



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN KEPALA RUANG
DALAM MENGELOLA RUANG RAWAT INAP
DI RSUD AMBARAWA**

TESIS

MONA SAPARWATI

1006749131

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

DEPOK

JUNI 2012

UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN KEPALA RUANG
DALAM MENGELOLA RUANG RAWAT INAP
DI RSUD AMBARAWA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

MONA SAPARWATI

1006749131

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

DEPOK

JUNI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber yang dikutip

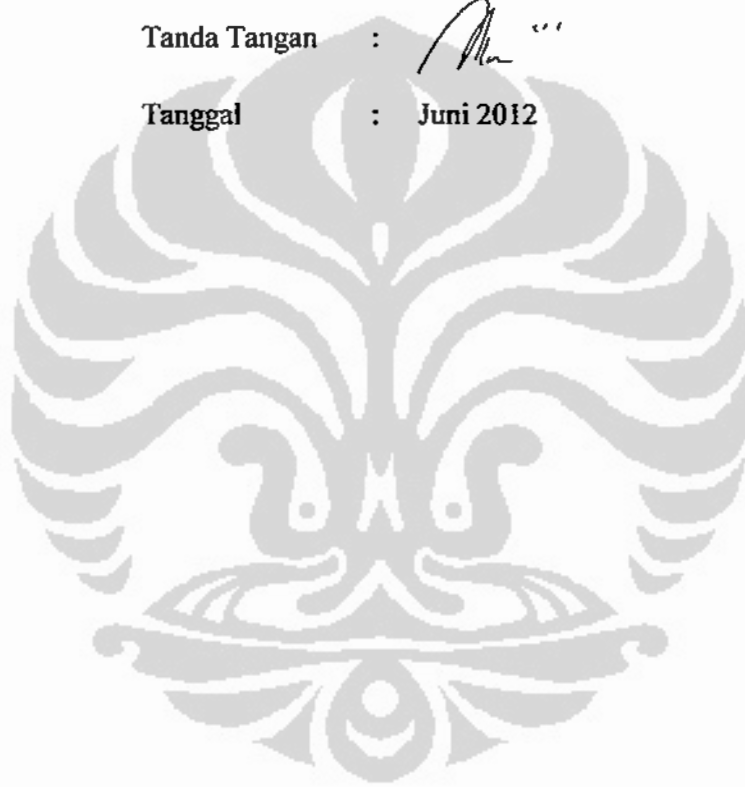
maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Mona Saparwati

NPM : 1006749131

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juni 2012



LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN KEPALA RUANG DALAM
MENGELOLA RUANG RAWAT INAP DI RSUD AMBARAWA**

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji Ujian Tesis

Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 27 Juni 2012

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar., PhD

Pembimbing II



Mustikasari, SKp., MARS

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Mona Saparwati
NPM : 1006749131
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Studi Fenomenologi: Pengalaman Kepala Ruang dalam
Mengelola Ruang Rawat Inap di RSUD Ambarawa

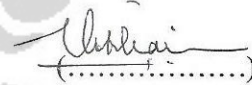
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Junaiti Sahar., PhD


(.....)

Pembimbing : Mustikasari, S.Kp., MARS


(.....)

Penguji : Tri Johan Agus Yuswanto, S.Kp., M.Kep


(.....)

Penguji : MG. Enny Mulyatsih, S.Kp., M.Kep.Sp.Kep.M.B


(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 02 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Penulis memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunianya, sehingga dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Studi Fenomenologi: Pengalaman Kepala Ruang dalam Mengelola Ruang Rawat Inap di RSUD Ambarawa”**, yang disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta arahan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis dengan tulus ikhlas menyampaikan terima kasih kepada :

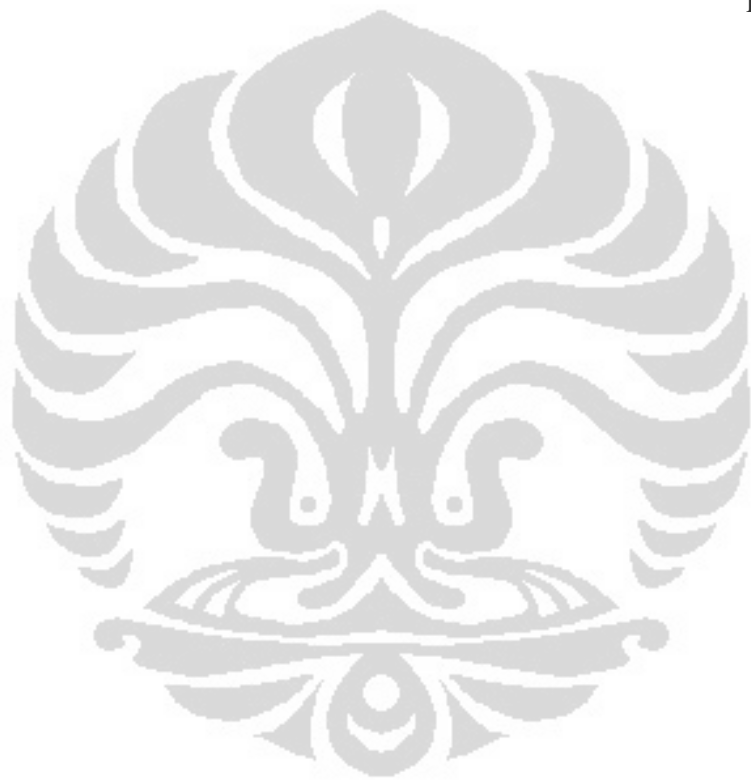
1. Dewi Irawaty, MA., PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Yuni Astuti Nursasi, MN selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Junaiti Sahar, PhD selaku pembimbing I, yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran serta arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
4. Mustikasari, SKp, MARS, selaku pembimbing II, yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran serta arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
5. Seluruh dosen dan staf karyawan Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu dan memfasilitasi penulis selama menjalani pendidikan.
6. Direktur RSUD Ambarawa dan Kepala Bidang Keperawatan RSUD Ambarawa yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas penulis dalam pengambilan data penelitian.
8. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran dan staf yang telah membantu dan memfasilitasi penulis selama pendidikan.
9. Rekan-rekan mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, khususnya untuk rekan-rekan kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang senasib dan seperjuangan yang telah memberi motivasi dalam kelancaran pendidikan dan penyelesaian tesis ini.
10. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dan motivasi kepada penulis

Besar harapan penulis, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya dan masyarakat pada umumnya. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun.

Depok, Juni 2012

Penulis

Mona Saparwati



**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN**

Tesis, Juni 2012
Mona Saparwati

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN KEPALA RUANG DALAM
MENGELOLA RUANG RAWAT INAP DI RSUD AMBARAWA**

xi+102 hal+10 lampiran

Abstrak

Kepala ruang adalah manajer operasional yang merupakan pimpinan yang secara langsung mengelola seluruh sumber daya di unit perawatan untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran arti dan makna pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa. Desain penelitian yang digunakan adalah metode fenomenologi deskriptif, pengumpulan data dengan FGD dan wawancara mendalam. Partisipan pada penelitian ini diambil secara *purposive sampling*, analisa data menggunakan metode Collaizi. Hasil penelitian teridentifikasi lima belas tema tentang gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini, persepsi kepala ruang dalam menjalankan fungsi manajemen, hambatan dalam mengelola ruang rawat inap, dukungan dan harapan yang diperoleh kepala ruang agar perannya optimal. Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, kepala ruang perlu memahami, melaksanakan fungsi manajemen guna mendukung kelancaran pelayanan di ruang rawat inap yang menjadi tanggungjawabnya dan diharapkan meningkatkan perencanaan dan ketenagaan di ruangan.

Kata kunci: kepala ruang, mengelola, ruang rawat inap

Daftar Pustaka 74 (1999-2012)

A Phenomenology Study: Head's Nurse Experiences to Manage Inpatient Room at RSUD Ambarawa

xi + 102 pages + 10 appendixes

Head's nurse is operational manager that directly lead all resources to meet nursing quality services. This research aimed to identify the meaning of experiences head's nurse in managing inpatient room at RSUD Ambarawa. This research designed using a descriptive phenomenological, the data collected by FGD and in-depth interviews. Participants selected by purposive sampling, data analysis using Collaizi's methods. This research find 15 themes such as rules and functions as first line manager, perception of management functions, limitation in managing inpatient room, and support and wises to optimal the rules manager. It could be conclude that the head's nurse must improve the understanding and managing rules as first line manager especial in planning and staffing.

Key words: head's nurse, manage, inpatient room

Bibliography: 74 (1999-2012)

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH**

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

Nama : Mona Saparwati

NPM : 1006749131

Program Studi : Pasca Sarjana

Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Studi Fenomenologi : Pengalaman Kepala Ruang dalam Mengelola Ruang Rawat Inap
di RSUD Ambarawa**

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif 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 dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 02 Juli 2012

Yang Menyatakan :



Mona Saparwati

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pengalaman	11
2.2 Fungsi Manajemen.....	10
2.3 Manajemen Ruang Rawat Inap	13
2.4 Peran dan Fungsi Kepala Ruang	15
2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Peran dan Fungsi Kepala Ruang	35
2.6 Pendekatan Fenomenologi dalam Penelitian Kualitatif.....	37
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	43
3.2 Partisipan.....	44
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	46
3.4 Etika Penelitian.....	46
3.5 Metode dan Alat Pengumpulan Data.....	49
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	51
3.7 Rencana Analisis Data	53
3.8 Keabsahan Data.....	55
BAB 4 HASIL PENELITIAN	
4.1 Karakteristik Partisipan.....	60
4.2 Hasil Penelitian.....	60
BAB 5 PEMBAHASAN	
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	80
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	98
5.3 Implikasi Keperawatan.....	98
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan.....	99
6.2 Saran.....	101

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat keterangan lolos uji etik
- Lampiran 2. Surat ijin penelitian dari FIK UI
- Lampiran 3. Surat ijin penelitian dari RSUD Ambarawa
- Lampiran 4. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5. Persetujuan Menjadi Partisipan Penelitian
- Lampiran 6. Pedoman Pertanyaan FGD
- Lampiran 7. Jadwal Penelitian
- Lampiran 8. Karakteristik Partisipan
- Lampiran 9. Matrik Analisa Data
- Lampiran 10. Analisa data
- Lampiran 11. Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab ini peneliti membahas mengenai latar belakang penelitian, rumusan masalah penelitian yang membahas kenyataan atau fenomena yang mendasari pentingnya penelitian. Selain itu juga membahas tujuan pentingnya penelitian dilakukan serta manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang Masalah

Rumah sakit merupakan salah satu sarana upaya kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai tujuan pembangunan kesehatan. Rumah Sakit akan selalu dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan (Lorraine, 2010). Saat ini banyak rumah sakit menyatakan bahwa mereka siap melangkah untuk meningkatkan mutu dalam kegiatan pelayanan yang diberikannya. Waktu dan usaha yang diperlukan untuk tiap-tiap langkah akan tergantung dari kegiatan peningkatan mutu yang dilakukan. Hal ini harus dilakukan secara terus menerus dan berulang-ulang dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan (Huber, 2010).

Pemerintah telah menetapkan standar pelayanan khusus rumah sakit yakni dengan menerbitkan Undang-Undang RI NO 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit harus memuat standar penyelenggaraan pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang, pelayanan bagi keluarga miskin dan standar manajemen Rumah Sakit. Standar manajemen rumah sakit terdiri dari manajemen sumber daya manusia, keuangan, sistem informasi rumah sakit, sarana prasarana dan manajemen mutu pelayanan.

Mutu pelayanan asuhan keperawatan merupakan bagian penting yang harus diperhatikan dalam manajemen pelayanan kesehatan, karena keperawatan mempunyai kontribusi besar terhadap citra rumah sakit, di samping itu ruang rawat inap merupakan unit kerja fungsional yang dapat menjadi satu unit bisnis strategis penghasil produk pelayanan sekaligus pendapatan bagi Rumah Sakit (Leer, 2006). Salah satu upaya yang sangat

penting dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan adalah meningkatkan sumber daya manusia dan manajemen keperawatan.

Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi dari sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan, obyektivitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan. Proses manajemen dibagi lima fase yaitu : fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan, pengawasan, dan pengendalian mutu yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain (Marquis & Huston, 2012). Sedangkan menurut Huber (2010) manajemen keperawatan merupakan suatu proses perubahan atau transformasi dari sumber daya yang dimiliki untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian.

Pelaksanaan manajemen keperawatan harus didukung oleh kemampuan dan ketrampilan kepemimpinan dalam pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien oleh setiap perawat apakah sebagai staf, ketua tim, kepala ruang, pengawas atau kepala bidang. Kepemimpinan merupakan motor penggerak bagi sumber-sumber dan alat-alat dalam suatu organisasi melalui pengambilan keputusan, penentuan kebijakan dan menggerakkan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi (Curtis & O'Connell, 2011). Kepemimpinan dalam keperawatan harus dapat diakui dan diterima oleh para bawahannya, sehingga kewenangannya dan keinginannya dapat dimanifestasikan oleh kerelaan dan kemampuan bawahan untuk melaksanakan sesuai dengan pimpinannya (Donoghue & Nicholas, 2009).

Peran pimpinan atau manajer diantaranya adalah dapat mempengaruhi motivasi staf dan lingkungan saat bekerja dalam suatu organisasi. Secara umum peran manajer dapat dinilai dari kemampuannya dalam memotivasi dan meningkatkan kepuasan staf. Kepuasan kerja staf dapat dilihat dari terpenuhinya kebutuhan fisik, psikis, dimana kebutuhan psikis tersebut dapat terpenuhi melalui peran manajer dalam memperlakukan stafnya. Hal ini dapat ditanamkan kepada manajer agar diciptakan suasana keterbukaan dan memberikan kesempatan kepada staf untuk melaksanakan tugas dengan sebaik-baiknya. Manajer mempunyai lima dampak terhadap faktor lingkungan yakni : komunikasi, potensial perkembangan, kebijaksanaan, gaji dan upah, dan kondisi kerja (Merrill, 2010).

Tingkatan manajer keperawatan yang ada saat ini dibagi menjadi tiga tingkatan yakni: manajer lini/bawah, menengah dan manajer puncak. Kepala ruang adalah manajer operasional yang merupakan pimpinan yang secara langsung mengelola seluruh sumber daya di unit perawatan untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu. Dalam pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan di rumah sakit kepala ruang merupakan manajer tingkat lini yang mempunyai tanggung jawab untuk meletakkan konsep praktik, prinsip dan teori manajemen keperawatan serta mengelola lingkungan organisasi untuk menciptakan iklim yang optimal dan menjamin kesiapan asuhan keperawatan oleh perawat klinik. Kepala ruang merupakan jabatan yang cukup penting dan strategis, karena secara manajerial kemampuan kepala ruang ikut menentukan keberhasilan pelayanan keperawatan (Potter, 2010).

Proses dalam pelaksanaan manajemen keperawatan di ruang rawat inap dipimpin oleh kepala ruang. Pendidikan kepala ruang seharusnya minimal S1 Keperawatan (ditambah pendidikan profesi Ners) atau DIII Keperawatan dengan pengalaman kerja 9 tahun (Depkes RI, 2006). Seorang kepala ruang sebagai pimpinan keperawatan harus memiliki ketrampilan dalam komunikasi, kemampuan memberi motivasi kepada staf, ketrampilan kepemimpinan, ketrampilan mengatur waktu serta mampu memecahkan masalah dan mengambil keputusan (Beck, 2005).

RSUD Ambarawa merupakan rumah sakit milik Pemerintah tipe C yang memiliki tujuh ruang rawat inap. Adapun data tingkat pendidikan kepala ruang di ruang rawat inap RSUD Ambarawa terdiri dari : kepala ruang dengan tingkat pendidikan S1 dengan Ners 1 orang (14%), S1 2 orang (29%), D111 4 orang (57%). Berdasarkan data tersebut terlihat kepala ruang di RSUD Ambarawa masih didominasi oleh perawat yang pendidikannya DIII Keperawatan yaitu (57%) dengan rata-rata lama kerja delapan tahun. Seorang manajer keperawatan yang bertanggung jawab dan mampu melaksanakan manajemen keperawatan dibutuhkan dalam pelaksanaan manajemen keperawatan yang bermutu sehingga dapat menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Agar dapat menerapkan manajemen keperawatan di ruang rawat inap diperlukan seorang kepala ruang yang memenuhi standar sebagai manajer. Menurut Hubber (2010) seorang manajer diharapkan mampu mengelola pelayanan keperawatan di ruang rawat inap dengan menggunakan pendekatan manajemen keperawatan yaitu melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian.

