan keperawatan karena di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso belum ada aturan bahwa umur semakin lanjut atau tua tidak dapat melakukan aktifitas seperti shift jaga pagi, sore dan malam hari. Sehingga dalam memberikan pelayanan di Rumah Sakit tersebut tetap berjalan dengan aturan yang ada, guna peningkatan mutu asuhan pelayanan keperawatan yang lebih baik. Selain itu belum adanya *reward* yang sesuai membuat perawat yang ada dirumah sakit ini cenderung

kurang termotivasi dengan situasi kerja yang ada. Sehingga berdampak pada perawat cenderung bekerja berdasarkan kegiatan rutinitas yang ada di ruangan atau rumah sakit.

Selain pendapat di atas, tidak ada hubungan antara usia dan efektifitas pelayanan disebabkan karena perbedaan usia yang cukup jauh antar responden dan tidak homogenya usia responden. Usia merupakan karakteristik individu. Perawat melakukan pelayanan penilaian kinerjanya bukan berdasarkan usia. Namun lebih pada profesionalisme seseorang dalam bekerja usia tua tidak menjamin seseorang akan memberikan pelayanan yang efektif kepada pasien. Namun usia yang tua akan menyebabkan terjadinya penurunan fisik dan tingkat kemampuan sehingga berdampak pada pelayanan keperawatan yang diberikan (Robbins,(2003).

Sopiah (2008) dengan masa kerja mereka yang lebih panjang akan mendapat gaji yang lebih tinggi. Teori di atas memaparkan hal yang memperkuat juga bisa bertolak belakang dengan hasil penelitian. Penulis menyimpulkan usia perawat pelaksana merupakan faktor yang tidak bisa sebagai faktor yang berhubungan dengan efektifitas pelayanan, karena usia tidak menjamin seseorang akan memberikan pelayanan yang efektif kepada pasien.

6.1.4.2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan perbedaan keadaan biologis responden yang dibagi menjadi laki-laki dan perempuan. Pada penelitian ini diketahui sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yakni sebesar 56,8%. Hasil analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,632 > 0,05$). Karyawan wanita lebih sering tidak masuk kerja dibandingkan laki-laki (Sopiah, 2008) Tidak ada perbedaan berarti dalam produktivitas pekerjaan antara pria dan wanita, tidak ada bukti yang menunjukkan jenis kelamin mempengaruhi kepuasan kerja (Robbin, 2003).

Penulis menyimpulkan tidak ada perbedaan antara jenis kelamin dan efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak dikarenakan secara statistik terjadi perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Mayoritas perawat yang bekerja adalah perempuan. Meskipun demikian dalam memberikan pelayanan keperawatan tidak tergantung dari jenis kelamin tapi lebih berdasarkan profesionalisme seseorang.

6.1.4.3. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang perawat untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2007). Pada penelitian ini diketahui 90% responden dengan latar belakang pendidikan D. III Keperawatan. Sedangkan yang berlatar belakang pendidikan S1 keperawatan hanya 10%. Perbedaan yang signifikan antara yang pendidikan S1 dan DIII keperawatan mempengaruhi dalam pemberian pelayanan. Perawat D III keperawatan lebih efektif dalam memberikan pelayanan keperawatan, karena jumlah tenaga keperawatan DIII 90% dibanding dengan S1 keperawatan. Namun analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p = 0,669 > 0,05$). Semakin tinggi tingkat pendidikan, seorang karyawan melakukan pekerjaan akan lebih baik (Robin, 2003)

Pendidikan merupakan tujuan positif suatu metode pengetahuan dan pengembangan yang penting untuk penampilan kinerjanya, kognitif, psikomotor serta sikap. Pendidikan merupakan indikator kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya (Hasibuan, 2008). Berlawanan dengan pendapat semakin tinggi tingkat pendidikan, seorang karyawan melakukan pekerjaan akan lebih baik (Robbin, 2003)

Penelitian ini, tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan efektifitas pelayanan keperawatan dikarenakan belum adanya pembagian tugas yang jelas antara jenjang pendidikan. Perawat bekerja tidak berdasarkan

uraian tugas yang jelas. Tidak ada perbedaan ini membuat perawat yang memiliki pendidikan tinggi kurang termotivasi dengan lingkungan kerja yang ada. Perawat bekerja cenderung hanya rutinitas saja karena perawat yang berpendidikan tinggi merasa lingkungan kerja tidak sesuai dengan latar belakang pendidikan. Ini sesuai dengan pendapat Hasibuan, 2007 yaitu pendidikan merupakan suatu indikator yang mencerminkan kemampuan seorang perawat untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya

6.1.4.4. Masa Kerja

Masa kerja menunjukkan lamanya seseorang bekerja pada suatu unit organisasi. Pada penelitian ini diketahui rata-rata masa kerja perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak adalah 9,51 tahun dengan standar deviasi 3,667 tahun. Masa kerja terendah 3 tahun dan tertinggi 19 tahun. Hasil estimasi interval menyimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata masa kerja perawat di RSUD Dr. Soedarso Pontianak berada diantara 8,98 tahun sampai 10,03 tahun. Hasil uji statistic didapatkan nilai p value= 0,096, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata masa kerja antara yang efektif dan kurang efektif dalam memberikan pelayanan keperawatan (Robbins, 2001). Pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja seseorang (Quinones, 2006).

Kurangnya penghargaan finansial dan non finansial berdampak pada efektifitas pelayanan keperawatan yang kurang maksimal. Perawat dengan masa kerja yang lama merasa kurang diperhatikan oleh manajemen rumah sakit sehingga pengembangan karir dirasakan lambat. Sementara perawat yang masa kerja baru cenderung untuk mengikuti pola dan perilaku dari perawat yang lebih senior. Masa kerja merupakan hal yang penting yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan sumber daya manusia.

6.1.4.5. Status Perkawinan

Status perkawinan menunjukkan apakah seseorang telah menikah atau belum. Karyawan yang sudah menikah cenderung menilai pekerjaan sangat penting karena sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai kepala keluarga (Sopiah, 2008). Pada penelitian ini diketahui sebagian responden sudah menikah yakni 72,6%. Analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara status perkawinan dengan efektifitas pelayanan keperawatan ($p=0,756 > 0,05$). Hal ini bertentangan dengan pendapat (Robbin, 2003) Karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya dan lebih puas dengan pekerjaannya.

Menurut peneliti status perkawinan seseorang tidak mempengaruhi efektifitas pelayanan keperawatan, artinya perawat yang sudah kawin maupun belum kawin sama-sama kurang efektif dalam memberikan pelayanan keperawatan. Perawat yang menikah mempunyai tanggung jawab terhadap keluarga sehingga dalam memberikan pelayanan kurang maksimal sementara perawat yang sudah menikah karena belum mempunyai tanggung jawab sehingga bekerja hanya sekedar rutinitas saja.

6.2. Keterbatasan Penelitian

6.2.1. Sumber Pendukung Penelitian

Peneliti hanya sedikit menemukan sumber-sumber maupun hasil penelitian yang sejenis dengan penelitian ini. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengeksplorasi lebih jauh berkaitan dengan tupoksi kepala seksi dan komite keperawatan yang didukung dengan teori dan hasil penelitian lainnya.

6.2.2. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan untuk populasi lain. Penelitian ini sangat terbatas untuk memberikan solusi bagi rumah sakit lain dikarenakan perbedaan karakteristik kepala seksi keperawatan, komite keperawatan, perawat pelaksana, dan situasi pada saat itu.

6.3. Implikasi Untuk Keperawatan

Secara keseluruhan hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tupoksi kepala seksi keperawatan dan juga komite keperawatan dengan efektivitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Dengan masing-masing tugas dan fungsi kepala seksi keperawatan dan tugas fungsi komite keperawatan harus dapat di pahami dan dijalankan dengan baik dan berjalan bersama serta memupuk kerjasama atau koordinasi, pengawasan dan pengambilan keputusan yang baik dan benar serta berkesinambungan, maka apa yang diharapkan oleh semua responden yang ada di Rumah Sakit akan baik pula dalam penerapannya terutama, ditunjang dengan sarana, prasarana kesehatan.

Pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan profesional harus dikembangkan secara terintegrasi dalam sistem pemberian pelayanan di rumah sakit.

Sistim pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan profesional bersifat saling berhubungan (*interrelation*) dan saling bergantung (*interdependent*) dengan sistem pemberian pelayanan profesional lain dalam sistem pelayanan atau asuhan medis termasuk sitem pelayanan kedokteran, kefarmasian. Sifat saling bergantung bermakna bahwa sistem pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan profesional bersifat saling memerlukan dan saling melengkapi dengan sistem pemberian pelayanan profesional lain, terutama sistem pemberian pelayanan atau asuhan medis (Kusnato, 2004).

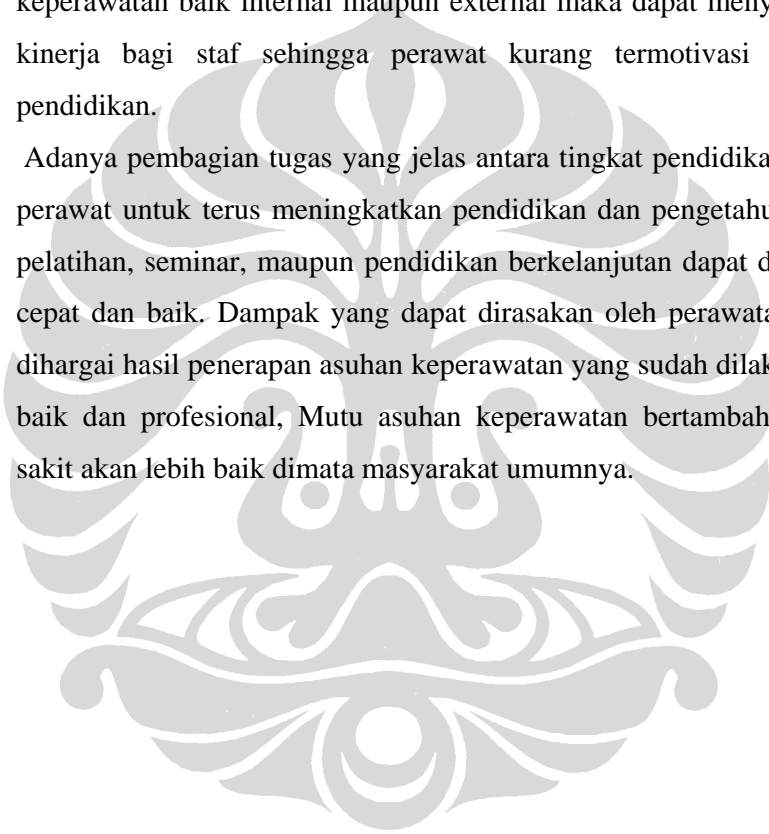
Penerapan utama dalam pemberian asuhan pelayanan sangat berperan pula fungsi pengawasan. Pelayanan keperawatan profesional karena dilaksanakan diberbagai tatanan pelayanan kesehatan, menjangkau seluruh golongan dan lapisan masyarakat yang memerlukan, terutama dipelayanan rumah sakit.

Tupoksi kepala seksi keperawatan dan komite keperawatan secara bersamaan dapat mengembangkan kemampuan pengelolaan keperawatan profesional (*profesional nursing management*) dengan kepemimpinan profesional

keperawatan (*profesional nursing leadership*) sehingga memungkinkan keperawatan yang ada di rumah sakit serta Indonesia berkembang sesuai dengan kaidah-kaidah keperawatan sebagai profesional. Sehingga rumah sakit akan dapat mempertahankan atau meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang lebih baik (Kusnanto,2004).

Karakteristik individu tidak memberikan pengaruh pada pelayanan keperawatan. Namun seorang manajer keperawatan jika tidak memperhatikan pendidikan keperawatan baik internal maupun external maka dapat menyebabkan penurunan kinerja bagi staf sehingga perawat kurang termotivasi untuk melanjutkan pendidikan.

Adanya pembagian tugas yang jelas antara tingkat pendidikan dapat memotivasi perawat untuk terus meningkatkan pendidikan dan pengetahuannya baik melalui pelatihan, seminar, maupun pendidikan berkelanjutan dapat dilaksanakan dengan cepat dan baik. Dampak yang dapat dirasakan oleh perawata pelaksana, merasa dihargai hasil penerapan asuhan keperawatan yang sudah dilaksanakannya dengan baik dan profesional, Mutu asuhan keperawatan bertambah baik, mutu rumah sakit akan lebih baik dimata masyarakat umumnya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Simpulan diambil berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dan tujuan yang sudah ditetapkan. Adapun simpulan dari penelitian ini adalah:

- 7.1.1. Jenis kelamin responden didominasi perempuan dengan rata-rata umur responden adalah 33,57 tahun, pendidikan terbanyak adalah D3 keperawatan, berstatus menikah, dan rata-rata masa kerja 9,51 tahun.
- 7.1.2. Lebih dari separuh responden menggambarkan tugas pokok dan fungsi kepala seksi dan komite keperawatan kurang sesuai.
- 7.1.3. Lebih dari separuh responden menggambarkan efektifitas pelayanan keperawatan menunjukkan kurang efektif.
- 7.1.4. Ada hubungan tupoksi kepala seksi keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan
- 7.1.5. Ada hubungan tupoksi komite keperawatan dengan efektifitas pelayanan keperawatan
- 7.1.6. Ada hubungan faktor yang paling dominan berhubungan dengan efektifitas pelayanan keperawatan setelah dikontrol dengan variabel konfounding
- 7.1.7. Tidak ada karakteristik individu yang terbukti berhubungan dengan efektifitas pelayanan keperawatan

7.2. Saran

Peneliti dapat memberikan saran kepada pihak manajemen RSUD Dr. Soedarso Pontianak berdasarkan simpulan sebagai berikut:

- 7.2.1. Kepada Manajemen Rumah Sakit (Direktur Rumah Sakit) yaitu:

- 7.2.1.1. Pentingnya kejelasan tupoksi untuk meningkatkan kinerja kepala seksi dan komite keperawatan untuk menetapkan kebijakan setara dengan kepala bidang keperawatan. Perlu dilakukan peninjauan ulang kebijakan dalam pelaksanaan kerja serta mengevaluasi hasil kerja kepala seksi dan komite keperawatan dalam pelayanan di rumah sakit sehingga memahami kewenangan dan kompetensi masing-masing.
- 7.2.1.2. Merialisasikan kelompok keperawatan mempunyai Direktur Keperawatan, dan kepala Bidang keperawatan.
- 7.2.1.3. Meningkatkan program pengembangan SDM (kepala seksi dan komite keperawatan) seperti seminar, pelatihan, ataupun *workshop* manajemen.
- 7.2.1.4. Melakukan evaluasi terhadap kinerja kepala seksi dan komite keperawatan dilihat dari sudut pandang perawat pelaksana. Evaluasi ini dilakukan secara berkala dengan mengembangkan instrumen yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dan disepakati bersama oleh bagian-bagian yang terkait.
- 7.2.1.5. Melakukan program studi banding ke rumah sakit lain yang mempunyai kinerja dan efektivitas organisasi yang baik terutama dalam hal pelayanan keperawatan khususnya bagi kepala seksi dan komite keperawatan.
- 7.2.1.6. Meningkatkan efektifitas pelayanan keperawatan disarankan kepada manajemen RS untuk menungkatkan eselon besar kepala seksi keperawatan menjadi Kepala bidang
- 7.2.1.7. Pengembangan pola jenjang karier, jabatan struktural dilingkup keperawatan.