Sedangkan secara manajerial dari laporan tahunan Bidang Keperawatan disampaikan bahwa sampai akhir tahun 2011, hasil evaluasi kinerja kepala ruang menunjukkan belum terlaksananya peran dan fungsi kepala ruang (20%) serta uraian tugas kepala ruang belum dilaksanakan dengan optimal (27%). Padahal jika dilihat dari riwayat pelatihan yang pernah diikuti, sebenarnya 100% kepala ruang pernah mengikuti Pelatihan Manajemen Bangsal yang di dalamnya sudah tercakup aspek psikomotor yakni masing-masing kepala ruang sudah melakukan redemonstrasi manajemen bangsal, sedangkan kalau ditinjau dari aspek ketenagaan masing-masing ruangan telah mempunyai tenaga yang cukup memadai.

Hasil wawancara dengan Kasie Keperawatan RSUD Ambarawa pada bulan Januari tahun 2012 terkait dengan pengelolaan ruang rawat inap oleh kepala ruang didapatkan data :fungsi perencanaan yang dilakukan oleh kepala ruang hanya merencanakan kebutuhan alat dan barang. Fungsi pengorganisasian yang sudah dilakukan adalah pelaksanaan sistem penugasan, pengaturan dinas, pengaturan kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan. Dalam menjalankan fungsi pengorganisasian ini masing-masing kepala ruang belum sepenuhnya sesuai dengan standar pelayanan dan asuhan keperawatan sehingga hasilnya juga masih bervariasi. Fungsi pengarahan keperawatan di ruang rawat inap meliputi supervisi langsung seperti mengobservasi kegiatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan perawat pelaksana maupun supervisi tidak langsung dengan pemeriksaan dokumentasi yang ada terkait dengan aktivitas dari perawat pelaksana seperti pemeriksaan daftar hadir, catatan dokumentasi dan laporan kondisi staf. Kepala ruang juga memberi motivasi, melakukan manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi dan kolaborasi di ruangan namun hasilnya bervariasi. Fungsi pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap berdasarkan indikator mutu, kegiatan mutu dan tindak lanjut belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik.

Sistem penugasan yang dilaksanakan di RSUD Ambarawa sejak bulan Desember 2011 adalah metode tim. Pelaksanaan metode tim ini belum berjalan sebagaimana mestinya yakni pada dinas sore dan malam masih menggunakan metode fungsional dan terdapat beberapa kendala diantaranya masih terdapat kesenjangan kemampuan antar tim, pada saat kebutuhan perawatan meningkat/tenaga kurang maka terjadi *overlapping* pemberian asuhan keperawatan dari satu tim dengan tim yang lainnya yakni semua tim bersama-sama melakukan asuhan keperawatan kepada semua pasien dan tidak sesuai dengan

pembagian pasien. Kendala yang lain adalah kepala ruang masih harus terlibat langsung menangani pasien, belum ada pelatihan tentang metode tim untuk ketua tim, mayoritas pendidikan katim DIII keperawatan dan operan/timbang terima antar tim belum memiliki format yang baku/standar.

Menurut Sitorus & Panjaitan (2011) manajemen ruang rawat terdiri dari manajemen operasional dan manajemen asuhan keperawatan. Manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit, tugas yang harus dilakukan oleh kepala ruang adalah: penanganan administratif, membuat penggolongan pasien sesuai berat ringannya penyakit, dan kemudian mengatur kerja perawatan secara optimal pada setiap pasien sesuai kebutuhannya masing-masing, memonitor mutu pelayanan pada pasien, baik pelayanan keperawatan secara khusus maupun pelayanan lain secara umumnya dan manajemen ketenagaan dan logistik keperawatan, kegiatan ini meliputi ketenagaan, penjadwalan, pembiayaan.

Lebih lanjut kegiatan pemberian asuhan keperawatan oleh kepala ruang menurut Lorraine (2010) antara lain terdiri dari: pelayanan keperawatan personal, berupa pelayanan keperawatan umum dan atau spesifik, pemberian motivasi dan dukungan emosi pada pasien, pemberian obat, dan lain-lain, berkomunikasi dengan dokter dan petugas kesehatan lain, menjalin hubungan dan komunikasi dengan keluarga pasien dan melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit.

Pengelolaan pelayanan dan asuhan keperawatan yang dilakukan kepala ruang menggunakan pendekatan manajemen keperawatan yaitu melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian (Huber, 2010).

Penelitian Herawani (2002) mengenai persepsi kepala ruang dan perawat pelaksana tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta. Melalui studi kualitatif : deskriptif-eksploratif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi ditemukan standar praktek keperawatan belum difungsikan secara optimal, sehingga pendokumentasian belum dapat dipertanggungjawabkan baik secara legal, sosial dan profesional.

Hasil penelitian Rohmawati (2005) dengan judul hubungan fungsi manajemen kepala ruangan menurut persepsi perawat pelaksana dan karakteristik individu dengan melaksanakan asuhan keperawatan di ruang instalasi rawat inap RSUD Sumedang yakni: terdapat hubungan fungsi manajemen kepala ruangan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan, karakteristik individu perawat pelaksana tidak berhubungan secara signifikan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan. Sedangkan fungsi manajemen kepala ruangan yang berhubungan secara signifikan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan adalah fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan shift, dan pengawasan. Implikasi dari penelitian ini adalah dengan diketahuinya hubungan yang signifikan antara fungsi manajemen kepala ruang dengan pelaksanaan asuhan keperawatan, maka seyogyanya setiap kepala ruangan harus mempunyai kemampuan manajerial. Upaya untuk meningkatkan kemampuan manajerial kepala ruangan dalam mengelola asuhan keperawatan adalah perlu memperbaiki sistem seleksi kepala ruangan terutama kemampuan manajerial, penerapan pengorganisasian pasien dengan menggunakan metoda tim, penerapan sistem jenjang karir perawat fungsional, meningkatkan pendidikan kepala ruangan dan ketua tim ke jenjang yang lebih tinggi, sistem penilaian kinerja perawat, meningkatkan fungsi pengawasan kepala ruangan melalui ronde keperawatan harian pasien dan audit keperawatan.

Penelitian Leer (2006) dengan judul “Manajemen keperawatan yang efektif : solusi untuk kepuasan dan ketahanan perawat ?”, menggunakan pendekatan kualitatif, mendeskripsikan pengalaman perawat di rumah sakit, persepsi tentang gaya kepemimpinan manajer keperawatan dan akibatnya terhadap kepuasan dan ketahanan kerja perawat. Hasil dari penelitian ini adalah harapan dari perawat pelaksana agar manajer keperawatan menggunakan gaya kepemimpinan transformasional, strategi meningkatkan budaya organisasi keperawatan dan meningkatkan pemahaman dan pendidikan nilai-nilai keperawatan.

Penelitian yang ada belum menggambarkan secara jelas kemampuan kepala ruang dan hambatan yang ada dalam mengelola ruang rawat inap sehingga perlu diketahui lebih lanjut tentang arti dan makna pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap. Penelitian ini berupaya untuk mengeksplorasi pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap maka penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif

dengan pendekatan fenomenologi. Metodologi penelitian fenomenologi bertujuan untuk mendapatkan gambaran/deskriptif tentang suatu pengalaman hidup yang dilihat dari sudut pandang orang yang diteliti, untuk memahami dan menggali pengalaman hidup yang dialami (Polit & Beck, 2010). Peneliti tertarik melakukan penelitian ini dengan metode riset kualitatif melalui pendekatan fenomenologi deskriptif dengan beberapa alasan yaitu: (1). Pengelolaan ruang rawat inap oleh kepala ruang tergolong bervariasi dan banyak melibatkan respon psikologis sehingga pengalaman ini perlu diteliti dengan lebih mendalam. (2). Memperoleh jawaban dan informasi yang mendalam, terperinci dan alamiah dari partisipan tentang pengalaman, pendapat dan perasaan yang tersirat (*insight*) dari realitas pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap tersebut. (3). Belum adanya penelitian kualitatif yang spesifik mengarah kepada masalah pengelolaan ruang rawat inap oleh kepala ruang.

Sehingga berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik memilih judul studi fenomenologi : pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa.

1.2 Perumusan Masalah

Salah satu upaya untuk dapat menerapkan manajemen keperawatan di ruang rawat inap dengan baik diperlukan seorang kepala ruang yang kompeten sebagai manajer. Hasil studi pendahuluan di RSUD Ambarawa didapatkan data bahwa saat ini kepala ruang merasa belum melaksanakan fungsi manajemen ruang rawat inap secara optimal. Kepala ruang lebih banyak mengerjakan tugas yang sudah direncanakan oleh Bidang Keperawatan. Dalam mengelola ruang rawat inap kepala ruang hanya melaksanakan sistem penugasan yang sudah ditetapkan yakni metode tim namun dalam pelaksanaan metode tim ini kepala ruang masih harus terlibat langsung dalam menangani pasien. Kepala ruang juga melakukan supervisi, namun hanya terkait kegiatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan perawat pelaksana maupun pemeriksaan dokumentasi seperti pemeriksaan daftar hadir dan catatan dokumentasi di ruangan. Fungsi manajerial yang lain seperti fungsi pengarahan, pengawasan dan pengendalian dilakukan sesuai kebutuhan saja atau insidental. Sedangkan dari sisi perawat pelaksana, pelaksanaan metode tim belum berjalan sebagaimana mestinya yakni dinas sore dan malam masih menggunakan metode fungsional dan kemampuan perawat pelaksana yang bervariasi. Perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Ambarawa merasa belum ada umpan balik dari kepala ruang

terkait asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan. Sehingga masih didapatkan kesulitan pengelolaan manajemen ruang rawat inap di RSUD Ambarawa.

Belum ditemukannya penelitian terkait dengan pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap maka berdasarkan uraian di atas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian yakni “Bagaimanakah pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa ?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran arti dan makna pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah teridentifikasi :

- 1.3.2.1 Gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini ruang rawat inap.
- 1.3.2.2 Persepsi kepala ruang dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen ruang rawat inap.
- 1.3.2.3 Hambatan yang ada selama kepala ruang mengelola ruang rawat inap.
- 1.3.2.4 Dukungan yang diperoleh kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap.
- 1.3.2.5 Harapan kepala ruang terhadap pimpinan atau atasan langsung agar perannya lebih optimal.

1.4 Manfaat Penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi:

1.4.1 Partisipan

Hasil penelitian ini memberikan kesempatan kepada partisipan untuk mengungkapkan berbagai pengalaman terutama dalam menjalankan fungsi manajemen di tingkat ruangan sehingga partisipan dapat meningkatkan kemampuan manajerial dan kepemimpinannya dan dapat menjadikan acuan peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

1.4.2 Manajemen Rumah Sakit

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

1.4.3 Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat diperoleh gambaran pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa. Sehingga dapat memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisis fungsi manajerial kepala ruang yang berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Peneliti membahas mengenai konsep tentang pengalaman, fungsi manajemen, manajemen ruang rawat inap, peran dan fungsi kepala ruang, dan pendekatan fenomenologi dalam penelitian kualitatif yang menjadi landasan dan mendukung penelitian ini.

2.1 Pengalaman

Pengalaman diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami, dijalani maupun dirasakan baik yang sudah lama maupun yang baru saja terjadi (Mapp, 2008). Pengalaman dapat didefinisikan juga sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi otobiografi (Baptista, Merighi, dan Freitas 2011). Pengalaman adalah pengamatan yang merupakan kombinasi penglihatan, penciuman, pendengaran serta pengalaman masa lalu (Notoatmojo, 2010).

Oleh karena itu pengalaman merupakan sesuatu peristiwa yang tertangkap oleh panca indera dan tersimpan dalam memori. Pengalaman dapat diperoleh maupun dirasakan saat peristiwa baru saja terjadi maupun sudah lama berlangsungnya. Pengalaman merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia sehari-harinya. Pengalaman juga sangat berharga bagi setiap manusia, dan pengalaman juga dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia (Notoatmojo, 2010).

Beberapa orang dapat mempunyai pengalaman yang berbeda dalam melihat suatu obyek yang sama, hal ini dipengaruhi oleh: tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang, pelaku atau faktor pada pihak yang mempunyai pengalaman, faktor obyek atau target yang dipersepsikan dan faktor situasi dimana pengalaman itu dilakukan. Sementara itu faktor pihak pelaku yang mempunyai pengalaman dipengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti sikap, motivasi, kepentingan atau minat, dan harapan. Variabel lain yang ikut menentukan pengalaman adalah umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup individu (Notoatmojo, 2007). Lebih lanjut Mapp (2008) menyatakan bahwa pengalaman

merupakan suatu studi perspektif pokok dari seseorang atau biasa disebut fenomenologi. Sedangkan fenomenologi menurut Pringle, Drummond, dan Lafferty (2011) merupakan pandangan berpikir yang menekankan pada fokus pengalaman-pengalaman subyektif manusia dan interpretasi-interpretasi dunia.

Dengan demikian pengalaman setiap orang terhadap suatu obyek dapat berbeda-beda, oleh karena itu pengalaman mempunyai sifat subyektif, yang dipengaruhi oleh isi memorinya. Semua apa yang telah memasuki indra dan mendapat perhatiannya akan disimpan dalam memorinya dan akan digunakan sebagai referensi untuk menanggapi stimuli baru.

2.2 Fungsi Manajemen

2.2.1 Definisi Manajemen

Menurut Huber (2010) proses manajemen adalah merupakan rangkaian kegiatan input, proses, dan output. Proses manajemen dibagi empat tahap yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain. Sedangkan menurut Sitorus dan Panjaitan (2011) manajemen keperawatan merupakan suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf perawat di bawah tanggung jawabnya sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan professional kepada pasien dan keluarganya. Manajemen keperawatan adalah keyakinan yang dimiliki oleh tim keperawatan yang bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan berkualitas melalui pembagian kerja, koordinasi dan evaluasi (Ilyas, 2011). Fungsi manajemen menurut Sabarguna (2006) pada dasarnya terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi. Pendapat lain yakni menurut Simanjuntak (2011) menyatakan bahwa manajemen merupakan suatu proses mengkombinasikan dan mendayagunakan semua sumber-sumber secara produktif untuk mencapai tujuan. Untuk itu manajemen melaksanakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengadaan dan pembinaan staf, pelaksanaan dan pengawasan.

Dari pendapat tersebut manajemen merupakan suatu proses yang berkesinambungan yang meliputi input, proses dan output, dibutuhkan koordinasi dan kerjasama antara pimpinan dan stafnya untuk mencapai tujuan yakni asuhan keperawatan yang bermutu

bagi pasien dan keluarganya melalui proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan.

2.2.2 Komponen Fungsi Manajemen

Komponen fungsi manajemen menurut Fayol terdiri dari: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan (Huber, 2010).

2.2.2.1 Perencanaan

Definisi

Perencanaan menurut Gillies (1999) yakni perencanaan (*planning*) merupakan fungsi pertama dari manajemen. Keberhasilan pelaksanaan kegiatan bergantung dari rencana yang telah disusun dengan baik. Rencana yang tidak disusun dengan jelas dan terukur, akan mengakibatkan kesulitan dalam memperkirakan apakah upaya yang dilakukan berhasil atau tidak. Dengan demikian perencanaan mempunyai peranan penting dalam keseluruhan proses manajemen.

Lebih lanjut menurut Swansburg (2000) perencanaan diartikan sebagai rincian kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan dilaksanakan dan dimana kegiatan itu berlangsung. Perencanaan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap akan memberi petunjuk dan mempermudah pelaksanaan suatu kegiatan untuk mencapai tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan kepada pasien/klien.

Fungsi perencanaan pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap yang dilaksanakan oleh kepala ruang merupakan pemikiran atau konsep-konsep tindakan tertulis seorang manajer. Sebelum melakukan perencanaan terlebih dahulu dianalisa dan dikaji sistem, strategi organisasi dan tujuan organisasi, sumber-sumber organisasi, kemampuan yang ada, aktifitas spesifik dan prioritasnya (Terry & Rue, 2010, Huber, 2010).

Oleh karena itu perencanaan dapat diartikan juga sebagai rincian kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan dilaksanakan dan dimana kegiatan itu berlangsung. Perencanaan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap akan memberi petunjuk dan mempermudah pelaksanaan suatu

kegiatan untuk mencapai tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan kepada pasien/klien.

Elemen Fungsi Perencanaan

Elemen fungsi perencanaan meliputi : merumuskan visi dan misi, tujuan dan sasaran, menyusun strategi pencapaian tujuan, menyusun perencanaan sumberdaya manusia dan menyusun rencana bahan dan anggaran (Simanjuntak, 2011). Sedangkan menurut Marquis dan Huston (2012) elemen perencanaan terdiri dari: 1) merencanakan visi, misi, filosofi, tujuan keperawatan, kebijakan, peraturan-peraturan kerja dan standar praktik keperawatan, 2) struktur, uraian tugas, hak-hak dan kewajiban perawat, dan 3) program pengembangan perawat.

Perencanaan di ruang rawat inap melibatkan seluruh personil mulai dari perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruang. Perencanaan kepala ruang sebagai manajer meliputi perencanaan tahunan, bulanan, mingguan dan harian (Huber, 2010). Perencanaan kepala ruang di ruang rawat inap meliputi perencanaan kebutuhan tenaga dan penugasan tenaga, pengembangan tenaga, kebutuhan logistik ruangan, program kendali mutu yang akan disusun untuk pencapaian tujuan jangka pendek, menengah dan panjang. Di samping itu kepala ruang merencanakan kegiatan di ruangan seperti pertemuan dengan staf pada permulaan dan akhir minggu. Tujuan pertemuan adalah untuk menilai atau mengevaluasi kegiatan perawat sudah sesuai dengan standar atau belum, sehingga dapat dilakukan perubahan-perubahan atau pengembangan dari kegiatan tersebut (Marquis & Huston, 2012).

Kepala ruang dalam melakukan fungsi perencanaan harus mampu membuat perencanaan di ruang rawat inap yang meliputi perencanaan kebutuhan tenaga dan penugasan tenaga, pengembangan tenaga, kebutuhan logistik ruangan, dan program kendali mutu dengan melibatkan seluruh personil mulai dari perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruang (Sitorus & Panjaitan, 2011, Simanjuntak, 2011).

Prinsip Perencanaan

Menurut Gillies, 1999; Terry dan Rue, 2010 prinsip perencanaan meliputi: survei lingkungan, menentukan tujuan, memprediksikan keadaan organisasi di masa yang akan datang, merencanakan tindakan perbaikan, menyesuaikan rencana dengan hasil pengawasan sesuai situasi dan kondisi yang ada dan melakukan koordinasi secara terus-menerus selama proses perencanaan.

2.2.2.2 Pengorganisasian

Definisi

Menurut pendapat Terry & Rue (2010), Sabarguna (2006), dan Simanjuntak (2011): *organizing* berasal dari *organize* yang berarti menciptakan struktur dengan bagian-bagian yang diintegrasikan sedemikian rupa, sehingga hubungannya satu sama lain terikat oleh hubungan terhadap keseluruhannya. Organisasi diartikan menggambarkan pola-pola, skema bagan yang menunjukkan garis-garis perintah, kedudukan karyawan, hubungan-hubungan yang ada, dan lain sebagainya Fungsi pengorganisasian berkaitan erat dengan fungsi perencanaan, karena pengorganisasianpun harus direncanakan. Pengorganisasian dapat diartikan penentuan pekerjaan-pekerjaan yang harus dilakukan, pengelompokan tugas-tugas dan membagi-bagikan pekerjaan kepada setiap staf, penetapan departemen-departemen serta penentuan hubungan-hubungan.

Pendapat lain dari Marquis dan Huston (2012) pengorganisasian dapat didefinisikan sebagai proses menciptakan hubungan-hubungan antara fungsi-fungsi, personalia dan faktor fisik agar kegiatan-kegiatan yang harus dilaksanakan disatukan dan diarahkan pada sebagai upaya dalam pencapaian tujuan bersama antara pimpinan dan anggotanya. Manajer menjalankan fungsi pengorganisasian, bekerja sama dengan tim manajemen melakukan penyusunan struktur organisasi, menyediakan sarana prasarana, dan menciptakan kondisi yang mendukung lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif bagi pimpinan dan staf di bawahnya .

Elemen Pengorganisasian

Elemen pengorganisasian meliputi: struktur organisasi, hubungan dengan staf, pembagian kerja, koordinasi dan administrasi (Simanjuntak, 2011). Lebih

lanjut Sabarguna, (2006), menyatakan elemen pengorganisasian terdiri dari: identifikasi kegiatan yang akan dilakukan, pembagian kerja secara jelas, mengelompokkan tugas sesuai dengan posisi, menentukan standar tiap posisi, membagi tugas dan tanggung jawab sesuai dengan jenis pekerjaan dan koordinasi selama kegiatan berlangsung.

Prinsip Pengorganisasian

Prinsip pengorganisasian menurut Huber (2010) adalah pembagian kerja, kesatuan komando, rentang kendali, pendelegasian dan koordinasi. Sedangkan menurut Simanjuntak (2011) pengorganisasian mempunyai prinsip yakni merupakan penjabaran terinci semua pekerjaan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, pembagian beban kerja sesuai dengan kemampuan perorangan/kelompok, dan mengatur mekanisme kerja antar masing-masing anggota kelompok yang saling berhubungan dan koordinasi. Lebih lanjut Swansburg (2000) menyatakan prinsip pengorganisasian meliputi: rantai komando, kesatuan komando dan rentang kontrol.

Berdasarkan pendapat di atas pengorganisasian adalah suatu proses penentuan, pengelompokan, dan pengaturan bermacam-macam aktivitas yang diperlukan untuk mencapai tujuan, menempatkan orang-orang pada aktivitas ini, menyediakan alat-alat yang diperlukan, menetapkan wewenang yang secara relatif didelegasikan kepada setiap individu yang akan melakukan aktivitas-aktivitas tersebut

2.2.2.3 Pengarahan

Definisi

Pengarahan mencakup kegiatan yang dilakukan seorang manajer dalam mengawasi dan melanjutkan kegiatan yang ditetapkan oleh unsur perencanaan dan pengorganisasian, agar tujuan-tujuan dapat tercapai. Pengarahan mencakup penetapan dan pemuasan kebutuhan manusiawi dari pegawai-pegawainya, memberi penghargaan, memimpin, mengembangkan dan member kompensasi kepada mereka (Rutherford, Moen & Taylor, 2009).

Elemen Pengarahan

Fungsi pengarahan selalu berkaitan erat dengan perencanaan kegiatan keperawatan di ruang rawat inap dalam rangka menugaskan perawat untuk melaksanakan mencapai tujuan yang telah ditentukan. Fungsi pengarahan bertujuan agar perawat atau staf melakukan apa yang diinginkan dan harus mereka lakukan. Elemen dalam pengarahan terdiri dari: saling memberi motivasi, membantu pemecahan masalah, melakukan pendelegasian, menggunakan komunikasi yang efektif, melakukan kolaborasi dan koordinasi (Terry & Rue, 2010).

Kegiatan saling memberi motivasi merupakan unsur yang penting dalam pelaksanaan tugas pelayanan dan asuhan keperawatan di ruang rawat inap. Hal-hal yang perlu dilakukan oleh kepala ruang adalah selalu memberikan reinforcement terhadap hal-hal yang positif, memberikan umpan balik, memanggil perawat yang kurang termotivasi, mungkin prestasi yang dicapai perlu diberikan penghargaan. Di ruang rawat inap terdiri dari personil berbagai latar belakang yang dapat menjadikan masalah/konflik (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Pendelegasian tugas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pengelolaan ruangan. Pendelegasian digolongkan menjadi dua jenis yaitu terencana dan insidental. Pendelegasian terencana adalah pendelegasian yang memang otomatis terjadi sebagai konsekuensi sistem penugasan yang diterapkan di ruang rawat inap, bentuknya dapat pendelegasian tugas kepala ruang kepada ketua tim, kepada penanggung jawab shift. Pendelegasian insidental terjadi bila salah satu personil ruang rawat inap berhalangan hadir, maka pendelegasian tugas harus dilakukan (Marquis & Huston, 2012).

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

Kolaborasi dan koordinasi dilakukan oleh kepala ruang dengan semangat kemitraan dengan tim kesehatan, seperti konsultasi dengan tim medis terkait dengan program pengobatan, psikolog, pekerja sosial, tim penunjang pelayanan di ruang rawat inap. Selain itu perlu dilakukan koordinasi dengan unit atau bidang lain seperti : instalasi gizi, instalasi farmasi, instalasi IPRS, bidang pelayanan medik, bidang penunjang medik, bidang kesekretariatan, serta unit rawat jalan dan rawat darurat (Huber, 2010)

Masalah/konflik yang terjadi tidak boleh dibiarkan berkepanjangan dan harus diselesaikan secara konstruktif. Pendekatan yang digunakan kepala ruang dalam menyelesaikan masalah adalah : mengidentifikasi akar permasalahan yang terjadi dengan melakukan klarifikasi pada pihak-pihak yang berkonflik, mengidentifikasi penyebab-penyebab timbulnya konflik tersebut, mengidentifikasi alternatif-alternatif penyelesaian yang mungkin diterapkan, memilih alternatif penyelesaian terbaik untuk diterapkan, menerapkan alternatif terpilih dan melakukan evaluasi peredaa konflik (Suarli & Bachtiar, 2011).

Prinsip Pengarahan

Prinsip pengarahan menurut Marquis dan Huston (2012) yakni: membina kepercayaan, mengidentifikasi motivasi, potensi dan tujuan, memberikan dukungan, delegasi dan otonomi. Sedangkan menurut Simanjuntak (2011) yakni: menjelaskan tujuan kepada staf, melaksanakan standar kerja, melatih dan melakukan bimbingan dalam pelaksanaan tugas, memberikan *reward* dan memberikan motivasi.

2.2.2.4 Pengawasan

Definisi

Pengawasan bisa didefinisikan sebagai suatu usaha sistematis oleh manajemen bisnis untuk membandingkan kinerja standar, rencana, atau tujuan yang telah ditentukan terlebih dahulu untuk menentukan apakah kinerja sejalan dengan standar tersebut dan untuk mengambil tindakan penyembuhan yang diperlukan

untuk melihat bahwa sumber daya manusia digunakan dengan seefektif dan seefisien mungkin didalam mencapai tujuan (Terry & Rue, 2010).

Elemen Pengawasan

Kepala ruang dalam melaksanakan fungsi pengawasan dan pengendalian memiliki elemen sebagai berikut: membandingkan hasil dengan rencana pada umumnya, menilai hasil dengan standart hasil pelaksanaan, menciptakan alat yang efektif untuk mengukur pelaksanaan, memberitahukan alat pengukur, memudahkan data yang detail dalam bentuk yang menunjukkan perbandingan dan pertentangan; menganjurkan tindakan perbaikan apabila diperlukan, memberitahukan anggota tentang interpretasi yang bertanggung jawab, menyesuaikan pengendalian dengan hasil (Suarli & Bahtiar, 2011).

Kepala ruang akan selalu memonitor stafnya secara regular. Kepala ruang bertanggung jawab pada pasien, staf dan administrator. Kepala ruang perlu memonitor staf secara individual tentang performa mereka, apakah mereka memberikan asuhan dengan baik sehingga pasien mendapat asuhan yang bermutu tinggi (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Pengendalian merupakan penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat dengan mengukur dan mengkaji struktur, proses dan hasil pelayanan dan asuhan keperawatan sesuai standar dan keadaan institusi untuk mencapai dan mempertahankan kualitas. Ukuran kualitas pelayanan dan asuhan keperawatan dengan indikator proses yaitu nilai dokumentasi keperawatan, indikator out put yaitu tingkat kepuasan pasien/klien, tingkat kepuasan perawat, lama hari rawat. Untuk kegiatan mutu yang dilaksanakan kepala ruang meliputi : audit dokumentasi proses keperawatan tiap dua bulan sekali, survei kepuasan pasien/klien setiap kali pulang, survei kepuasan perawat tiap enam bulan, survei kepuasan tenaga kesehatan lain, dan perhitungan lama hari rawat klien, serta melakukan langkah-langkah perbaikan mutu dengan memperhitungkan standar yang ditetapkan (Ilyas, 2011).

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa dalam menjalankan fungsi pengawasan, manajemen menyusun sistem evaluasi kerja, melaksanakan evaluasi kinerja dan melakukan program tindak lanjut.

Prinsip Pengawasan

Menurut Sabarguna (2006) prinsip pengawasan yakni: mengontrol jadwal kerja dan kehadiran staf, mengontrol pekerjaan dan perkembangan staf dalam melaksanakan tugas serta pencapaian tujuan organisasi, melakukan evaluasi kinerja dan kepuasan kerja, memberikan umpan balik dan tindak lanjut dan meningkatkan program mutu. Lebih lanjut Huber (2010) menyatakan prinsip dari pengawasan adalah: memastikan pelaksanaan pekerjaan sesuai rencana, sehingga harus ada perencanaan tertentu dan intruksi dan wewenang kepada bawahan kita dan manajer diharapkan mampu merefleksikan sifat-sifat dan kebutuhan dari aktifitas yang harus dievaluasi, dapat dengan segera melaporkan penyimpangan-penyimpangan.

2.3 Manajemen Ruang Rawat Inap

Menurut Potter (2010), rawat inap merupakan komponen dari pelayanan rumah sakit yang memanfaatkan fasilitas tempat tidur. Dalam dekade terakhir telah terjadi perubahan yang berarti, pemanfaatan tempat tidur untuk penyakit dalam dan bedah menurun, sedangkan tempat tidur untuk perawatan intensif semakin meningkat, tetapi rumah sakit tetap menggunakan jumlah tempat tidur sebagai ukuran bagi tingkat hunian, pelayanan dan keuangan, meskipun hanya 10% dari seluruhnya yang membutuhkan pelayanan memerlukan rawat inap (Ilyas, 2011). Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Sabarguna, 2006).

Jadi rawat inap adalah pelayanan pasien yang perlu menginap untuk keperluan observasi, diagnosis dan terapi bagi individu dengan keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis atau rehabilitasi dan memerlukan pengawasan dokter setiap hari atau pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya.

Manajer keperawatan diperlukan untuk mengelola ruang rawat inap. Manajer ini merupakan perawat yang mempunyai tugas melakukan koordinasi dan integrasi sumber-sumber yang tersedia melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang paling efektif bagi pasien dan keluarganya (Huber, 2010). Manajer keperawatan terbagi dalam beberapa tingkatan yakni manajer puncak, menengah dan manajer tingkat pertama yang sering disebut manajer unit atau kepala ruang (Marquis & Huston, 2012). Manajer juga dituntut untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan tujuan, tindakan, hal baru yang akan diperkenalkan dan mempertahankan hasil kerja yang memuaskan (Terry & Rue, 2010).

Oleh karena itu manajer keperawatan di ruang rawat inap yang biasa kita sebut sebagai kepala ruang sangat berperan dalam pengelolaan ruang rawat inap. Manajer merupakan seseorang pemimpin yang mempunyai kewenangan untuk memerintah orang lain. Perilaku seseorang akan menentukan seorang menjadi pemimpin (Huber, 2010). Manajer sebagai pemimpin dalam menjalankan pekerjaan dan tanggungjawabnya memerlukan pengalaman dan bantuan orang lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Manajer merupakan orang yang mengatur pekerjaan dan bekerja sama di antara berbagai kelompok atau sejumlah orang untuk mencapai sasaran. Manajer berwenang dan bertanggung jawab membuat rencana, mengatur, memimpin, dan mengendalikan pelaksanaannya untuk mencapai sasaran tertentu (Donoghue & Nicholas, 2009).

Dengan demikian manajer merupakan seseorang pemimpin yang mempunyai kewenangan untuk memerintah orang lain, dalam menjalankan pekerjaan dan tanggungjawabnya memerlukan pengalaman dan bantuan orang lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang paling efektif bagi pasien dan keluarganya.

Pelaksanaan fungsi manajemen oleh para manajer bertujuan untuk memberikan kemudahan, memfasilitasi dan mendorong semua pekerja agar dapat menaikkan kinerjanya secara optimal. Manajemen berperan melakukan fungsi-fungsi antara lain:

merumuskan visi dan misi organisasi, menyusun struktur organisasi, merencanakan dan mengadakan sarana dan peralatan kerja, mengkoordinasikan pelaksanaan tugas di unit organisasi, serta mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas di semua unit organisasi. Dengan demikian, peran dan dukungan dari manajemen turut mempengaruhi kinerja yang dilakukan oleh setiap personil dalam organisasi (Simanjuntak, 2011).