7.2.2. Keperawatan

Saran bagi Kepala seksi dan Komite keperawatan yaitu:

- 7.2.2.1. Meningkatkan pengetahuan serta pemahaman tugas pokok dan fungsi kepala seksi dan komite keperawatan agar dapat meningkatkan perannya

(mempunyai hak otonomi) dalam membahas permasalahan keperawatan.

- 7.2.2.2. Mengusulkan kepada direktur, RS mempunyai kelompok keperawatan mempunyai seorang Direktur Keperawatan, juga Bidang Pelayanan Keperawatan.
- 7.2.2.3. Berperan aktif dalam melakukan pengembangan diri (kepala seksi dan komite keperawatan) khususnya dalam melakukan manajemen keperawatan melalui seminar, pelatihan, ataupun *workshop* manajemen.
- 7.2.2.4. Mensosialisasikan program kerja kepala seksi dan komite keperawatan untuk diketahui seluruh jajaran rumah sakit.
- 7.2.2.5. Mengusulkan dilakukannya studi banding ke rumah sakit lain yang mempunyai kinerja dan efektivitas organisasi yang baik terutama dalam hal pelayanan keperawatan

7.2.3. Bagi keilmuan

- 7.2.3.1. Mengembangkan informasi tentang manajemen kepala seksi dan komite keperawatan berdasarkan perkembangan yang ada untuk disebarluaskan pada pihak yang berkepentingan.
- 7.2.3.2. Menambah literatur tentang pelaksanaan manajemen bagi kepala seksi dan komite keperawatan.

7.2.4. Bagi penelitian selanjutnya

Diharapkan dapat dilakukan penelitian tentang efektivitas organisasi pelayanan keperawatan yang dilihat dari perspektif yang lebih luas, yaitu lingkungan, teknologi, pilihan strategi dan budaya organisasi serta tidak hanya dari struktur dan proses organisasi. Selain itu, metodologi yang digunakan dapat menggabungkan antara penelitian kuantitatif yang dilakukan pada perawat pelaksana dan kualitatif yang dilakukan pada para manejer perawat atau dapat juga dilakukan pada 2 (dua) rumah sakit yang mempunyai struktur organisasi yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

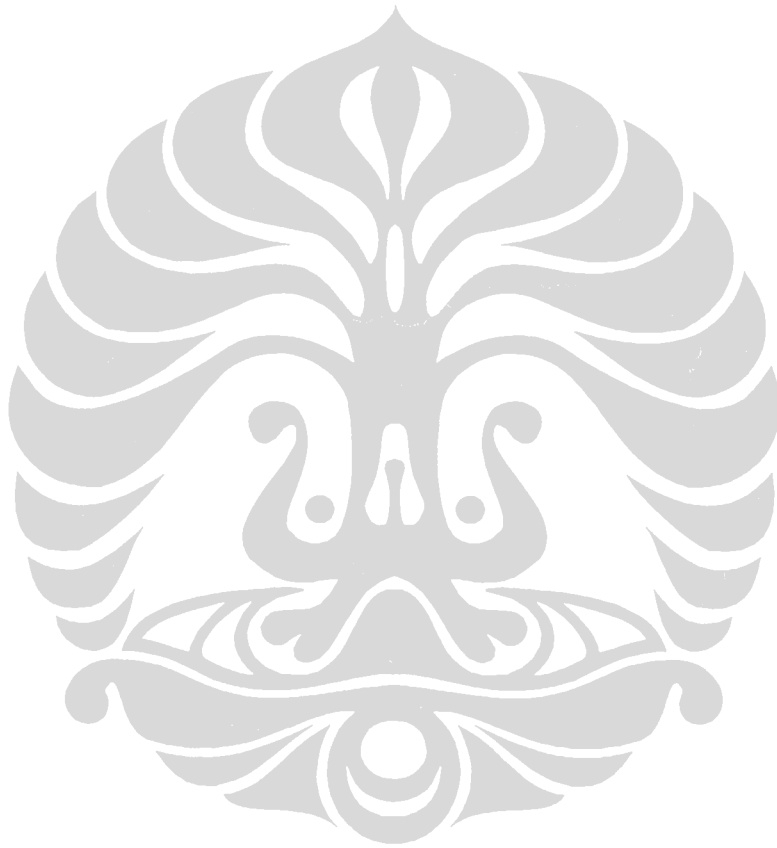
- Aditama, T. Y (2006), *Manajemen administrasi rumah sakit*. Jakarta: UI Press.
- As'ad(2000). *Psikologi industri edisi keempat*. Yogyakarta: Liberty.
- Aswani, (2006). *Managemen bangsal*. Jakarta: EGC.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan: Aplikasi prinsip lingkaran pemecahan masalah*. Jakarta: Penerbit Pustaka Sinar Harapan.
- Biro Organisasi Sekretariat Daerah Provinsi Kalimantan Barat, (2008). *Peraturan Gubernur Kalimantan Barat No.71 Tahun 2008 tentang struktur organisasi, tugas pokok, fungsi dan tata kerja RSUD Dr Soedarso Pontianak*.
- Dahlan, M.S. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan berdasarkan prinsip IKVE important konsisten valid etis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dahlan, S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan statistik kesehatan: Diskriptif, bivariat, dan multivariat dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS edisi 3*. Jakarta: salemba Medika.
- Danim, S. (2002). *Riset keperawatan: Sejarah dan metodologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan R.I. (2002). *Standar manajemen pelayanan keperawatan dan Kebidanan di sarana kesehatan. cetakan ke-1*, Jakarta: Direktorat Pelayanan keperawatan, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktur, dan proses*, Jilid 1, Edisi ke-8. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Gibson et al.(2006). *Organization behavior structure processes twelfth edition*. New York: Mc GrawHill Int.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: A system approach, third edition*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Gray, J.L. & Starke, F.A. (1987). *Organizational behavior: Concepts and applications, third edition*. Columbus: Charles E. Merrill Publishing Company a Bell & Howell Company.
- Hamid, A.Y.S. (2008). *Buku ajar riset keperawatan. Konsep, etika, & Instrumnsi*. Jakarta: EGC.