Keberhasilan untuk mencapai kesembuhan pasien sangat tergantung dari ruang rawat, hampir seluruh waktu pasien dirawat akan berada dan berinteraksi di ruang rawat ini. Oleh karena itu kepala ruang dan para staf keperawatan merupakan ujung tombak dari usaha pemasaran yaitu meningkatkan kepuasan pasien (Depkes, 2008). Kepala ruang sebagai manajer dituntut untuk senantiasa meningkatkan mutu pelayanan di ruang rawat.

Berdasarkan pendapat di atas dapat diambil kesimpulan : manajemen ruang rawat terdiri dari manajemen operasional dan manajemen asuhan keperawatan. Manajemen operasional adalah pelayanan keperawatan di rumah sakit yang dikelola oleh departemen atau bidang perawatan melalui tiga tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak, manajemen menengah, dan manajemen bawah. Di setiap ruang rawat inap akan dipimpin oleh seorang manajer yaitu kepala ruang yang mampu melaksanakan pengelolaan pelayanan keperawatan. Pengelolaan pelayanan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan manajemen keperawatan yaitu melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan pengendalian.

2.3.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan

Dalam pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit kepala ruang adalah manajer tingkat lini yang mempunyai tanggung jawab untuk meletakkan konsep praktik, prinsip dan teori manajemen keperawatan serta mengelola lingkungan organisasi untuk menciptakan iklim yang optimal dan menjamin kesiapan asuhan keperawatan oleh perawat klinik. Standar tugas pokok kepala ruang yang ditetapkan oleh Depkes (2008) meliputi kegiatan menyusun rencana kegiatan tahunan yang meliputi kebutuhan sumber daya (tenaga, fasilitas, alat dan dana), menyusun jadwal dinas dan cuti, menyusun rencana pengembangan staf, kegiatan pengendalian mutu, bimbingan dan pembinaan staf, koordinasi

pelayanan, melaksanakan program orientasi, mengelola praktik klinik serta melakukan penilaian kinerja dan mutu pelayanan.

Menurut Curtis & O'Connell (2011) kepala ruang sebagai manajer operasional dari sebuah ruang perawatan bertanggung jawab untuk mengorganisasi kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap, yang meliputi hal-hal sebagai berikut:

2.3.1.1 Struktur organisasi

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

2.3.1.2 Pengelompokan kegiatan

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

2.3.1.3 Koordinasi Kegiatan

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

2.3.1.4 Evaluasi Kegiatan

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

2.3.1.5 Kelompok Kerja

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

Sedangkan menurut Sitorus dan Panjaitan (2011) dalam hal manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit, tugas yang harus dilakukan adalah: 1) Penanganan administratif, antara lain dapat berupa pengurusan masuknya pasien ke rumah sakit, pengawasan pengisian dokumen catatan medik dengan baik, membuat penjadwalan proses pemeriksaan atau pengobatan pasien, dan lain-lain, 2) Membuat penggolongan pasien sesuai berat ringannya penyakit, dan kemudian mengatur kerja perawatan secara optimal pada setiap pasien sesuai kebutuhannya masing-masing, 3) Memonitor mutu pelayanan pada pasien, baik pelayanan keperawatan secara khusus maupun pelayanan lain secara umumnya, dan 4) Manajemen ketenagaan dan logistik keperawatan, kegiatan ini meliputi ketenagaan, penjadwalan, pembiayaan.

Menurut Gillies (1999); Huber (2010) serta Marquis dan Huston (2012) terdapat beberapa metode atau model pemberian asuhan keperawatan yaitu:

2.3.2.1 Model Fungsional

Model ini berdasarkan orientasi tugas pemberian asuhan keperawatan yang ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Perawat melaksanakan tugas / tindakan tertentu berdasar jadwal kegiatan yang ada. Kelebihan model fungsional yakni menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik, cocok untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga. Kelemahan model fungsional adalah tidak memberikan kepuasan kepada pasien maupun perawat, pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan secara komprehensif, dan persepsi pasien cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan ketrampilan saja.

2.3.2.2 Model Utama atau Kasus

Metode utama atau kasus merupakan metode dimana seorang perawat memberikan asuhan keperawatan secara total dalam satu periode dinas kepada

seorang pasien. Kelebihan manajemen kasus meliputi: perawat lebih memahami kasus per kasus dan sistem evaluasi dari manajer menjadi mudah. Kelemahan manajemen kasus adalah belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab dan memerlukan tenaga yang cukup banyak yang mempunyai kemampuan dasar yang sama.

2.3.2.3 Model Tim

Metode ini menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling bekerja sama.

Tanggung jawab kepala ruang dalam metode tim meliputi : menjalankan perencanaan yakni; menunjuk ketua tim, mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya, mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien dan persiapan pulang bersama ketua tim, mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan klien bersama ketua tim, mengatur penugasan/penjadwalan, merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan, mengikuti visit dokter untuk mengetahui kondisi, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien, mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan, membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan, membimbing penerapan proses keperawatan dan menilai asuhan keperawatan, mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah, memberikan informasi kepada pasien atau keluarga yang baru masuk rumah sakit, membantu mengembangkan pendidikan dan pelatihan, mewujudkan visi dan misi keperawatan dan rumah sakit (Terry & Rue, 2010).

Kepala ruang juga melaksanakan fungsi pengorganisasian yakni: merumuskan metode penugasan yang digunakan, membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim, membuat rentang kendali kepala ruang membawahi dua ketua tim dan ketua tim membawahi 2-3 perawat, mengatur proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari, mengatur dan mengendalikan logistik ruangan, identifikasi masalah dan cara penanganan.

Tanggung jawab kepala ruang dalam menjalankan pengarahannya meliputi: memberikan pengarahannya tentang penugasan kepada ketua tim, memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik, memberikan motivasi dalam memberikan pengetahuan, ketrampilan dan sikap, menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan klien, meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain (Swansburg, 2000 & Huber 2010).

Pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang terdiri dari: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung lisan maupun pengawasan tidak langsung yaitu mengecek daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan, mendengarkan laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas. Evaluasi yaitu mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang sudah disusun bersama ketua tim (Gillies, 1999).

2.3.2.4 Model Keperawatan Primer

Konsep dasar model keperawatan primer: ada tanggung jawab dan tanggung gugat, otonomi dan keterlibatan pasien dan keluarga. Model ini berdasarkan pada tindakan komprehensif dari filosofi keperawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan. Ratio 1:4 / 1:5 (perawat:pasien) dan penugasan metode kasus. Sedangkan kelebihan dari model keperawatan primer adalah: bersifat kontinuitas dan komprehensif, perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan diri, dan keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter dan rumah sakit. Keuntungan yang diperoleh adalah pasien merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhan secara individu. (Swansburg, 2000; Huber, 2010).

Kelemahan model keperawatan primer adalah dilakukan oleh perawat berpengalaman dan berpengetahuan yang memadai, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Peran kepala ruang dalam Metode Primer yakni: 1) sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer, 2) orientasi dan merencanakan karyawan baru, 3) menyusun jadwal dinas dan memberikan penugasan pada perawat asisten, 4) evaluasi kerja, 5) merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf (Marquis & Huston, 2012).

2.3.2.5 Metode Modular

Metode modular merupakan variasi dari metode keperawatan primer yakni gabungan antara metode tim dan primer. Kelebihan dari metode ini adalah: tim bekerja sama dalam pemberian perawatan pasien, ketua tim memimpin, memberi dukungan dan instruksi dalam tim, tim bertanggungjawab mulai pasien masuk sampai keluar. Pemberian asuhan keperawatan dalam metode modular, satu tim terdiri dari 2-3 perawat yang memiliki tanggungjawab penuh pada sekelompok pasien (8-12 pasien).

2.3.2 Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan menggunakan metoda proses keperawatan yang didasari konsep-konsep manajemen di dalamnya, seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan serta pengendalian. Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yang menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat yang dibutuhkan oleh pasien. Menurut Ilyas (2011) manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien.

Menurut Potter (2010) proses keperawatan meliputi enam fase yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, tujuan keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi. Sehingga proses keperawatan merupakan suatu pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu panduan untuk praktek keperawatan profesional. Pemberian asuhan keperawatan merupakan hal yang kompleks yang mencakup pemenuhan empat belas kebutuhan dasar manusia menurut Henderson. Luasnya cakupan ini memerlukan manajemen yang optimal.

Lebih lanjut menurut Sitorus dan Panjaitan (2011) manajemen asuhan keperawatan meliputi : pengkajian pasien secara komprehensif sampai ditetapkan diagnose keperawatan, tindakan keperawatan yang bersifat terapi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan keperawatan dan tindakan kolaborasi. Pemberian asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan metode kasus, metode fungsional, metode tim dan metode keperawatan primer.

Pendapat lainnya tentang kegiatan pemberian asuhan keperawatan menurut Lorraine (2010) antara lain terdiri dari:

- 2.3.2.1 Pelayanan keperawatan personal, yang antara lain berupa pelayanan keperawatan umum dan atau spesifik untuk sistem tubuh tertentu, pemberian motivasi dan dukungan emosi pada pasien, pemberian obat, dan lain-lain.
- 2.3.2.2 Berkomunikasi dengan dokter dan petugas penunjang medik, mengingat perawat selalu berkomunikasi dengan pasien setiap waktu sehingga merupakan petugas yang seyogyanya paling tahu tentang keadaan pasien.
- 2.3.2.3 Menjalin hubungan dengan keluarga pasien. Komunikasi yang baik dengan keluarga atau kerabat pasien akan membantu proses penyembuhan pasien itu sendiri.
- 2.3.2.4 Menjaga lingkungan bangsal tempat perawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap lingkungan bangsal perawatan pasien, baik lingkungan fisik, mikrobiologik, keamanan, dan lain-lain.
- 2.3.2.5 Melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit. Program ini diberikan pada pasien dengan materi spesifik sesuai dengan penyakit yang di deritanya.

2.4 Peran dan Fungsi Kepala Ruang

Kepala ruang adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat (Depkes, 2008). Kepala ruang juga bertanggung jawab terhadap kelancaran asuhan keperawatan seluruh pasien dalam unit yang dikelolanya, peraturan dan penempatan tenaga keperawatan dalam unitnya serta mempunyai keterampilan klinik dan mampu menjadi manajer yang baik. Keberhasilan kepala ruang sangat tergantung pada bagaimana kemampuannya dalam mempengaruhi stafnya dalam pengelolaan kebutuhan keperawatan di suatu ruang rawat. Oleh

karena itu kepala ruang diharapkan sebagai manajer dan pemimpin yang efektif (Sitorus & Panjaitan, 2011).

Kepala ruang selaku manager bertanggung jawab terhadap tugas yang dikerjakan sehingga tercapai keberhasilan dalam pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas. Tugas kepala ruang sebagai manajer menurut Marquis dan Huston (2012) adalah : memiliki posisi yang ditugaskan dalam organisasi formal, memiliki legitimasi sumber kekuasaan sehubungan dengan otoritas yang didelegasikan sesuai posisinya, dapat melaksanakan fungsi, tugas dan tanggungjawab khusus, menekankan pada pengendalian, pengambilan keputusan, analisis keputusan dan hasil, dapat mempengaruhi orang, lingkungan, uang, waktu dan sumber lain untuk mencapai tujuan organisasi, memiliki tanggungjawab formal dan tanggung gugat terhadap rasionalitas dan pengendalian lebih besar daripada pemimpin serta dapat mengarahkan subordinatnya, baik diminta maupun tidak diminta.

Sedangkan menurut Merrill (2011) kepala ruang sebagai pemimpin dalam melaksanakan kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan diharapkan dapat : membantu staf keperawatan mencapai tujuan yang ditentukan, mengarahkan kegiatan-kegiatan keperawatan, bertanggung jawab atas tindakan keperawatan yang dilakukan, melaksanakan keperawatan berdasarkan standar, menyelesaikan pekerjaan dengan benar, mencapai tujuan keperawatan, mensejahterakan staf keperawatan, dan memotivasi staf keperawatan. Selain itu kepala ruang juga harus dapat mendukung anggota timnya melalui penilaian kinerja dari pada mendikte mereka dan akan menjadi lebih penting jika dihargai sebagai suatu proses transformasional dari pada sebagai suatu proses penilaian (Huber, 2010).

Pelaksanaan fungsi manajemen oleh para manajer bertujuan untuk memberikan kemudahan, memfasilitasi dan mendorong semua pekerja agar dapat menaikkan kinerjanya secara optimal. Manajemen berperan melakukan fungsi-fungsi antara lain: merumuskan visi dan misi organisasi, menyusun struktur organisasi, merencanakan dan mengadakan sarana dan peralatan kerja, mengkoordinasikan pelaksanaan tugas diunit organisasi, serta mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas disemua unit organisasi. Dengan demikian, peran dan

dukungan dari manajemen turut mempengaruhi kinerja yang dilakukan oleh setiap personil dalam organisasi (Simanjuntak, 2011).

Adapun peran kepala ruang menurut Gillies (1999) adalah kepala ruang harus lebih peka terhadap anggaran rumah sakit dan kualitas pelayanan keperawatan, bertanggung jawab terhadap hasil dari pelayanan keperawatan yang berkualitas, dan menghindari terjadinya kebosanan perawat serta menghindari kemungkinan terjadinya saling melempar kesalahan.

Kepala ruang di sebuah ruangan keperawatan perlu melakukan kegiatan koordinasi kegiatan unit yang menjadi tanggung jawabnya dan melakukan kegiatan evaluasi kegiatan penampilan kerja staf dalam upaya mempertahankan kualitas pelayanan pemberian asuhan keperawatan. Berbagai metode pemberian asuhan keperawatan dapat dipilih disesuaikan dengan kondisi dan jumlah pasien, dan kategori pendidikan serta pengalaman staf di unit yang bersangkutan (Arwani, 2005).

Peran dan fungsi kepala ruang menurut Marquis dan Huston (2012) sebagai berikut:

2.4.1 Perencanaan

Perencanaan dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan, sasaran, kebijaksanaan, dan peraturan-peraturan : membuat perencanaan jangka pendek dan jangka panjang untuk mencapai visi, misi, dan tujuan, organisasi, menetapkan biaya-biaya untuk setiap kegiatan serta merencanakan dan mengelola rencana perubahan.

2.4.2 Pengorganisasian

Pengorganisasian meliputi pembentukan struktur untuk melaksanakan perencanaan, menetapkan metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang paling tepat, mengelompokkan kegiatan untuk mencapai tujuan unit serta melakukan peran dan fungsi dalam organisasi dan menggunakan power serta wewenang dengan tepat.

2.4.3 Pengarahan

Pengarahan: mencakup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti motivasi untuk semangat, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kolaborasi.

2.4.4 Pengawasan

Pengawasan meliputi penampilan kerja, pengawasan umum, pengawasan etika aspek legal, dan pengawasan professional. Seorang manajer dalam mengerjakan kelima fungsinya tersebut sehari-hari akan bergerak dalam berbagai bidang penjualan, pembelian, produksi, keuangan, personalia dan lain-lain.

Pendapat yang lain mengenai peran dan fungsi kepala ruang sebagai manajer untuk menjalankan sesuai tugasnya menurut Donoghue & Nicholas, (2009) adalah : memiliki posisi yang ditugaskan dalam organisasi formal, memiliki legitimasi sumber kekuasaan sehubungan dengan otoritas yang didelegasikan sesuai posisinya, dapat melaksanakan fungsi, tugas dan tanggungjawab khusus, menekankan pada pengendalian, pengambilan keputusan, analisis keputusan dan hasil, dapat mempengaruhi orang, lingkungan, uang, waktu dan sumber lain untuk mencapai tujuan organisasi, memiliki tanggungjawab formal dan tanggung gugat terhadap rasionalitas dan pengendalian lebih besar daripada pemimpin serta dapat mengarahkan subordinatnya, baik diminta maupun tidak.

Sebagai manajer keperawatan, uraian tugas kepala ruang menurut Depkes RI (2008), adalah sebagai berikut:

- 2.4.2.1 Melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi: 1) Merencanakan jumlah dan kategori tenaga perawatan serta tenaga lain sesuai kebutuhan, 2) Merencanakan jumlah jenis peralatan perawatan yang diperlukan dan 3) Merencanakan dan menentukan jenis kegiatan/ asuhan keperawatan yang akan diselenggarakan sesuai kebutuhan pasien.

2.4.2.2 Melaksanakan fungsi pergerakan dan pelaksanaan, meliputi: 1) Mengatur dan mengkoordinasi seluruh kegiatan pelayanan di ruang rawat, 2) Menyusun dan mengatur daftar dinas tenaga perawatan dan tenaga lain sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan / peraturan yang berlaku (bulanan, mingguan, harian), 3) Melaksanakan program orientasi kepada tenaga keperawatan satu atau tenaga lain yang bekerja di ruang rawat, 4) Memberi pengarahan dan motivasi kepada tenaga perawatan untuk melaksanakan asuhan perawatan sesuai standar, 5) Mengkoordinasikan seluruh kegiatan yang ada dengan cara bekerja sama dengan sebagai pihak yang terlibat dalam pelayanan ruang rawat, 6) Mengenal jenis dan kegunaan barang peralatan serta mengusahakan pengadaannya sesuai kebutuhan pasien agar tercapainya pelayanan optimal.

Selain itu kepala ruang dalam melaksanakan fungsi pelaksanaan yakni : 1) menyusun permintaan rutin meliputi kebutuhan alat, obat, dan bahan lain yang diperlukan di ruang rawat, 2) Mengatur dan mengkoordinasikan pemeliharaan peralatan agar selalu dalam keadaan siap pakai, 3) mempertanggungjawabkan pelaksanaan inventaris peralatan, 4) melaksanakan program orientasi kepada pasien dan keluarganya meliputi tentang peraturan rumah sakit, tata tertib ruangan, fasilitas yang ada dan cara penggunaannya, 5) Mendampingi dokter selama kunjungan keliling untuk memeriksa pasien dan mencatat program, 6) mengelompokkan pasien dan mengatur penempatannya di ruang rawat untuk tingkat kegawatan, injeksi dan non injeksi, untuk memudah pemberian asuhan keperawatan.

Tugas kepala ruang yang lain adalah : mengadakan pendekatan kepada setiap pasien yang dirawat untuk mengetahui keadaan dan menampung keluhan serta membantu memecahkan masalah berlangsung, menjaga perasaan pasien agar merasa aman dan terlindungi selama pelaksanaan pelayanan berlangsung, memberikan penyuluhan kesehatan terhadap pasien / keluarga dalam batas wewenangnya, menjaga perasaan petugas agar merasa aman dan terlindungi selama pelaksanaan pelayanan berlangsung, memelihara dan mengembangkan sistem pencatatan data pelayanan asuhan keperawatan dan kegiatan lain yang dilakukan secara tepat dan benar, mengadakan kerja sama yang baik dengan

kepala ruang rawat inap lain, seluruh kepala seksi, kepala bidang, kepala instansi, dan kepala UPF di Rumah Sakit, menciptakan dan memelihara suasana kerja yang baik antara petugas, pasien dan keluarganya, sehingga memberi ketenangan.

Kepala ruang memberi motivasi tenaga nonkeperawatan dalam memelihara kebersihan ruangan dan lingkungan, meneliti pengisian formulir sensus harian pasien ruangan, memeriksa dan meneliti pengisi daftar permintaan makanan berdasarkan macam dan jenis makanan pasien kemudian memeriksa / meneliti ulang saat pengkajiannya, memelihara buku register dan bekas catatan medis, membuat laporan harian mengenai pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan serta kegiatan lain di ruangan rawat.

- 2.4.2.3 Melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian, meliputi: 1) Mengawasi dan menilai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditentukan, melaksanakan penilaian terhadap upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan di bidang perawatan, 2) Melaksanakan penilaian dan mencantumkan kedalam Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan Pegawai (D.P.3) bagi pelaksana keperawatan dan tenaga lain di ruang yang berada di bawah tanggung jawabnya untuk berbagai kepentingan (naik pangkat / golongan, melanjutkan sekolah) mengawasi dan mengendalikan pendayagunaan peralatan perawatan serta obat – obatan secara efektif dan efisien, 3) Mengawasi pelaksanaan system pencatatan dan pelaporan kegiatan asuhan keperawatan serta mencatat kegiatan lain di ruang rawat.

2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Peran dan Fungsi Kepala Ruang

Pelaksanaan peran dan fungsi kepala ruang dipengaruhi oleh banyak faktor. Secara teoritis ada 3 (tiga) kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku tersebut menurut Gibson, 1999; Ilyas, 2011 dan Simanjuntak, 2011, yaitu: 1). variabel individu, 2). variabel organisasi, 3). variabel psikologis.

Variabel individu meliputi karakteristik individu meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan lama kerja, mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu (Ilyas, 2011). Variabel organisasi menurut Gibson (1999) berefek tidak langsung terhadap kinerja individu. Kinerja setiap pekerja, kinerja unit-unit kerja dan kinerja perusahaan dapat ditingkatkan melalui dukungan organisasi. Dukungan organisasi dan pelaksanaan fungsi manajemen bertujuan untuk memberikan kemudahan, memfasilitasi dan mendorong semua pekerjaannya agar dapat menaikkan kinerjanya secara optimal (Simanjuntak, 2011).

Variabel psikologis menurut Gibson 1987 (dalam Ilyas, 2011) banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis merupakan hal yang kompleks, sulit diukur, dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya, dan keterampilan berbeda satu dengan yang lainnya.

Menurut Simanjuntak (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja kepala ruang adalah karakteristik, motivasi, kemampuan, keterampilan, persepsi, sikap serta lingkungan kerja. Adapun yang termasuk dalam karakteristik meliputi umur, pendidikan, tingkat pengetahuan, masa kerja, serta status.

Umur berpengaruh terhadap kinerja kepala ruang karena semakin berumur seseorang memiliki tanggung jawab moral dan loyal terhadap pekerjaan serta lebih terampil karena lama bekerja menjadi kepala ruang. Pendidikan berpengaruh terhadap kinerja karena semakin tinggi pendidikan yang ditempuh semakin banyak ilmu pengetahuan serta ketrampilan yang dimiliki oleh kepala ruang sehingga akan dapat membantu dalam meningkatkan kinerjanya (Sabarguna, 2006).

Tingkat pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja karena semakin tinggi tingkat pengetahuan yang diperoleh kepala ruang akan dapat membantu dalam menyelesaikan pekerjaannya sehingga dapat meningkatkan kinerjanya. Masa kerja berpengaruh terhadap kinerja karena semakin lama masa kerja seorang

perawat semakin banyak pengalaman yang diperolehnya dalam menyelesaikan pekerjaannya sehingga dapat meningkatkan kinerjanya. Status pekerjaan berpengaruh terhadap kinerja perawat karena semakin tinggi jabatan yang diembannya maka semakin tinggi motivasi dalam pekerjaannya sehingga akan dapat meningkatkan kinerja (Suarli & Bahtiar, 2011).

Motivasi juga mempengaruhi kinerja seseorang. Motivasi seseorang akan timbul apabila mereka diberi kesempatan untuk mencoba cara baru dan mendapat umpan balik dari hasil yang diberikan. Oleh karena itu penghargaan psikis dalam hal ini sangat diperlukan agar seseorang merasa dihargai dan diperhatikan serta dibimbing manakala melakukan suatu kesalahan (Simanjuntak, 2011).

2.6 Pendekatan Fenomenologi Dalam Penelitian Kualitatif

2.6.2 Definisi

Penelitian kualitatif merupakan pendekatan sistematis dan subjektif yang digunakan untuk menggambarkan dan memberikan arti pada pengalaman hidup (Lincoln & Guba, 1985, dalam Polit & Beck, 2010). Menurut Creswell (2003) riset kualitatif merupakan penelitian yang mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah dan subyektif yang digunakan untuk menggambarkan dan memberikan arti pada pengalaman hidup. Lebih lanjut Chan, (2010) menyatakan metode ini bertujuan untuk menggali persepsi atau pengertian yang mendalam dari sebuah peristiwa atau pengalaman hidup seseorang.

Pendekatan dalam penelitian kualitatif diantaranya adalah fenomenologi. Fenomenologi diartikan sebagai pengalaman subjektif atau pengalaman fenomenologikal atau suatu studi tentang kesadaran dari perspektif dari seseorang (Creswell, 2003). Istilah fenomenologi juga sering diartikan sebagai anggapan umum namun untuk menunjuk pada pengalaman subjektif dari berbagai jenis dan tipe subjek yang ditemui. Istilah fenomenologi juga mengacu pada penelitian terdisiplin tentang kesadaran dari perspektif pertama seseorang (Denzin & Lincoln, 2009).

Fenomenologi kadang-kadang digunakan sebagai pendekatan perspektif dan juga digunakan sebagai pendekatan dalam penelitian kualitatif. Fenomenologi memiliki riwayat yang cukup panjang dalam penelitian sosial termasuk psikologi, sosiologi, dan pekerjaan sosial. Selain itu fenomenologi juga merupakan pandangan berpikir yang menekankan pada fokus kepada pengalaman-pengalaman subjektif manusia dan interpretasi-interpretasi dunia (Moleong, 2010).

Ahli fenomenologi percaya bahwa kehidupan seseorang adalah berharga dan menarik, karena kesadaran seseorang tentang kehidupan tersebut. Ungkapan menjadi sesuatu di dunia (perwujudan) adalah suatu konsep tentang ketajaman ikatan fisik seseorang pada dunia mereka, seperti berfikir, melihat, mendengar, rasa, dan interaksi antara perasaan yang terus menerus pada tubuh mereka dengan dunia (Baptista, Merighi & Freitas, 2011).

Penelitian dalam pandangan fenomenologi berusaha memahami arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang yang berada dalam situasi tertentu (Moleong, 2010). Fenomenologi tidak berarti bahwa peneliti mengetahui arti sesuatu bagi orang-orang yang sedang diteliti, yang ditekankan oleh kaum fenomenologis ialah aspek subjektif dari perilaku seseorang. Tetapi peneliti berusaha untuk masuk ke dalam dunia konseptual para subjek yang ditelitinya sehingga mereka mengerti apa dan bagaimana suatu yang dikembangkan oleh mereka di sekitar peristiwa dalam kehidupannya sehari-hari (Streubert & Carpenter, 2003). Percakapan yang mendalam antara peneliti dan partisipan. Peneliti membantu partisipan untuk menggambarkan pengalaman hidup. Selanjutnya, dalam percakapan yang mendalam, peneliti berusaha menambahkan jalan kepada partisipan untuk mendapatkan akses penuh tentang pengalaman hidup mereka (Polit & Beck, 2010).

Penelitian kualitatif cenderung berorientasi fenomenologis, yakni menekankan pada segi subyektivitas. Peneliti kualitatif mempunyai tujuan mencoba memahami secara alamiah dan subyektif. Lebih lanjut Strauss dan Corbin menyatakan tujuan melakukan penelitian kualitatif minimal ada dua alasan yakni; 1) karena sifat masalah itu sendiri yang mengharuskan menggunakan penelitian kualitatif dan 2) karena penelitian yang dilakukan bertujuan untuk memahami apa yang

tersembunyi di balik fenomena yang kadang kala merupakan sesuatu yang sulit untuk dipahami atau diketahui (Moleong, 2010).

Pendekatan kualitatif diharapkan mampu menghasilkan suatu uraian mendalam tentang ucapan, tulisan dan perilaku yang dapat diamati dari suatu individu, kelompok, masyarakat atau organisasi tertentu dalam setting tertentu dari sudut pandang yang utuh, komprehensif dan holistik (Pringle, Drummond & Lafferty, 2011). Metode kualitatif berusaha mengungkap berbagai keunikan secara menyeluruh, rinci, dalam dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah (Jones, Sambrook & Irvine, 2009).

2.6.3 Teori Fenomenologi

2.6.3.1 Teori Fenomenologi Husserl

Fenomenologi yang dikembangkan oleh Husserl merupakan metoda untuk menjelaskan fenomena dalam kemurniannya, merupakan metode berpikir yang berdasarkan dari kebenaran fenomena, seperti yang tampak apa adanya (Basrowi & Sukidin, 2010). Suatu fenomena yang tampak sebenarnya merupakan refleksi realitas yang penuh (Dowling, 2007).

Husserl juga menyatakan bahwa fenomenologi mengungkapkan ketertarikan pada dunia seperti yang dialami manusia dengan konteks khusus, pada waktu khusus, lebih dari pernyataan abstrak tentang kealamiahannya dunia secara umum. Menurut perspektif fenomenologi, tidak masuk akal untuk berpikir/berpendapat bahwa dunia objek dan subjek terpisah dari pengalaman kita. Ini dikarenakan seluruh objek dan subjek pasti hadir kepada kita sebagai sesuatu, dan manifestasinya membentuk realitas pada suatu saat dan dimanapun berada. Penampilan suatu objek sebagai fenomena perseptual bervariasi menurut lokasi dan konteks, segi pandang subjek, dan terpenting, orientasi mental dari subjek (misalnya hasrat, kebijakan, penilaian, emosi, maksud dan tujuan). Inilah yang disebut intensionalitas. Makna bukan merupakan sesuatu yang ditambahkan pada persepsi, sebagai sesuatu yang dipikirkan sesudah persepsi.

Sebaliknya persepsi selalu bersifat intensional, oleh karena itu merupakan unsur konstitutif pengalaman itu sendiri. Akan tetapi pada waktu yang sama fenomenologi transendental mengakui bahwa persepsi kurang lebih dapat menyatu dengan ide-ide

atau keputusan-keputusan. Fenomenologi mengidentifikasi strategi-strategi yang dapat membantu putusan memokuskan diri “di mana letak kemurnian fenomenologi” dan memantulkan apa yang kita bawa serta pada aktivitas persepsi dengan merasa, berpikir, mengingat dan memutuskan. Hal ini merupakan implikasi metodologi fenomenologi

Husserl juga menyatakan bahwa ilmu positif memerlukan pendamping dari pendekatan filsafat fenomenologis dan kemudian merumuskan adanya empat aktivitas yang inheren dalam kesadaran yaitu: objektivitas, identifikasi, korelasi dan konstitusi (Moleong, 2010).

Metode ini merefleksikan pengalaman sosial-kesadaran akan diri kita sendiri yang berinteraksi dengan orang lain atau kehidupan sosial. Beberapa kata kunci dari Husserl adalah ;1) fenomena adalah realitas esensi, 2) pengamatan adalah aktivitas spiritual atau rohani, 3) kesadaran adalah sesuatu yang intensional (terbuka dan terarah pada objek), dan 4) substansi adalah konkret yang menggambarkan isi dan struktur kenyataan dan sekaligus bisa terjangkau (Basrowi & Sukidin, 2010).

2.6.3.2 Teori Fenomenologi Schutz

Menurut Schutz fenomenologi berupaya menghubungkan antara pengetahuan ilmiah dengan pengalaman sehari-hari dan dari kegiatan dimana pengalaman dan pengetahuan berakar. Fenomenologi merupakan bentuk idealisme yang tertarik pada struktur-struktur dan cara bekerjanya kesadaran manusia secara implisit meyakini bahwa manusia diciptakan atas dasar kesadaran. Fenomenologi diharapkan mampu mengidentifikasi masalah yang berasal dari pengalaman inderawi yang bermakna, suatu hal yang terjadi dan kemudian secara kolektif berinteraksi dengan kesadaran (Earle, 2010). Menurut Schutz manusia merupakan makhluk sosial sehingga kesadaran akan kehidupan sehari-hari adalah kesadaran sosial. Manusia dituntut saling memahami, bertindak, memberikan umpan balik dan pemahaman atas dasar pengalaman bersama (Chan, 2010).

2.6.4 Jenis Fenomenologi

Polit & Beck (2010) menyatakan bahwa terdapat dua jenis penelitian fenomenologi, yaitu fenomenologi deskriptif dan fenomenologi interpretif. Fenomenologi deskriptif

berfokus kepada penyelidikan fenomena, kemudian pengalaman yang seperti apakah yang terlihat dalam fenomena (fenomenologi deskriptif) dan bagaimana mereka menafsirkan pengalaman tersebut (fenomenologi interpretif). Tujuan dari penelitian fenomenologi adalah untuk menggambarkan secara penuh tentang pengalaman dan pengembangan persepsi. Terdapat empat aspek dalam fenomenologi yaitu; ruang kehidupan, kehidupan tubuh (memenuhi kebutuhan badaniah), usia (kesementaraan), kehidupan hubungan manusia (hubungan).

Menurut Creswell (2003) dan Streubert & Carpenter (2003) menyatakan jenis fenomenologi ada empat yakni: *descriptive phenomenologi*, *phenomenologi of essences*, *phenomenologi of appearances*, *constitutive phenomenologi* dan *reductive phenomenology*. Fenomenologi deskriptif, peneliti mendeskripsikan fenomena yang ada. Fenomenologi esensi (*phenomenologi of essences*), peneliti mencari tema-tema umum atau esensi dan menghasilkan pola-pola yang berhubungan dari tema utama. *Phenomenologi of appearances*, termasuk di dalamnya memberikan perhatian pada fenomena yang muncul. *Constitutive phenomenology* mempelajari fenomena setelah menjadi *constitute*. Sedangkan *reductive phenomenology* melalui investigasi fenomenologikal, peneliti melanjutkan asumsi untuk memperoleh deskripsi murni dari fenomena yang diteliti.