- Hasibuan, S.P.(2001). *Organisasi dan motivasi dasar peningkatan produktivitas*. Jakarta: Bumi Jakarta Aksara.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Huber, D. (2006) *Leadership and nursing care managemen third edition*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Ilyas, Y. (2000). *Kiat sukses manajemen tim kerja jakarta*: Gramedia Pustaka Utama.
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit: Teori, metoda, dan formula*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM – UI.
- Ivancevich, J.H. Konopaske, R & Mattson, M.T. (2005). *Perilaku dan manajemen organisasi edisi ketujuh jilid 2 (Dharma yuwono, Penerjemah)*. Jakarta Erlangga.
- Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2002 tentang Pedoman Susunan Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah. Februari 12, 2010. http://hukum.unsrat.ac.id/men/mendagri_1_2002.pdf
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., dan Synder, S.J (2004). *Fundamentals of nursing: Concept, process, and practice*, New jersey: pearson Prentice Hall.
- Kusnanto. (2004). *Pengantar profesi & praktik keperawatan profesional*. Jakarta: EGC.
- Machfoedz, I., Zein, Y.A., Suryani, E., Suherni & Sujiyatini (2005). *Teknik membuat alat ukur penelitian bidang kesehatan, keperawatan, dan kebidanan*. Yogyakarta: Penerbit Fitramaya.
- Marquis, B.L. & Huston (2006). C.J. *Leadership roles & management function in nursing: Theory and Application*, Fifth Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muninjaya, (2004) *Managemen kesehatan*. Jakarta: Penerbit EGC
- Murray, M.E.G., DiCroce, H.R. (1997), *Leadership and Management in Nursing*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Newman, K.P. (2001). *The impact of leadership style and empowerment on nursing organizational structure*. Disertasi. Kentucky: Spalding University. Februari 12, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=728457051&sid=1&Fmt=2&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>

- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: P.T. Rineka Cipta.
- Nurachmah, E. (2000), Pengorganisasian komite keperawatan dalam pengembangan profesi. *Manajemen dan administrasi rumah sakit Indonesia*, 2, 10-13.
- Peraturan Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 24 Tahun 2000 tentang Susunan organisasi dan tata kerja rumah sakit umum daerah. Februari 12, 2010. <http://www.mojokertokab.go.id/mjk/dok/perda/perda%20no%2024%20th%202000.pdf>
- Polit D.F. & Hungler B.P. (1995). *Study guide for nursing research: Principles and Methods*. Fifth edition. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Pratiwi, A. & Parjiana. (2008) Kepuasan yang berhubungan dengan peran kasi keperawatan dalam pengambilan keputusan terkait dengan kebijakan di bidang keperawatan di RSDJ Dr. RM. Soedjarwadi Klaten. , *Journal News In Nursing*. 1(1). 31-36. Februari 12, 2010. <http://eprints.ums.ac.id/1025/>
- Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI (2008). *Panduan penulisan tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Quinones, M.A. Ford, J.K & Teachout, M.S. (2006). The relationship with job experience and job performance: a conceptual and meta-analytic reviews. *Personnel Psikology*. 4 (48) 887-910. April 08, 2010. <http://www.medeley.com/>
- RSUD Dr. Soedarso (2008). *Profil perjalanan singkat rumah sakit Umum Daerah Dokter Soedarso*. Pontianak: RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Tidak dipublikasikan.
- _____. (2008). *Laporan akuntabilitas kinerja instalasi pemerintah tahun 2008 Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak*. Tidak dipublikasikan.
- _____. (2009). *Buku pedoman kerja bidang keperawatan, Buku II: Uraian jabatan dan struktur organisasi fungsional*. Pontianak: RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Tidak dipublikasikan.
- _____. (2009). *Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah Dr Soedarso tentang Penempatan tenaga staf pada seksi-sub kasi di lingkungan Rumah Sakit Pontianak*. Pontianak: RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Tidak dipublikasikan.
- Robbin, S.P. (2001). *Perilaku organisasi versi bahasa Indonesia edisi kedelapan: Konsep, kontroversi, aplikasi*. (Hadyana Pujaatmaka, Penerjemah). Jakarta: Prenhallindo.

- Sabri, L. & Hastono, S.P. (2008). *Statistik kesehatan edisi revisi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sastroasmoro, (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Penerbit sagung seto
- Schmid, H. (2002). *Relationship between organizational properties and organizational Effectiveness in Three types of nonprofit human services organizations*. 31(3). 377-395. Februari 12, 2010.
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=277069611&sid=2&Fmt=4&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Shawky. S. (2010, june). in moving toward a *Could employment based targeting approach save Egypt social health insurance models*. EMHJ (East Mediterranean Health Journal). WHO for Mediterranean Country. 16 (6) juni, 2010. <http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ>.
- Sitorus, R. (2006). *Model praktik keperawatan profesional di rumah sakit: Penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC.
- Sopiah, (2008). *Perilaku organisasi*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Sugiono, (2008). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suyanto, (2008). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan* Jakarta: Penerbit EGC
- Swansburg, R.C.(1999), R. J. (2000) *Intraductory management and leadership for nurses*. Massachusetts: Jones and Barlett Publisher.
- Tappen. (2004). *Essential of nursing leadership and management: Thrid edition*. Philadelphia.F.A Davis Company.
- Widjaja, M.I. (2007). *Kedudukan komite keperawatan dalam struktur organisasi rumah sakit*. Makalah pelatihan komite keperawatan dalam struktur organisasi rumah sakit. Jakarta: Pusat pengembangan dan kesehatan carolus.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan: Teori, strategi & Aplikasi*. Surabaya: Airlangga
- Winardi, J., (2004). *Manajemen perilaku organisasi*. Jakarta: Prenada Media.
- Winarti, S. A. (2007). *Analisis hubungan antar fungsi pengawasan bidang keperawatan dengan pelaksanaan supervisi oleh supervisor di RSUD di Sardjito Yogya*. Tesis.Yogya: Universitas Gajah Mada.Tidak dipublikasikan.

Wulandari, Y. (2002). *Studi kasus pengorganisasian komite keperawatan di pelayanan kesehatan Saint Carolus Jakarta*. Tesis. Depok: FKM Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.



Kepala Seksi Keperawatan

Kepala seksi perawatan adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam pembinaan mutu sumber daya manusia keperawatan, logistik keperawatan dan etika mutu asuhan keperawatan. Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai fungsi dalam penyusunan program kerja Seksi Pelayanan Keperawatan, penyiapan bahan, kebutuhan dan pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan keperawatan, koordinasi, pemantauan dan evaluasi terhadap fasilitas. Sedangkan tugasnya meliputi pelaksanaan penyiapan bahan dan kebutuhan pelayanan keperawatan, melakukan koordinasi, pemantauan dan evaluasi rawat inap dan intensif (Keputusan Direktur No 77 Tahun 2009). Kepala Seksi Keperawatan adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam pembinaan, Mutu SDM Keperawatan, Etika Mutu Asuhan dan Logistik Keperawatan (Depkes, 2002. hlm 13).