Walaupun terdapat sebuah metode interpretasi fenomenologi, sebuah penelitian fenomenologi deskriptif melibatkan empat tahap yaitu: (1) menggolongkan data, yang berarti proses mengidentifikasi dan memegang praduga kepercayaan dan pendapat yang ditangguhkan tentang fenomena yang diteliti; (2) intuisi, yang terbentuk ketika peneliti membuka arti sifat dari fenomena dari orang yang pernah mengalaminya; (3) analisa data, misalnya menyaring percakapan penting, mengkategorikan, dan membuat pengertian tentang hal-hal yang baru dari fenomena; (4) menggambarkan, yaitu tahap menggambarkan ketika peneliti mulai mengerti dan mengartikan fenomena (Denzin & Lincoln, 2009).

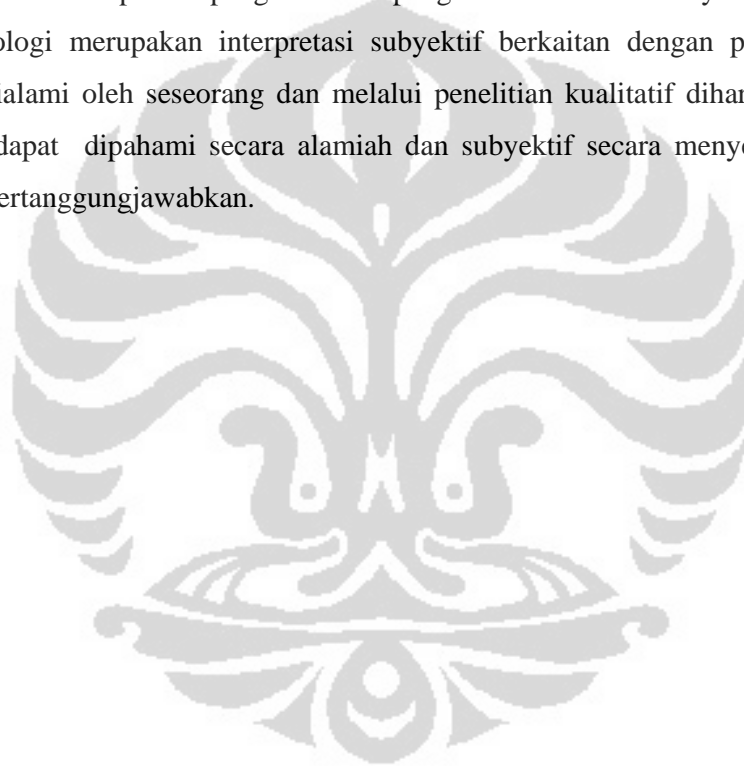
2.6.3 Ciri-ciri Pokok Fenomenologi

Ada beberapa ciri pokok fenomenologi yang dilakukan ahli fenomenologi menurut Moleong (2010) yaitu: 1) fenomenologis cenderung mempertentangkannya dengan naturalism yaitu objektivisme dan positivisme, 2) merupakan kesadaran tentang sesuatu

benda itu sendiri secara jelas dan berbeda dengan yang lainnya dan 3) fenomenologi cenderung percaya bukan hanya sesuatu benda yang ada di dalam dunia alam dan budaya.

Para ahli fenomenologi berasumsi bahwa kesadaran bukanlah dibentuk secara kebetulan tetapi terstruktur. Analisis fenomenologi berusaha untuk menguraikan, menginterpretasi dan memahami arti peristiwa dan pengalaman sebagai aspek subyektif dari perilaku seseorang (Chan, 2010).

Dengan demikian proses pengalaman dipengaruhi oleh memori yang tersimpan dan fenomenologi merupakan interpretasi subyektif berkaitan dengan pengalaman yang pernah dialami oleh seseorang dan melalui penelitian kualitatif diharapkan fenomena tersebut dapat dipahami secara alamiah dan subyektif secara menyeluruh, rinci dan dapat dipertanggungjawabkan.



BAB 3

METODE PENELITIAN

Pada bab ini peneliti memaparkan tentang desain penelitian, rekrutmen partisipan, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat bantu pengumpulan data, analisis data dan keabsahan data.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi bertujuan untuk memahami arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang yang berada dalam situasi tertentu (Creswell, 2003). Penelitian ini menggunakan metode fenomenologi deskriptif, yaitu berfokus pada penemuan fakta mengenai suatu fenomena sosial yang ditekankan pada usaha untuk memahami perilaku manusia berdasarkan perspektif informan (Streubert & Carpenter, 2003). Melalui pendekatan fenomenologi, penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran / deskriptif tentang suatu pengalaman hidup yang di lihat dari sudut pandang orang yang diteliti, untuk mamahami dan menggali pengalaman hidup yang di jalani (Moleong, 2010). Lebih lanjut Chan, (2010) menyatakan metode ini bertujuan untuk menggali persepsi atau pengertian yang mendalam dari sebuah peristiwa atau pengalaman hidup seseorang. Kealamiahn pengalaman yang dalam penelitian ini berupa pengalaman nyata yang dialami kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap.

Penelitian ini adalah fenomenologi yaitu penelitian yang berfokus pada penemuan fakta mengenai pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap. Fokus penelitian pengalaman hidup yang diteliti adalah pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap berdasarkan sudut pandang dan pengalaman mereka.

Peneliti melakukan langkah-langkah sesuai dengan kaidah fenomenologi diskriptif . Spiegelberg (1965, dalam Streubert dan Carpenter, 2003) mengidentifikasi tiga langkah dalam proses fenomenologi deskriptif, yaitu *intuiting*, *analyzing*, dan *describing*. Pada langkah pertama, *intuiting*, peneliti menyatu secara total dengan fenomena kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap dengan mempelajari berbagai literatur. Peneliti

menjadi alat pengumpulan data dan mendengarkan deskripsi pengelolaan ruang rawat inap yang diberikan kepala ruang selama wawancara berlangsung. Peneliti kemudian mempelajari data tentang pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap yang telah ditranskripkan dan ditelaah berulang-ulang.

Langkah kedua, *analyzing*, peneliti mengidentifikasi esensi fenomena pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antara elemen-elemen tertentu dengan fenomena tersebut. Selanjutnya pada langkah ketiga, *describing*, peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen atau esensi yang kritikal dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain dari pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap tersebut.

3.2 Partisipan

Pada penelitian ini partisipan yang diteliti adalah kepala ruang di ruang rawat inap RSUD Ambarawa. Partisipan dalam penelitian ini ditentukan dengan tehnik *purposive sampling*. *Purposive* sampling adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu penelitian dengan menentukan terlebih dulu kriteria yang akan dimasukkan dalam penelitian, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga bagi penelitian (Burn & Grove, 2010). Kriteria partisipan dalam penelitian ini yaitu : (1) berpengalaman sebagai kepala ruang di ruang rawat inap minimal tiga tahun; (2) bersedia menjadi partisipan dalam penelitian yang dibuktikan dengan menandatangani surat pernyataan persetujuan penelitian; (3) mampu mengungkapkan pengalaman dengan baik (Gillis & Jackson, 2002, dalam Maleong, 2010).

Partisipan pada penelitian ini kualitatif tergantung pada tercapainya saturasi data yakni ide yang ada dalam percakapan sudah dapat menjawab tujuan penelitian (Wood & Haber, 2010). Pendapat Chan (2010) jumlah partisipan yang akan diambil ditentukan oleh kualitas informasi yang diperoleh melalui proses wawancara dan tidak adanya informasi baru/ide baru yang diperoleh. Partisipan dalam penelitian ini sebanyak tujuh partisipan.

Prinsip dasar sampling dalam penelitian kualitatif adalah saturasi data, yaitu sampling sampai pada suatu titik kejenuhan dimana tidak ada informasi baru yang didapatkan dan

pengalaman telah dicapai (Polit & Beck, 2010). Wawancara berakhir setelah tidak ada lagi informasi baru dari partisipan (Luntley, 2010).

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Ambarawa Semarang. Alasan pemilihan tempat tersebut adalah atas pertimbangan: 1) sebagai rumah sakit yang sedang melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan khususnya manajemen di ruang rawat inap, 2) komitmen yang tinggi dari Direktur untuk meningkatkan mutu keperawatan di RSUD Ambarawa dan 3) sebagai *role model* kepala ruang karena RSUD Ambarawa merupakan lahan praktik mahasiswa keperawatan. Focus group discussion dilakukan di ruang diskusi keperawatan RSUD Ambarawa sedangkan wawancara mendalam di ruang kepala ruang Dahlia.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2012. Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari tiga tahap, yaitu: tahap persiapan, pelaksanaan, dan terminasi (jadwal terlampir).

3.4 Etika Penelitian

3.4.1 Prinsip Dasar Etika Penelitian

Peneliti berupaya untuk memenuhi tiga hak partisipan dalam penelitian (KNEPK, 2007) yang terdiri dari :

3.4.1.1 *Self Determination*

Hak pertama yaitu *self determination*, partisipan memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini. Partisipan bebas menentukan apakah ia akan berpartisipasi dalam penelitian atau tidak, tanpa paksaan dan sewaktu-waktu partisipan boleh mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Prinsip tersebut dalam penelitian ini adalah partisipan mempunyai kebebasan

untuk menentukan pilihan bila dalam penelitian berlangsung ingin menarik diri karena alasan tertentu.

Partisipan memiliki hak untuk dihargai tentang apa yang mereka lakukan dan apa saja yang dilakukan terhadap mereka dan untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka disampaikan kepada peneliti. Tempat, waktu dan cara pengambilan data dilakukan sesuai dengan keinginan partisipan untuk menghormati prinsip *self determination*. Sebelum mengumpulkan data dengan menggunakan alat perekam, peneliti terlebih dulu menanyakan ketersediaan partisipan untuk direkam. Selama penelitian, peneliti memberikan kesempatan untuk memilih waktu dan tempat yang diinginkan oleh partisipan.

Partisipan juga mempunyai hak *confidentially*, yaitu semua informasi yang didapatkan dari partisipan dijaga dengan sedemikian rupa sehingga hanya diketahui oleh peneliti. Tindakan ini dimaksudkan agar informasi individual tertentu tidak bisa langsung dikaitkan dengan partisipan. Peneliti menjamin kerahasiaan, peneliti menyimpan data pada tempat khusus dan hanya diketahui oleh peneliti sendiri. Rekaman digital wawancara disimpan dengan menggunakan kode angka tanpa menyebut nama. Rekaman kemudian ditransfer dalam komputer dengan kode yang sama dan disimpan dalam file khusus. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan analisis data sampai penyusunan laporan penelitian disusun. Peneliti menggunakan data tersebut tanpa mengungkapkan identitas partisipan (*anonymous*) dalam penyusunan laporan penelitian.

Ketika partisipan terlihat tidak memahami pertanyaan, maka peneliti mengulang atau mengurai pertanyaan lebih rinci. Peneliti menggunakan panduan dalam wawancara dan FGD agar terarah berdasarkan tujuan penelitian yang ditetapkan. Peneliti mengembangkan pertanyaan sesuai dengan proses yang berlangsung untuk mendapatkan data yang lebih mendalam dari partisipan.

3.4.1.2 *Justice*

Hak terhadap penanganan yang adil adalah hak yang kedua, yaitu memberikan individu hak yang sama untuk dipilih untuk terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi dan diberikan penanganan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang telah disepakati. Peneliti memperlakukan setiap partisipan dengan moral yang benar dan pantas

serta memberikan hak partisipan sebagaimana mestinya. Peneliti juga menjamin bahwa partisipan mendapat penanganan yang adil selama penelitian berlangsung. Partisipan diberikan pilihan waktu yang sama. Semua partisipan memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan mendapatkan perlakuan yang sama dan seimbang baik beban maupun manfaat dari keikutsertaan partisipan dalam penelitian.

3.4.1.3 *Beneficence dan Maleficence*

Hak ketiga adalah hak untuk mendapatkan perlindungan atas ketidaknyamanan dan kerugian. Hak ini dilakukan peneliti dengan cara melindungi partisipan dari eksploitasi dan peneliti menjamin bahwa semua usaha akan dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian dari suatu penelitian, serta memaksimalkan manfaat dari penelitian tentang pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap. Peneliti juga menjamin bahwa partisipan mendapat penanganan yang bebas dari ketidaknyamanan dan kerugian. Peneliti sudah menjelaskan dalam lembar persetujuan bahwa tidak ada kerugian maupun bahaya yang mungkin timbul terhadap partisipan, dan peneliti menjamin kerahasiaan status partisipan. Peneliti juga telah menjelaskan manfaat dari penelitian ini dan memberikan keleluasaan bagi partisipan untuk memilih berhenti dalam berpartisipasi jika mengalami ketidaknyamanan dalam penelitian ini.

3.4.2 **Prosedur Sebelum Penelitian**

Pendekatan *consensual decision making* atau yang disebut dengan proses *informed consent* dilakukan oleh peneliti untuk memenuhi tiga hak dalam etika penelitian ini. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi kesediaan partisipan untuk berpartisipasi dalam proses penelitian (Streubert & Carpenter, 2003). Maksud dari *informed consent* adalah agar partisipan membuat keputusan yang dipahami dengan benar berdasar informasi yang tersedia dalam dokumen informen, prosedur penelitian, dan *informed consent* (KNEPK, 2007).

Peneliti mendatangi satu persatu partisipan di ruangnya masing-masing. Peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian di lakukan yaitu untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman partisipan dalam mengelola ruang rawat inap. Peneliti juga menjelaskan tentang manfaat penelitian bagi partisipan. Peneliti menanyakan kesediaan calon partisipan untuk ikut dalam penelitian ini. Jika

calon partisipan bersedia, maka peneliti menanyakan waktu dan tempat untuk melakukan pengumpulan data. Peneliti kemudian memberikan *informed consent* untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah partisipan menyatakan persetujuannya, partisipan dipersilahkan menandatangani *informed consent*.

Peneliti dalam melakukan penelitian ini mentaati prinsip-prinsip legal atau aspek formal yang berhubungan dengan aturan akademik tentang prosedur penyusunan tesis dan prosedur perizinan penelitian. Prosedur penyusunan tesis diawali dengan penyusunan proposal penelitian kemudian diseminarkan di hadapan penguji. Prosedur perizinan ditempuh dengan mengajukan surat permohonan melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kepada Direktur RSUD Ambarawa (cq bagian Bidang Keperawatan) dengan melampirkan proposal penelitian. Setelah memperoleh ijin tertulis dari Direktur RSUD Ambarawa, peneliti melakukan penelitian di RSUD Ambarawa tersebut.

3.5 Metode dan Alat Pengumpulan Data

3.5.1 Metode Pengumpulan Data

Metode yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *in depth interview* dan *focus group discussion* (FGD). *Focus group discussion* atau FGD merupakan diskusi kelompok terfokus yang lazim digunakan dalam penelitian kualitatif sosial (Jones, Sambrook & Irvine, 2009). Justifikasi utama penggunaan FGD ini adalah memperoleh data/informasi yang kaya akan berbagai pengalaman sosial dari interaksi para individu yang berada dalam suatu kelompok individu (Afiyanti, 2008). Metode FGD banyak digunakan oleh para peneliti untuk mengeksplorasi suatu rentang fenomena pengalaman hidup dalam interaksi dengan kelompok (Dowling, 2007). Metode FGD merupakan metode yang memiliki tingkat *high face validity* dan secara umum berorientasi pada prosedur penelitian (Lehoux, Poland & Daudelin, 2006; dalam Afiyanti, 2008).

Wawancara mendalam dilakukan untuk pertanyaan yang sifatnya *privacy*. Pelaksanaan wawancara mendalam disesuaikan dengan kesepakatan partisipan baik waktu maupun tempat wawancara. Sedangkan pelaksanaan FGD menggunakan wawancara semi struktur kepada suatu kelompok dengan seorang moderator yang memimpin diskusi dengan tatanan informal dan bertujuan mengumpulkan data atau informasi tentang topik tertentu

(Afiyanti, 2008). Satu kelompok diskusi dapat terdiri dari empat sampai delapan individu yang memiliki karakteristik bervariasi (Jones, Sambrook & Irvine, 2009).

FGD dilakukan selama kurang lebih 120 menit dan wawancara mendalam 60-90 menit, menggunakan panduan pedoman pertanyaan. Topik pertanyaan didasarkan pada tujuan penelitian dan konsep pengelolaan ruang rawat inap.

3.5.2 Alat pengumpulan Data

Peneliti merupakan alat utama dalam penelitian kualitatif, sedangkan alat pengumpul data merupakan alat bantu bagi peneliti untuk menghimpun data penelitian yang merupakan sarana yang sangat penting. Sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Oleh karena itu peran peneliti sebagai instrumen penelitian sangat penting artinya dalam konteks pengamatan berperan serta (Lofland & Lofland, 1984, dalam Moleong, 2010).

Instrumen/ alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu: panduan pertanyaan, alat tulis, alat perekam dan kamera digital. Alat perekam digunakan untuk merekam percakapan selama FGD dan wawancara mendalam. Kamera digital digunakan untuk merekam respon non verbal dari partisipan.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dari partisipan dilakukan dengan melalui beberapa tahap yakni: tahap persiapan, pelaksanaan dan terminasi.

3.6.1 Tahap Persiapan

Penelitian ini diawali dengan memperoleh izin pelaksanaan penelitian dari pembimbing di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan izin dari Direktur RSUD Ambarawa sebagai tempat penelitian.

Peneliti selanjutnya menemui partisipan untuk melakukan pendekatan dan *informed consent* untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Sebelum pengambilan data, peneliti membina hubungan saling percaya agar mempermudah proses wawancara. Proses tersebut juga sebagai awal peneliti melengkapi data demografi partisipan. Data demografi yaitu nama, umur, pendidikan, ruangan

tempat dinas dan lamanya menjadi kepala didapatkan dari Bidang Keperawatan. Peneliti melakukan uji coba FGD terlebih dahulu sebelum dilaksanakannya penelitian pada tanggal 19 April 2012 bertempat di ruang kepala ruang ICU. Uji coba dilakukan pada kepala ruang OK, IGD dan Kebidanan yang tidak menjadi partisipan dalam penelitian ini tetapi memiliki kriteria yang sama dengan partisipan yakni: mempunyai pengalaman menjadi kepala ruang minimal 3 tahun.

Pada uji coba ini peneliti mulai untuk membiasakan melakukan *bracketing*, yaitu mensuspensi perasaan, pengetahuan dan pemikiran untuk menghindari judgemental terhadap kepala ruang agar keluasan informasi dari partisipan tersebut dapat tercapai (Streubert & Carpenter, 2003). Peneliti mengosongkan pikiran dari ilmu yang didapatkan sebelumnya. Peneliti juga berlatih mengajukan pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan

3.6.2.1 Fase Orientasi

FGD dilakukan pada tanggal 26 April 2012 bertempat di ruang diskusi bidang keperawatan RSUD Ambarawa. Peneliti mulai melakukan FGD pertama untuk mendapatkan pengalaman dari tujuh partisipan. Partisipan duduk secara melingkar dengan jarak tempat duduk antar partisipan kurang lebih 30 cm, peneliti sebagai moderator berada di ujung tengah meja diskusi. Peneliti menggunakan panduan/script wawancara untuk mengarahkan partisipan menceritakan pengalamannya. Pengambilan data dibantu oleh asisten untuk merekam suara dan gambar selama proses FGD berlangsung.

Peneliti memperkenalkan diri kepada partisipan untuk memperlancar proses penelitian dan membina hubungan saling percaya. Peneliti berusaha agar partisipan rileks dan terlihat siap untuk proses FGD. Peneliti memberi pengertian kepada partisipan tentang pentingnya informasi yang diberikan dan informasi yang disampaikan oleh partisipan tidak ada yang salah dan benar.

Peneliti melakukan wawancara mendalam untuk pertanyaan yang belum tergali dalam FGD dan hanya pada partisipan tertentu saja. Kontrak tempat dan waktu dilakukan setelah FGD.

3.6.2.2 Fase Kerja

Setelah peneliti yakin bahwa partisipan merasa akrab dan terjalin hubungan saling percaya dengan peneliti, maka fase kerja dimulai. Selanjutnya peneliti memberikan beberapa pertanyaan terbuka dari yang bersifat umum sampai pertanyaan mendalam agar dapat menggali lebih luas dan mendalam tentang pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap.

Peneliti mengembangkan pertanyaan sesuai dengan proses FGD yang berlangsung untuk mendapatkan data yang lebih mendalam. Peneliti memanfaatkan rekaman gambar respon non verbal dari kamera digital. FGD berlangsung kurang lebih 140 menit, lebih lama 20 menit dari waktu yang direncanakan. Pertanyaan yang belum tergali melalui FGD dilanjutkan dengan wawancara mendalam pada partisipan tertentu.

Wawancara mendalam dilakukan pada Partisipan 2 dan 5 pada tanggal 28 April 2012. Tempat dilakukannya wawancara mendalam di ruang kepala ruang Dahlia.

3.6.2.3 Fase Terminasi

Terminasi dilakukan setelah kelengkapan dan kedalaman data sudah didapatkan. Terminasi dilakukan dengan mengucapkan terima kasih, memberikan *reinforcement positive* dan membuat kontrak bertemu kembali dengan partisipan untuk klarifikasi.

3.6.3 Tahap Terminasi

Tahap terminasi dilakukan setelah validasi hasil transkrip wawancara. Peneliti memberikan hasil verbatim dan hasil rekaman kepada partisipan untuk disesuaikan. Partisipan diminta untuk mengkonfirmasi tema-tema yang dibuat sementara oleh peneliti. Peneliti memberikan kesempatan partisipan untuk melakukan verifikasi atau koreksi dari data yang diperoleh pada wawancara pertama. Partisipan melakukan verifikasi/konfirmasi, memperluas dan menambah deskripsi mereka

dari pengalaman-pengalaman mereka untuk lebih menambah keakuratan data dari hasil studi (Streubert & Carpenter, 2003). Peneliti menunjukkan tabel analisis tema dan kategori dan memperlihatkan pada bagian transkrip mana kategori tersebut dimunculkan. Setelah itu peneliti menyatakan bahwa penelitian telah selesai dan peneliti mengucapkan terimakasih pada seluruh partisipan atas kesediaan dan kerjasama yang telah diberikan.

3.7 Analisis Data

3.7.1 Pengumpulan Data

Transkrip yang dikumpulkan selama penelitian kualitatif adalah hasil wawancara dengan menggunakan *focus group discussion* dan wawancara mendalam beserta rekaman respon non verbal dari partisipan. Menurut Polit dan Beck (2010), sebelum data dianalisis, peneliti harus sangat mengenal data yang dikumpulkan. Proses ini dilakukan peneliti dengan membaca catatan lapangan dan transkrip berulang kali sampai peneliti dapat menyelami data dengan baik.

3.7.2 Analisa Data

Menurut Moleong (2010) analisis data dalam penelitian kualitatif berlangsung sinergis dengan prosedur pengumpulan data atau dengan kata lain saling tumpang tindih. Peneliti dituntut mampu berpikir kritis untuk sekaligus melakukan analisis terhadap data yang sedang diperoleh selama prosedur pengumpulan data.

Teknik yang digunakan dalam analisis data penelitian ini yaitu menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 2003) sebagai berikut :

- 3.7.2.1 Menggambarkan pengalaman hidup yang diteliti.
- 3.7.2.2 Mengumpulkan gambaran partisipan tentang pengalaman hidup tersebut dengan cara membuat transkrip data.
- 3.7.2.3 Membaca seluruh gambaran partisipan tentang pengalaman hidup tersebut.
- 3.7.2.4 Memilih pernyataan yang signifikan dan membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan.
- 3.7.2.5 Mengartikulasikan makna dari setiap pernyataan yang signifikan.
- 3.7.2.6 Mengelompokkan makna-makna ke dalam kelompok tema.

3.7.2.7 Menuliskan suatu gambaran pengalaman yang mendalam.

3.7.2.8 Memvalidasi makna tersebut dengan partisipan.

3.7.2.9 Menggabungkan data yang muncul selama validasi kedalam deskripsi final mendalam.

Peneliti menerapkan proses tersebut di atas dengan melakukan kegiatan sebagai berikut: (1) menyusun studi literatur tentang teori dan hasil penelitian yang terkait dengan pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap; (2) melakukan wawancara dan menyusun catatan lapangan selama wawancara; (3) membaca berulang-ulang transkrip yang disusun berdasar FGD dan catatan lapangan; (4) memilih catatan yang bermakna dan terkait dengan tujuan penelitian; (5) menyusun kategori berdasarkan kata kunci yang terdapat dalam pernyataan tersebut dalam tabel pengkategorian awal; (6) menyusun tabel kisi-kisi tema yang membuat pengelompokan kategori kedalam sub tema, tema dan kelompok tema; (7) menuliskan tema hasil penelitian kepada pada partisipan; dan (8) menyusun suatu gambaran akhir dari pengalaman individu berupa hasil penelitian (Creswell, 2003).

Langkah pertama dalam analisa data yakni dengan membaca transkrip berupa deskripsi informasi dari partisipan secara berulang-ulang sampai memperoleh pemahaman yang sama dengan pandangan partisipan. Peneliti selanjutnya mengidentifikasi kata kunci dengan memahami setiap kalimat yang terdapat dalam transkrip dan memberi tanda berupa garis bawah pada kata-kata yang merupakan kata kunci dari masing-masing pemahaman arti.

Langkah berikutnya yaitu mengambil arti dari kata kunci yang merujuk pada pernyataan partisipan untuk merumuskan kategori. Kategori yang serumpun dikelompokkan ke dalam sub tema. Sub tema yang serumpun diorganisasikan ke dalam tema. Selanjutnya peneliti menunjukkan kisi-kisi tema pada masing-masing partisipan untuk memperoleh validasi. Peneliti pada akhirnya mengintegrasikan semua hasil penelitian ke dalam suatu narasi yang menarik dan mendalam sesuai dengan topik penelitian (Denzin & Lincoln, 2009).

3.8 Keabsahan Data

Syarat penting dalam analisis data penelitian ini yaitu peneliti perlu menjamin keabsahan/kejujuran saat mengambil data (*trustworthiness*) melalui prinsip validitas dan reliabilitas data yang telah diperoleh. Prinsip keabsahan data dalam penelitian kualitatif menurut Streubert dan Carpenter, (2003) berdasarkan kriteria: *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*.

3.8.1 Credibility

Kredibilitas (*credibility*) merupakan suatu tujuan untuk menilai kejujuran dari temuan penelitian kualitatif. Hal ini dapat dicapai melalui konfirmasi dan klarifikasi terhadap partisipan. Kredibilitas dilakukan dengan cara, peneliti mengembalikan transkrip yang telah dibuat kepada setiap partisipan untuk melakukan verifikasi keakuratan transkrip. Partisipan membacanya dan bila mengungkapkan bahwa transkrip penelitian memang benar-benar sesuai pengalaman dirinya sendiri, maka transkrip dianggap mempunyai kredibilitas.

3.8.2 Transferability

Keteralihan (*transferability*), kemampuan untuk mentransfer suatu kesimpulan pada *setting* tertentu. *Transferability* merupakan validitas eksternal dimana menunjukkan derajat ketepatan atau hasilnya dapat diterapkan ke populasi dimana sampel tersebut diambil. Validitas tersebut menghasilkan deskripsi yang padat dan dapat digunakan pada setting lain dengan konsep yang sama. Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian dan dapat diterapkan, maka peneliti membuat laporan serta mendiskusikannya dengan pembimbing. Hasil diskusi ini disusun dengan uraian rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Bila pembaca laporan penelitian memperoleh gambaran yang jelas, dan memutuskan dapat mengaplikasikan di tempat lain, maka laporan tersebut telah memenuhi standar *transferability* (Moleong, 2007). Generalisasi pada penelitian ini bersifat lokal (Creswell, 2003).

3.8.3 Dependability

Kebergantungan (*dependability*), bermakna sebagai reliabilitas atau kestabilan data dari masa ke masa dan kondisi ke kondisi. Salah satu teknik mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seseorang penelaah eksternal (Polit &

Beck, 2010). Penelaah yang dilibatkan adalah pembimbing penelitian selama melakukan penelitian dan menyusun tesis.

Peneliti melakukan suatu analisis data terstruktur dan berupaya untuk menginterpretasikan hasil penelitian dengan baik sehingga peneliti lain akan dapat membuat kesimpulan yang sama dalam menggunakan perspektif, data mentah dan dokumen analisis penelitian yang sedang dilakukan.

3.8.4 *Confirmability*

Kepastian (*confirmability*), bermakna obyektifitas atau netralitas / konsistensi data. Pendapat lainnya kepastian adalah tercapainya kesepakatan/persetujuan dari beberapa orang terhadap pandangan, pendapat relevansi dan arti data (Creswell, 2003).

Penelitian dikatakan objektif bila hasil penelitian telah disepakati banyak orang. Uji *confirmability* dalam penelitian kualitatif mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan menunjukkan dan mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkategorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing penelitian. Kemudian bersama-sama menentukan analisis tematik hasil penelitian (Streubert & Carpenter, 2003).

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang hasil dan temuan-temuan dalam penelitian yang telah dilaksanakan pada 7 partisipan yaitu kepala ruang di RSUD Ambarawa dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Peneliti menjelaskan lebih lanjut dalam bab ini tentang karakteristik partisipan dan tema-tema yang muncul setelah proses analisis data dilakukan, sebagai hasil dari penelitian ini.

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah tujuh partisipan dengan menggunakan metode FGD dan dilanjutkan wawancara mendalam dengan dua partisipan. Rata-rata usia partisipan adalah 41 tahun, usia kepala ruang termuda adalah 34 tahun dan usia kepala ruang tertinggi adalah 56 tahun. Semua partisipan tinggal di wilayah kabupaten Semarang. Pendidikan partisipan terendah adalah 4 orang berpendidikan DIII (57%) dengan rata-rata pengalaman menjadi kepala ruang 18 tahun. Partisipan dengan jenjang pendidikan tertinggi hanya 1 orang (14%) yakni berpendidikan S1 dengan Ners dengan pengalaman menjadi kepala ruang 5 tahun. Sedangkan 2 orang partisipan (28%) berpendidikan S1 Keperawatan dengan pengalaman menjadi kepala ruang 8 tahun. Secara keseluruhan rata-rata pengalaman partisipan menjadi kepala ruang adalah 10 tahun. Pengalaman kepala ruang tertinggi adalah 30 tahun sedangkan yang terendah adalah 5 tahun. Mayoritas kepala ruang atau sebanyak 4 orang (57%) berjenis kelamin perempuan dan 43% adalah laki-laki.

4.2 Hasil Penelitian

Bab ini secara rinci menjelaskan berbagai tema yang teridentifikasi dari hasil *focus group discussion* dan wawancara mendalam. Sebanyak 5 tujuan utama memaparkan tentang berbagai gambaran arti dan makna pengalaman partisipan dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa. Pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat yakni meliputi: (1) gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini di ruang rawat inap, (2) persepsi kepala ruang dalam menjalankan fungsi manajemen, (3) hambatan yang ada dalam mengelola ruang rawat inap, (4) dukungan yang diperoleh kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap, dan (5) harapan kepala ruang terhadap pimpinan atau atasan langsung agar perannya optimal.