1. Mutu SDM Keperawatan

a. Tanggung Jawab Sumber Daya Manusia Keperawatan

Dalam menjalankan tugasnya kepala seksi keperawatan bertanggung jawab kepada kepala keperawatan terhadap:

- 1) Kebenaran dan ketepatan rencana kerja seksi perawatan
- 2) Kelancaran pelaksanaan tugas tenaga keperawatan
- 3) Keobjektifan dan kebenaran penilaian kinerja tenaga keperawatan
- 4) Kebenaran dan ketepatan telaahan staf
- 5) Kebenaran dan ketepatan laporan berkala dan laporan khusus dalam hal pendaya gunaan tenaga
- 6) Kebenaran dan ketepatan kebutuhan anggaran pelaksanaan dan pembinaan mutu dan etika profesi
- 7) Kebenaran dalam pendayagunaan tenaga keperawatan
- 8) Kebenaran dan ketepatan rencana kebutuhan tenaga keperawatan
- 9) Kebenaran dan ketepatan pelaksanaan program bimbingan siswa/mahasiswa pendidikan keperawatan

b. Wewenang

Dalam menjalankan tugasnya Kasie keperawatan 1 mempunyai wewenang sebagai berikut :

- 1) Meminta informasi kepada atasan
- 2) Memberi petunjuk dan bimbingan dalam pendayagunaan tenaga keperawatan
- 3) Mengkoordinasikan, mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan
- 4) Memberi petunjuk dan bimbingan penerapan etika profesi
- 5) Menandatangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenang kepala seksi
- 6) Melakukan penilaian kinerja, keperawatan sesuai kebijakan rumah sakit

c. Uraian Tugas

Melaksanakan fungsi perencanaan meliputi :

- 1) Menyusun rencana kerja seksie keperawatan I (SDM)
- 2) Menyusun rencana kebutuhan tenaga keperawatan baik jumlah maupun kualifikasi tenaga keperawatan, koordinasi dengan Ka.ru/Ka Instalasi
- 3) Menyiapkan usulan penempatan/distribusi tenaga keperawatan, sesuai kebutuhan pelayanan, berdasarkan usulan Ka.ru/Ka.Instalasi
- 4) Menghadiri rapat pertemuan berkala dengan Kabid Perawatan/Kabag dan Kepala Instalasi terkait, untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan keperawatan

Melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan melalui

- 1) Memberikan bimbingan dalam pembinaan asuhan keperawatan sesuai standar
- 2) Memberikan bimbingan terhadap penerapan protap/SOP pelayanan keperawatan
- 3) Memberikan bimbingan pendokumentasian asuhan keperawatan (askep), sehingga diperoleh catatan askep yang akurat dan baru
- 4) Melaksanakan tugas sebagian dari kepala keperawatan
- 5) Mewakili tugas dan wewenang keperawatan atas persetujuan direktur rumah sakit sesuai kebutuhan

- 6) Menyampaikan dan memperjelas rumah sakit tentang sistem pembinaan asuhan keperawatan koordinasi dengan Ka ru/Ka Instalasi

Melaksanakan fungsi pengawasan pengendalian dan penilaian (P3) meliputi :

- 1) Melakukan pengawasan, pengendalian terhadap pemberi asuhan keperawatan koordinasi dengan Ka-ru/Instalasi sesuai asuhan keperawatan
- 2) Melakukan penilaian mutu penerapan etika serta kemampuan profesi tenaga keperawatan

2. Tanggung Jawab Asuhan Keperawatan

a. Tanggung Jawab

Dalam melakukan tugasnya kasie keperawatan II bertanggung jawab kepada kepala keperawatan terhadap hal-hal sebagai berikut :

- 1) Kebenaran dan ketepatan rencana kerja seksi keperawatan rencana kerja seksi perawatan II
- 2) Kebenaran dan ketepatan pelaksanaan tugas staf keperawatan
- 3) Kebenaran dan ketepatan laporan berkala dan laporan khusus dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
- 4) Kebenaran dan ketepatan rencana pengembangan mutu asuhan keperawatan, sesuai dengan pengembangan IPTEK
- 5) Kebenaran dan ketepatan kebutuhan anggaran pelaksanaan pengembangan kualitas asuhan keperawatan
- 6) Keobjektifan dan kebenaran pelaksanaan penelitian mutu asuhan keperawatan
- 7) Kebenaran dan ketepatan telaahan staf
- 8) Kebenaran dan ketepatan saran dan bahan pada pertimbangan kepada asuhan

b. Wewenang kepala seksi keperawatan

Dalam menjalankan tugasnya mempunyai wewenang sebagai berikut:

- 1) Meminta informasi dan pengarahan pada atasan
- 2) Memberi pengarahan dan bimbingan dalam pemberian asuhan keperawatan sesuai stándar

- 3) Mengkoordinasikan mengawasi, mengendalikan dan menilai mutu asuhan keperawatan sesuai kebijakan rumah sakit
- 4) Memberikan petunjuk dan bimbingan asuhan keperawatan sesuai stándar keperawatan
- 5) Menanda tangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenang kepala seksi perawatan

c. Uraian Tugas

Melaksanakan fungsi perencanaan meliputi:

- 1) Menyusun rencana kerja seksi perawatan
- 2) Menyiapkan rencana pemberian asuhan perawatan sesuai pola dan jenis perawatan
- 3) Menyiapkan usulan pengembangan pembinaan mutu asuhan keperawatan, sesuai kebutuhan pelayanan, berdasarkan usulan Ka ru/Ka Instalasi
- 4) Menyiapkan program upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan, koordinasi dengan Tim Keperawatan/Komite Medis di rumah sakit.
- 5) Berperan serta menyusun SOP pelayanan Keperawatan sesuai kebutuhan keperawatan
- 6) Melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan (P2), melalui :
 - a) Memberika bimbingan dalam pembinaan asuhan keperawatan sesuai standar
 - b) Memberikan bimbingan terhadap penerapan Protap/SOP pelayanan keperawatan
 - c) Memberikan bimbingan pendokumentasian asuhan keperawatan, sehingga diperoleh catatan askep yang akurat dan baru
 - d) Melaksanakan sebagian tugas dari kepala keperawatan
 - e) Mewakili tugas dan wewenang kepala keperawatan atas persetujuan direktur rumah sakit sesuai kebutuhan
 - f) Menyampaikan dan menjelaskan rumah sakit tentang sistem pembinaan asuhan keperawatan dan koordinasi dengan Ka ru/Instalasi
- 7) Melaksanakan fungsi pengawasan pengendalian dan penilaian (P3) meliputi :

- 1) Melaksanakan pengawasan, pengendalian terhadap pemberian asuhan keperawatan koordinasi dengan Ka ru/Ka Instalasi sesuai Standar Asuhan Keperawatan
- 2) Melaksakan pengawasan, pengendalian dan penilaian terhadap penerapan protap/SOP pelayanan keperawatan
- 3) Melakukan pengawasan, pengendalian dan penilaian terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan koordinasi dengan Ka ru/Ka Instalasi
- 4) Melakukan penilaian mutu asuhan keperawatan koordinasi dengan Tim Keperawatan/Komite Medik rumah sakit

3. Logistik

a. Tanggung Jawab Logistik

Dalam menjalankan tugasnya Kasi Keperawatan III bertanggung jawab kepada kepala keperawatan terhadap hal-hal sebagai berikut:

- 1) Kebenaran dan ketepatan rencana biaya logistik keperawatan
- 2) Kebenaran dan ketepatan kebutuhan peralatan keperawatan
- 3) Kebenaran dan ketepatan informasi dalam pendayagunaan peralatan keperawatan
- 4) Kebenaran dan ketepatan laporan terhadap laporan berkala dan laporan khusus tentang pendayagunaan pemeliharaan peralatan keperawatan
- 5) Kebenaran dan ketepatan saran dan bahan pertimbangan kepada atasan
- 6) Kebenaran dan ketepatan kebutuhan rencana anggaran dan kebutuhan peralatan keperawatan
- 7) Kebenaran dan ketepatan telaahan staf

b. Wewenang

Dalam menjalankan tugasnya mempunyai wewenang sebagai berikut:

- 1) Meminta informasi dan pengarahan kepada atasan
- 2) Memberi petunjuk tentang pendayagunaan dan pemeliharaan peralatan keperawatan
- 3) Mengkoordinasikan, mengendalikan dan menilai pendayagunaan peralatan

- 4) Menandatangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenang kepala seksi perawatan
- 5) Melakukan penilaian pendayagunaan peralatan perawatan berdasarkan kebutuhan/kondisi rumah sakit sesuai kebijakan direktur.

c. Uraian Tugas

Melaksanakan fungsi Perencanaan meliputi :

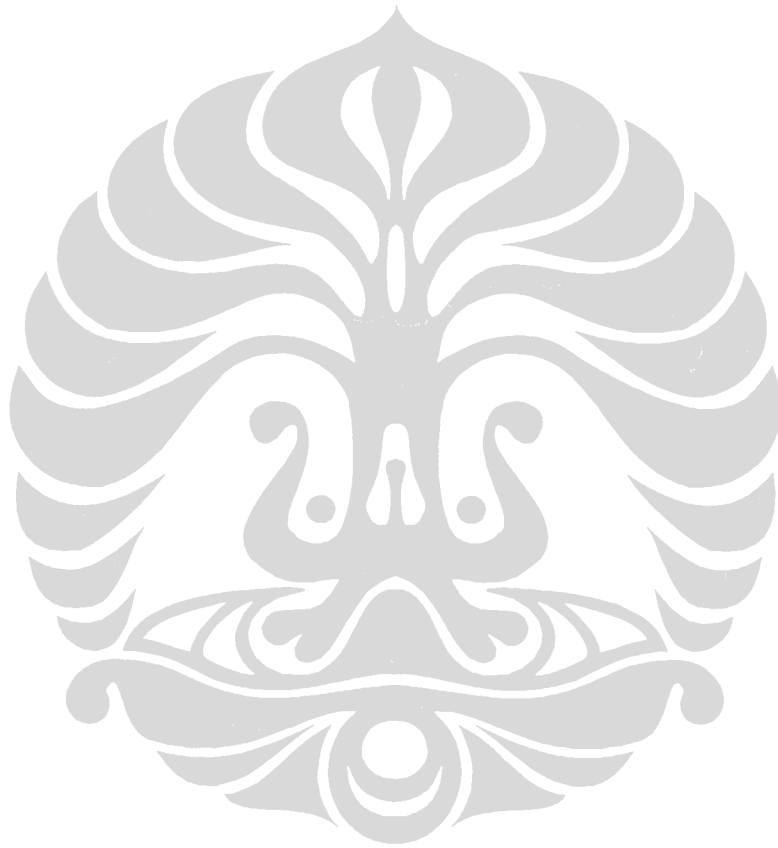
- 1) Menyusun rencana kerja seksi perawatan
- 2) Menyiapkan rencana kebutuhan peralatan baik jumlah maupun kualitas alat, koordinasi dengan Ka ru/Ka Instalasi
- 3) Menyiapkan distribusi peralatan keperawatan sesuai kebutuhan pelayanan
- 4) Menyusun Protap/SOP pendayagunaan dan pemeliharaan peralatan berdasarkan kebijakan rumah sakit
- 5) Menyiapkan usulan program pelatihan bagi tenaga yang akan mengoperasikan alat
- 6) Menyusun sistim pencatatan/pelaporan inventarisasi peralatan keperawatan
- 7) Menyusun prosedur pengaktifan dan perbaikan peralatan keperawatan sesuai kebijakan rumah sakit

Melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan(P2) meliputi :

- 1) Melaksanakan sebagian tugas dan wewenang kepala seksi perawatan atas persetujuan direktur sesuai kebutuhan
- 2) Menyampaikan dan menjelaskan kebijakan rumah sakit, tentang pengendalian, pendayagunaan/pemeliharaan peralatan keperawatan, koordinasi dengan Ka ru/Instalasi
- 3) Menyusun protap/SOP peralatan koordinasi dengan Ka ru/ Ka Instalasi
- 4) Memberi saran atau masukan sebagai pertimbangan terhadap atasan
- 5) Menganalisa dan mengkaji usulan kebutuhan peralatan dari Ka ru/KaInstalasi
- 6) Melaksanakan pelaporan berkala khusus pendayagunaan peralatan keperawatan
- 7) Mengupayakan peralatan keperawatan selalu dalam keadaan siap pakai koordinasi dengan IPRS/Instalasi terkait

Pengendalian dan penilaian (P3) meliputi :

- 1) Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan penilaian pendayagunaan dan pemeliharaan peralatan keperawatan
- 2) Melaksanakan pengawasan pengendalian dan penilaian terhadap penerapan SOP/Protap peralatan perawatan
- 3) Melaksanakan pengendalian sistem inventarisasi pelayanan keperawatan, untuk mencegah kehilangan alat.(Dep Kes, 20002.hlm.13)



**PENJELASAN PENELITIAN DAN
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya Ernawati NPM 0806446233 sebagai mahasiswi Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manejemen Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta bermaksud mengadakan penelitian tentang: ***“Hubungan Tugas Pokok Fungsi Kasi Keperawatan dan Komite Keperawatan dengan Efektifitas pelayanan keperawatan di RSUD Soedarso Pontianak”***. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan efektivitas koordinasi, pengawasan dan pengambilan keputusan di RSUD Soedarso Pontianak. Data yang diperoleh akan menjadi bahan rekomendasi serta masukan guna peningkatan mutu pelayanan terutama pelayanan keperawatan.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i dalam penelitian ini. Peneliti menjamin penelitian ini tidak akan menimbulkan suatu dampak negatif terhadap pasien maupun perawat dan institusi rumah sakit. Data dan informasi yang diperoleh dijaga oleh peneliti hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini.

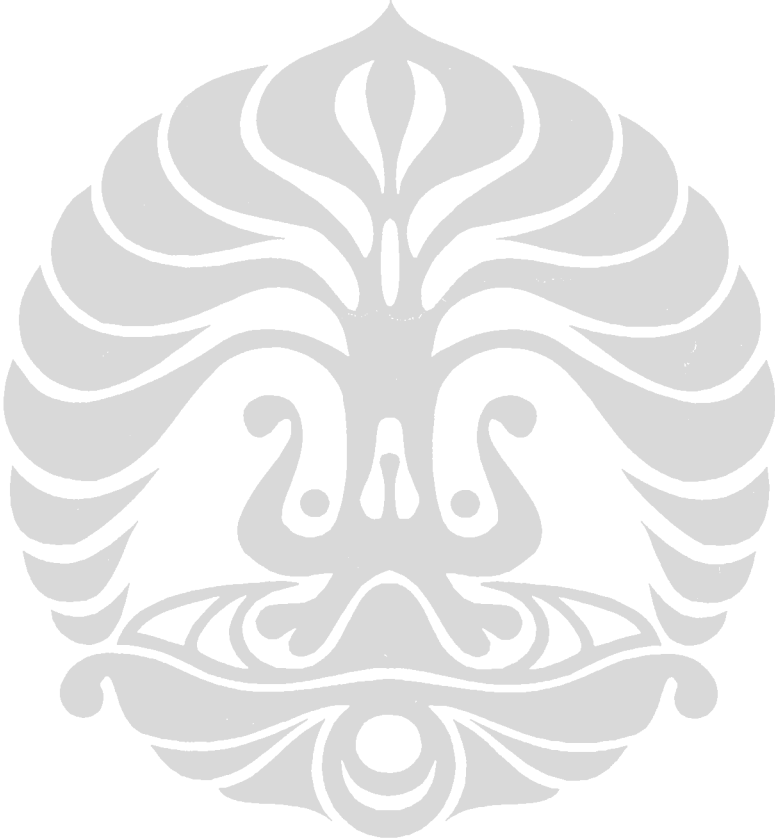
Dengan menandatangani surat persetujuan ini, secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Pontianak, 2010

Responden,

(.....)

Universitas Indonesia



KUESIONER A

Lampiran 4

KARAKTERISTIK PERAWAT DI RSUD SOEDARSO PONTIANAK

Petunjuk :

Isilah pernyataan identitas responden penelitian dengan memberikan tanda *check list* (√) pada kolom pernyataan menurut anda paling sesuai.

No. Responden :

(Diisi oleh peneliti)

Identitas Responden :

1. Usia : tahun

2. Jenis kelamin : Laki-laki

Perempuan

3. Pendidikan keperawatan terakhir : D-III

S-1

4. Lama bekerja di RSDS Pontianak : tahun,..... bulan

5. Status perkawinan : Kawin

Tidak kawin

KUESIONER B

Tugas, Pokok, dan Fungsi Komite Keperawatan

Petunjuk Pengisian

Berikan komentar anda tentang **Tugas, Pokok dan Fungsi Komite keperawatan** yang terjadi di RSUD Soedarso Pontianak dengan memberikan tanda *check list* (✓) pada kolom yang tersedia dengan alternatif pilihan sebagai berikut:

SS = Sangat Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Komite menyusun semua standar keperawatan yang ada di RS.				
2	Komite menetapkan kompetensi fungsional tenaga keperawatan.				
3	Komite mengusulkan solusi kepada Direktur masalah terkait keprofesionalan tenaga (pemberian asuhan).				
4	Komite, membina hal-hal yang berkaitan dengan etika profesi perawat				
5	Komite menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika profesi perawat				
6	Komite memprakarsai perubahan dalam peningkatan mutu askep				
7	Komite sangat menentukan mutu pelayanan yang ada di RS				
8	Komite menyusun model praktek keperawatan di seluruh ruang rawat inap				
9	Komite berkoordinasi dengan semua jajaran di RS				

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
10	Standar keperawatan diperbaharui tiap tahun sehingga dapat meningkatkan kepuasan perawat sendiri				
11	Komite tidak memantau pelaksanaan aspek di rawat inap				
12	Komite tidak bermanfaat bagi perawat RS				
13	Komite tidak melakukan pengawasan disaat saya melakukan asuhan keperawatan				
14	Perawat yang dianggap melanggar etik profesi komite langsung menanggapi dengan cepat.				
15	Komite secara berkala(1tahun sekali) menyampaikan laporan keberhasilan program pada semua perawat RS				
16	Komite keperawatan selalu berkoordinasi dengan atasan maupun bawahan dalam rencana pendidikan/pengembangan staf				

KUESIONER C

Tugas, Pokok, dan Fungsi Kasi Keperawatan

Petunjuk Pengisian

- 1 Berikan komentar anda tentang **Tugas, Pokok dan Fungsi Kasi keperawatan** yang terjadi di RSUD Soedarso Pontianak
- 2 Berikan komentar anda dengan memberikan tanda *check list* (√) pada kolom yang tersedia dengan alternatif pilihan sebagai berikut :

SS = Sangat Setuju

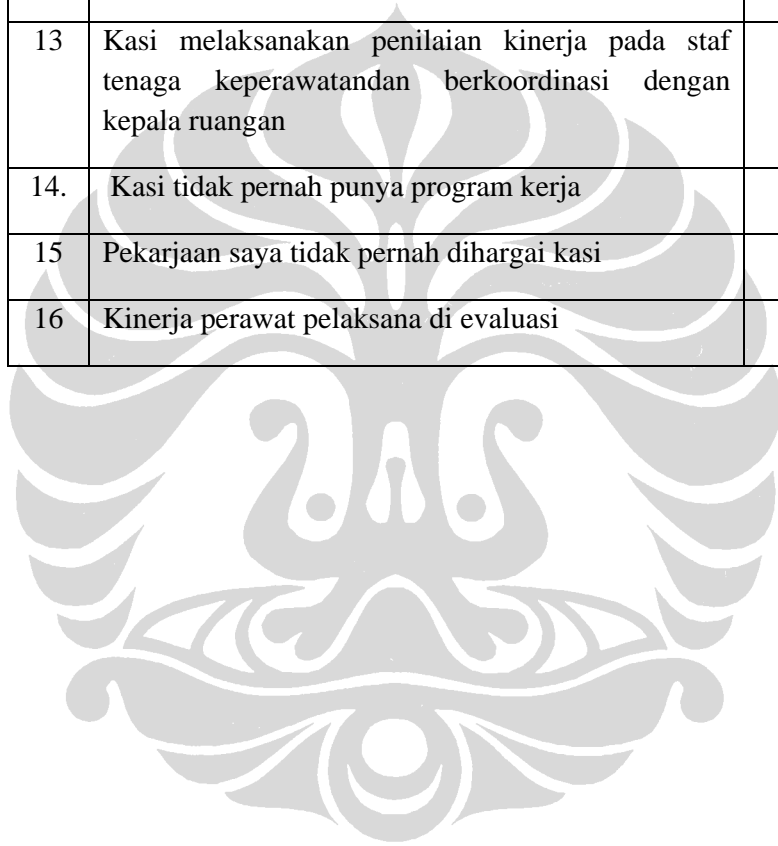
TS = Tidak Setuju

S = Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Rencana kerja seksi keperawatan disosialisasikan kepada perawat				
2.	Setiap tahun kasi membuat program kerja				
3.	Kasi mengawasi pendayagunaan peralatan secara efektif efisien.				
4	Kasi mengendalikan pendayagunaan peralatan secara efektif efisien.				
5	Kasi memberi petunjuk, bimbingan dalam pendayagunaan tenaga keperawatan				
6	Kasi melakukan koordinasi ke semua jajaran RS				
7	Kasi menyusun usulan penempatan tenaga keperawatan selalu berdasarkan usulan karu/instalasi				
8	Kasi membina perawat yang melanggar etika profesi keperawatan				

9	Kasi keperawatan merupakan suatu hal yang penting karena dapat menyelesaikan lebih banyak pekerjaan				
10	Kasi memonitoring penggunaan fasilitas rawat inap				
11.	Kasi keperawatan mempunyai tujuan dan sasaran yang jelas.				
12	Kasi cepat merespon dengan semua permasalahan yang ada di keperawatan				
13	Kasi melaksanakan penilaian kinerja pada staf tenaga keperawatan dan berkoordinasi dengan kepala ruangan				
14.	Kasi tidak pernah punya program kerja				
15	Pekerjaan saya tidak pernah dihargai kasi				
16	Kinerja perawat pelaksana di evaluasi				



KUESIONER D:

Efektifitas Pelayanan Keperawatan

Petunjuk Pengisian:

1. Berikan komentar anda tentang **koordinasi, pengawasan dan pengambilan keputusan** yang terjadi di RSUD Dr. Soedarso Pontianak pada struktur organisasi
2. Berikan komentar anda dengan memberikan tanda *check list* (√) pada kolom yang tersedia dengan alternatif pilihan sebagai berikut:

SS = Sangat Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Fungsi koordinasi banyak manfaatnya				
2.	Koordinasi dilaksanakan sesuai dengan kepentingan manajer keperawatan				
3.	Semua ruangan atau unit melakukan koordinasi				
4.	Karu secara rutin mengadakan pertemuan guna penyampaian masalah pelayanan bagi seluruh karyawan				
5.	Saya berkoordinasi dengan kepala ruangan apabila ada permasalahan yang dihadapi.				
6.	Fungsi koordinasi dilaksanakan ke tingkat keatas				
7.	Fungsi koordinasi dilaksanakan ke tingkat menengah				
8.	Fungsi koordinasi dilaksanakan ke tingkat bawah				
9.	Koordinasi menciptakan kesatuan untuk tujuan bersama				

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
10	Koordinasi salah satu fungsi manajemen harus dilaksanakan oleh semua pejabat				
11.	Komite mengadakan koordinasi setiap kali apabila ada kebijakan atau peraturan baru				
12	Kasi selalu mengadakan koordinasi setiap kali apabila ada kebijakan atau peraturan baru				
13.	Komunikasi timbal balik, menciptakan kesatuan bahasa , kerjasama, tidak pernah dilakukan				
14.	Kasi Tidak mendengarkan keluhan-keluhan yang disampaikan oleh perawat pelaksana				
15.	Kebijakan kasi, komite tidak dikoordinasikan ke seluruh perawat.				
16.	Dukungan/motivasi tidak pernah diberikan saat melaksanakan pekerjaan rutinitas.				
17.	Koordinasi yang baik sifatnya dinamis dalam menyelesaikan masalah				
18.	Pengawasan pelayanan keperawatan tidak optimal.				
19	Atasan saya jarang mengadakan pengawasan kepada perawat pelaksana				
20	Komunikasi terapiutik dilakukan				
21	Manajer keperawatan RS melakukan penilaian kinerja memberikan umpan balik kepada saya.				
22	Atasan saya membuat program pengawasan yang terencana serta mensosialisasikannya.				
23	Kepala ruangan mengetahui program pengawasan yang dilakukan pihak manajer				
24	Setiap melakukan pengawasan ada catatan tentang apa yang ditemukan, dijadikan pembahasan pada pertemuan rutin keperawatan				

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
25	Pengawasan rutin dilakukan dapat meningkatkan mutu layanan				
26	Persyaratan untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit sangat berat, tidak ditunjang dengan sarana keperawatan				
27	Peningkatan mutu RS dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana.				
28	Atasan mendukung perawat pelaksana untuk mentaati peraturan yang diselenggarakan oleh RS.				
29	Mutu RS sangat erat kaitanya dengan asuhan keperawatan pada pelayanan ditentukan hasil penilaian kinerja.				
30.	Penghargaan yang diberikan rumah sakit tidak sesuai dengan kewenangan yang dimiliki perawat pelaksana				
31.	Setiap perawat pelaksana berkewajiban memberikan asuhan keperawatan dengan profesional untuk peningkatan mutu RS				
32	Kesempatan mendapatkan reward pada perawat terbaik tidak pernah diberikan oleh manager RS				
33	Keputusan-keputusan yang diambil para pejabat RS jelas.				
34.	Kepala ruangan memberikan delegasi kewenangan untuk mengambil keputusan kepada perawat pelaksana.				
35.	Saya merasa keputusan tentang pelayanan keperawatan tidak ada manfaatnya				
36.	Keputusan diambil pada tingkat di mana masalah itu terjadi				
37.	Manajer keperawatan yang berwenang tidak dapat menyelesaikan masalah yang kompleks secara kreatif.				

No.	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
38.	Keputusan yang diambil para pejabat menggunakan cara yang objektif dan rasional.				
39.	Keputusan yang diambil di tingkat ruangan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.				
40.	Pengambilan keputusan tentang pelayanan keperawatan diambil oleh orang yang bukan ahlinya.				
41.	Pengambilan keputusan memilih tindakan tertentu sesuai dengan permasalahan				
42.	Saya dilibatkan dalam pengambilan keputusan.				
43.	Keputusan yang diambil oleh manajer tidak berdampak terhadap peningkatan kualitas asuhan keperawatan.				
44.	Keputusan yang diambil oleh manajer sesuai dengan kebijakan dan aturan Bidang pelayanan				
45.	Manajer telah membuat program sebagai alat bantu pengambilan keputusan untuk masalah yang sering terjadi.				
46.	Atasan saya mengemukakan alternatif sebelum mengambil keputusan.				
47.	Pihak manajer mengambil keputusan sepihak.				

RENCANA WAKTU PENELITIAN

No.	Kegiatan	Bulan																							
		Januari		Februari				Maret					April				Mei				Juni				
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1.	Studi pendahuluan	√																							
2.	Penentuan judul		√																						
3.	Penyusunan proposal			√	√	√	√	√	√	√	√														
4.	Seminar proposal										√														
5.	Revisi proposal												√	√											
6.	Pengurusan etik penelitian												√	√											
7.	Uji validitas dan reliabilitas kuesioner													√	√										
8.	Perizinan penelitian														√										
9.	Pelaksanaan penelitian dan analisa data															√	√	√	√	√					
10.	Penyusunan laporan																	√	√	√	√				
11.	Seminar hasil penelitian																					√			
12.	Revisi hasil penelitian																					√	√		
13.	Sidang tesis																						√		
14.	Penyerahan laporan																								√

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ernawati
Tempat, tanggal lahir : Nanga Pinoh, 4 oktober 1963
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil RSUD Dr Soedarso Pontianak.
Alamat Rumah : Jl. Adisucipto Gang Sa' diah no 32 Rt 03 Rw 02 Pontianak
Alamat Kantor : Jl. Adisucipto Sei- Raya Pontianak
Riwayat pendidikan :

- Program Pascasarjana FIK-UI Jurusan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Tahun 2010
- FIK Universitas Brawijaya Malang Tahun 2000
- Akper Wijaya Kusuma Jakarta Tahun 1995
- SMU PGRI Pontianak Tahun 1998
- Sekolah Bidan Pontianak 1999
- Sekolah Perawat Kesehatan Pontianak 1987
- SMP Negeri 8 Pontianak 1983
- SD Negeri 2 Pontianak 1980

Riwayat pekerjaan :

- Supervisor di RSUD Dr Soedarso Pontianak tahun 1995
- Klinikal instruktur di RSUD Dr Soedarso tahun 1995
- Pengajar semua Akper di Pontianak tahun 1995
- Penguji Nasional semua akper tahun 1996
- Kasub mutu Askep di RSUD Dr Soedarso tahun 1995
- Kepala Ruang Penyakit Dalam Pria di RSUD Dr Soedarso Pontianak 1996
- Kepala Pendidikan dan Pengembangan RSUD Dr Soedarso Pontianak tahun 2000
- Ketua Pengembangan Pelayanan keperawatan tingkat propensi pontianak tahun 2007
- Ketua Komite Keperawatan RSUD Dr Soedarso Pontianak tahun 2006