Hasil penelitian ini menghasilkan 15 tema yang selanjutnya tema-tema tersebut dilanjutkan menjadi sub tema berdasarkan tujuan penelitian. Berdasarkan tujuan tersebut peneliti menjabarkan dalam tema dan subtema sebagai berikut:

4.2.1 Gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini di ruang rawat inap.

Gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini di ruang rawat inap terdiri dari 2 tema yaitu **kepala ruang mempunyai tugas dan tanggungjawab yang berat dan kepala ruang dibantu banyak pihak.**

4.2.1.1 Tema 1: Kepala ruang mempunyai tugas dan tanggungjawab yang berat

Tema 1 terdiri dari 2 subtema yakni **bertanggungjawab kepada berbagai pihak dan tugas kepala ruang banyak.**

4.2.1.1.1 Subtema bertanggungjawab kepada berbagai pihak

Kepala ruang bertanggungjawab kepada berbagai pihak meliputi direktur dan bidang keperawatan. Empat Partisipan menyatakan tugas dan tanggungjawabnya berat, seperti digambarkan partisipan berikut ini:

“...sesuai aturannya banyak...dimarahi direktur juga...”(P1)

“...berat...soalnya baru pindahan lokasi ruangnya...banyak yang harus diurus...”(P4)

“...amanah yang harus dipertanggungjawabkan saya kerjakan sebaik-baiknya...kerjanya banyak..”(P5)

“...kalau dipikir dan dirasakan berat lho dipertanggungjawabkan bidang keperawatan...”(P6)

4.2.1.1.2 Subtema tugas kepala ruang banyak

Kepala ruang sebagai manajer lini mempunyai uraian tugas yang banyak. Uraian tugas tersebut menurut Partisipan sudah ditetapkan dari bidang keperawatan. Berikut ungkapan partisipan:

“...tugasnya banyak...uraiannya 22...”(P1)

“...tupoksi yang 22...”(P4)

“...banyak peran dan fungsi...”(P6)

4.2.1.2 Tema 2: kepala ruang dibantu banyak pihak

Tema 2 dijabarkan dalam 2 subtema yakni **kerjasama dengan tim dan koordinasi dengan berbagai pihak.**

4.2.1.2.1 Subtema kerjasama dengan tim

Kerjasama dengan tim dilakukan oleh kepala ruang dalam melakukan asuhan keperawatan di ruangan, seperti yang disampaikan partisipan berikut ini:

“...askepnya sudah ada timnya...”(P3)
 “...saya dilapori katim tentang pasien...”(P5)

4.2.1.2.2 Subtema koordinasi dengan berbagai pihak

Koordinasi dengan berbagai pihak dilakukan kepala ruang dengan kepala ruang lain dan bidang keperawatan. Hal ini seperti yang disampaikan partisipan berikut ini:

“...mengkoordinasikan secara administrative...bidang keperawatan...”(P5)
 “...komunikasi dengan karu lain...pasiennya...”(P6)
 “...dibicarakan bersama keperawatan...”(P7)

4.2.2 Persepsi kepala ruang dalam menjalankan fungsi manajemen

Persepsi partisipan dalam menjalankan fungsi manajemen terdiri dari lima tema yang dijabarkan dalam subtema-subtema. Tema-tema tersebut meliputi: perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengawasan. Masing-masing tema akan dijabarkan dalam subtema sebagai berikut:

4.2.2.1 Tema 3: Perencanaan

Subtema dari perencanaan terdiri dari **visi dan misi, kebutuhan alat dan barang serta merencanakan SDM**. Berikut penjelasannya:

4.2.2.1.1 Visi dan misi

Sebagian besar partisipan yakni empat partisipan menyatakan di ruangan yang mereka pimpin sudah mempunyai visi dan misi ruangan seperti yang disampaikan oleh Partisipan 1, 3, 5 dan 7.

“...Visi dan misi di ruang cempaka sudah ada...kemarin untuk akreditasi sudah disosialisasi...”(P1)
 “...mulai menyusun visi misi di ruang...”(P3)
 “...visi misi sebenarnya kita ngikut visi misi dari rumah sakit sama keperawatan...”(P5)
 “...misi ruangan memang kemarin sudah ada perubahan dari keperawatan sudah disetujui kemudian sosialisai setiap hari...”(P7)

Pendapat berbeda di sampaikan oleh Partisipan 2 yakni visi misi sudah ditetapkan oleh bidang keperawatan :

“...mestinya dari bawah ke atas visi misinya...”(P2)

4.2.2.1.2 Kebutuhan alat dan barang

Semua Partisipan sudah melakukan perencanaan terkait kebutuhan alat dan barang yang diperlukan di ruangan. Kebutuhan alat dan barang ini meliputi barang habis pakai, kebutuhan rutinitas tiap bulan, alat yang rusak, kertas cm dan obat-obatan *emergency*.

“...mengajukan barang habis pakai, cm, alat yang rusak gitu... penambahan alat-alat mahal biasanya lama sampai setahun...”(P1)

“...perencanaan barang alat dan sebagainya lewat bidang masing-masing mengajukannya...”(P2)

“...Perencanaan di ruang terutama di ruang melati pengadaan alat kita sudah rencanakan dan sebagai rutinitas... pengadaan alat kebutuhan...”(P3)

“...setiap bulan kita membuat usulan alat habis pakai...”(P4)

“...merencanakan kebutuhan alat yang dibutuhkan pasien... mulai perencanaan alat... alat-alat yang lama bisa diganti dengan yang lebih canggih dan baru...”(P5)

“...mengusulkan kebutuhan habis pakai alat yang rusak...”(P6)

“...saya buat perencanaan alat kertas cm yang habis setiap bulannya dan obat-obatan *emergency*...”(P7)

4.2.2.1.3 Merencanakan SDM

Kepala ruang membuat perencanaan tenaga dengan menghitung berdasarkan rumus kemudian mengusulkan ke bidang keperawatan. Kepala ruang juga mengajukan perencanaan pengembangan dan peningkatan skill perawat. Berikut diungkapkan oleh P2, P3, P4, P5 dan P7:

“...dimulai dari perencanaan banyak merencanakan tenaga... inventarisasi pengembangan sumber daya...pengajuan ijin sekolah...”(P2)

“...seperti apa ketenagaan sudah kata hitung riilinya...”(P3)

“...usulan untuk sekolah...”(P4)

“...perencanaan SDM... pengembangan SDM seperti diklat pelatihan workshop dan seminar”(P5)

“...peningkatan skill perawat memang ada setiap tahun...”(P7)

4.2.2.2 Tema 4: Pengorganisasian

Pengorganisasian dijabarkan dalam lima sub tema yakni: **peran dan fungsi kepala ruang, kerjasama, struktur organisasi, pembagian tugas dan pasien, dan metode penugasan.**

4.2.2.2.1 Subtema Peran dan fungsi kepala ruang

Subtema peran dan fungsi kepala ruang merupakan rangkaian dari kategori sebagai berikut: tugas pokok kepala ruang dan wewenang kepala ruang. Tugas pokok kepala ruang terdiri dari kepala ruang melayani satu unit keperawatan, tupoksi dan uraian tugas.

Partisipan menyatakan bahwa kepala ruang mempunyai banyak tugas dalam mengelola ruang rawat. Lima partisipan dalam penelitian ini memberikan gambaran terkait tugas yang sudah dilaksanakannya.

“...kepala ruang melayani suatu lingkup unit pelayanan keperawatan terus tugasnya ya banyak...tugas ada uraiannya 22...”(P1)

“...peran dan fungsi...menjalankan tugas dan kewajiban di ruangan...koordinasi dengan bagian yang lain...”(P2)

“...tupoksi yang 22 itu...”(P4)

“...seperti tugas kita itu banyak ada 22 di SK uraiannya banyak...”(P6)

“...melakukan tugas yang ada di tupoksi...”(P7)

Wewenang merupakan tugas kepala ruang yang harus dipertanggungjawabkan. Kepala ruang dalam menjalankan tugas dan kewajibannya di ruangan melakukan koordinasi dengan bagian yang lain. Partisipan 6 dan 7 menyatakan kepala ruang mempunyai tanggung jawab dan wewenang dalam mengelola ruang rawat.

“...tugas dan wewenang yang nantinya dipertanggungjawabkan ke bidang keperawatan dan direktur...”(P6)

“...berkoordinasi dan melaporkannya pada bidang keperawatan...”(P7)

4.2.2.2.2 Subtema Kerjasama

Kategori dari sub tema kerjasama adalah berhubungan dengan bagian lain. Pendapat ini dikemukakan oleh Partisipan 2 dan 5 tentang kerjasama dalam pengorganisasian di ruangan. Berikut pendapat mereka:

“...manajer ruangan saya sendiri yang melakukannya karena saya harus berhubungannya dengan direktur dokter karu ruangan lain bidang keperawatan dan lain-lain yang di atas...”(P2)

“...sifatnya manajerial biasanya ya saya sendiri yang melakukannya karena hubungannya dengan ruangan lain bidang keperawatan dan ke direktur...”(P5)

4.2.2.2.3 Subtema Struktur Organisasi

Struktur organisasi ruangan ditentukan oleh bidang keperawatan sedangkan penunjukkan personel yang mendudukinya dilakukan oleh partisipan melalui rapat atau diskusi dengan staf di ruangan. Berikut ungkapannya:

“...struktur organisasi yang buat keperawatan kita tinggal melaksanakan dengan mengisi nama-namanya... sosialisasi dulu apa itu ada rapat musyawarah yang masuk siapa kita yang akan dimunculkan siapa ya diskusikan...”(P1)

“...kita yang mengusulkan kemudian keperawatan meng SK kan untuk struktur organisasi sudah ditempel di ruangan dan sudah dilaksanakan...”(P3)

“...menginduk dari bidang keperawatan begitu pula dengan struktur organisasinya...”(P4)

“...strukturnya dari bidang keperawatan kita isi nama-namanya kita kembalikan ke keperawatan untuk di SK kan Pelaksanaannya di ruangan sudah sesuai dengan yang ada di struktur itu...”(P7)

4.2.2.2.4 Subtema Pembagian Tugas dan Pasien

Pembagian tugas dan pasien terdiri dari kategori dekripsi tugas kepala ruang dan katim. Kepala ruang juga melakukan tugas membagi pasien dalam tim. Berikut ungkapan dari Partisipan:

“...visit dokter ketergantungan pasien di situ saya nilai...kadang juga pas tindakan ganti balut injeksi sekalian merapikan tempat tidur kita bisa melihat langsung ke pasien jadi bisa menentukan tingkat ketergantungannya...”(P1)

“...uraian tugas karu sampai katim sampai perawat pelaksana...diaktifkan dipacu terutama yg pagi pelaksanaan kita pantau kita sudah berusaha melakukan alat sudah kita set untuk 2 tim berjalan katim 1 dengan anggota tim 1 mereka sudah jalan sendiri-sendiri dengan pembagian pasien sendiri-sendiri biar enak pembagian pasien saya coba dengan blok kanan dan blok kiri...”(P3)

“...dalam tim sendiri sudah jelas pembagian pasiennya tapi pada saat situasi sibuk ya akhirnya mana yang bisa ya langsung menangani pasien yang membutuhkan...”(P6)

4.2.2.2.5 Subtema Metode Penugasan

Partisipan menyatakan metode penugasan yang dilaksanakan saat ini berdasarkan aturan yang sudah ditetapkan oleh bidang keperawatan yakni metode tim. Pendapat ini berdasarkan ungkapan dari Partisipan 3 dan 5.

“...sistemnya alurnya dari atas ke bawah...”(P2dan P3)

“...kita dapat dari bidang keperawatan...”(P5)

Metode penugasan ini terdiri dari lima kategori yakni: kerjasama dengan staf dalam asuhan keperawatan, modifikasi metode tim, orientasi lingkungan pada pasien dan keluarga, konferen dan timbang terima.

Partisipan 2 dan 5 juga menyatakan bahwa dalam mengelola ruang rawat kepala ruang peran dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang dalam pelaksanaannya bekerja sama dengan tim yang ada di ruangan.

“...askepnya saya serahkan ke katim dengan timnya masing-masing...ke pasiennya sih kalau pas visit kita kaji apa saja keluhan pasien terapinya apa diitnya apa pokoknya pasien agar tidak complain...”(P2)

“...askepnya saya kerjasama dengan staf saya apalagi dengan metode tim...”(P5)

Pendapat dari semua partisipan menyatakan sudah melaksanakan metode tim di ruangan masing-masing namun dengan modifikasi. Metode tim berjalan pada saat dinas pagi sedangkan dinas sore dan malam yang lebih menonjol adalah metode fungsional. Berikut pendapat yang disampaikan oleh ke tujuh Partisipan.

“...sistemnya campuran dinas sore dan malam ya metode fungsional saya juga sudah membagi tim menjadi 2..”(P1)

“...pelaksananya sendiri di ruang anggrek sudah melakukan metode tim bukan tim murni tapi masih modifikasi...”(P2)

“...memprogramkan untuk dengan menggunakan metode tim tapi memang kita belum secara maksimal menggunakan tim murni jadi masih modifikasi...”(P3)

“...melaksanakan metode tim dengan modifikasi...”(P5)

“...belum maksimal pelaksanaannya meskipun dalam tim sendiri sudah jelas pembagian pasiennya...”(P6)

“...sudah pakai metode tim tapi khusus yang pagi kalau sore dan malam ya kembali lagi ke metode fungsional...”(P7)

Kepala ruang melakukan orientasi lingkungan pada pasien dan keluarga. Berikut ungkapannya:

“...sejenis inform consent untuk informasi pasien terutama pasien kelas 3...”(P3)

“...tempat kamar mandi, mushola...”(P5)

“...orientasi pasien kita sampaikan tata tertib, hak dan kewajiban pasien dan keluarga...”(P6)

Kepala ruang memimpin konferen di ruangan yang terdiri dari pre konferen di pagi hari dan pos konferen di siang hari. Katim menyampaikan kendala dan tindakan yang sudah dilakukan maupun yang membutuhkan tindak lanjut saat konferen. Berikut ungkapannya:

“...pre dan pos konferennya selama ini...kalau ada kesulitan tidak langsung lapor ke saya tapi ke katimnya dulu tugas saya sedikit lebih ringan...”(P2)

“...prekonferan yang pertama adalah permasalahan-permasalahan dan kendala-kendala yang ditemui...berkaitan dengan perencanaan program pasien artinya perencanaan tindakan pasien sampai nanti kita diskusikan yang belum yang mana... post konferen...kita evaluasi program yang direncanakan berjalan atau tidak sudah dilaksanakan

kalau ada kendala kendalanya apa kemudian perlu dioperkan atau ditindaklanjuti...”(P5)

Kepala ruang tidak melakukan secara langsung timbang terima pasien di ruangan. Timbang terima dilakukan oleh masing-masing katim dan disampaikan kepada kepala ruang saat konferen. Berikut ungkapan P2 dan P5:

“...masih berorientasi dengan program terapi dokter...tentang keperawatannya malah tidak pernah...mesti selalu terapi...”(P2)

“...terima pasien biasanya dilakukan oleh katim bukan oleh kepala ruang pasien dari ruangan lain...dioperkan apa saja yang sudah dilakukan mulai perencanaan terapi tindakan yang sudah dilakukan apa intervensi yang akan dilakukan apa...”(P5)

4.2.2.3 Tema 5 : Ketenagaan

Ketenagaan dijabarkan dalam 2 subtema yakni **pengaturan jadwal dinas, menghitung kebutuhan tenaga, orientasi dan mengatur ketenagaan.**

4.2.2.3.1 Subtema Pengaturan jadwal dinas

Pengaturan jadwal di ruangan meliputi pembagian sif, modifikasi sif pagi dan siang untuk mengatasi kerepotan melakukan asuhan keperawatan pada pasien di ruangan. Berikut ungkapan dari P4, P5 dan P6.

“...modifikasi juga yang pagi dinasnya dibantu dengan jaga siang karena yang repot nantinya dinas siang obat-obatan datangnya sore hari untuk mengatasi kerepotan itu...”(P4)

“...membuat jadwal dinas...”(P5)

“...sebenarnya yang beban kerja itu malah sore sehingga kita yang jaga pagi kita kurangi yang jaga pagi untuk sore terus untuk evaluasi...”(P6)

Sedangkan P1, P2, P3 dan P7 menyatakan pengaturan jadwal dinas pagi, siang dan malam sesuai dengan aturan bidang keperawatan. Berikut ungkapannya:

“...jadwal dinasnya dari keperawatan kita melaksanakannya...”(P1, P2, P3 dan P7)

4.2.2.3.2 Subtema menghitung kebutuhan tenaga

Kepala ruang dalam menghitung tenaga di ruangan menggunakan beberapa rumus dan beban kerja. Berikut ini informasi yang disampaikan partisipan terkait dengan menghitung kebutuhan:

“...mestinya perbandingan pasien dengan beban kerja 3 jam efektifnya saya sudah menghitungnya...”(P2)

“...tenaga masih kita upayakan optimal tapi melihat kondisi yang ada...rumus dari gillies...kebutuhan ideal kadang tidak klop...dengan

menghitung tenaga dengan rumus tapi nantinya istilahnya tinggal kita aplikasikan saja kebutuhan yang kita dapat...”(P5)

4.2.2.3.3 Subtema Orientasi

Kepala ruang melakukan orientasi pegawai baru dan mahasiswa. Orientasi ini meliputi tata tertib, tempat alat dan barang, hak dan kewajiban dan fasilitas yang ada di ruangan. Seperti yang diinformasikan oleh partisipan sebagai berikut:

“... pegawai kita sampaikan hak dan kewajiban, tata tertib,..mahasiswa...tempat alat...”(P6)

“...pegawai baru dan mahasiswa tempat infuse, obat, fasilitas...”(P7)

4.2.2.3.4 Mengatur Ketenagaan

Kepala ruang mengatur ketenagaan di ruangan dengan memaksimalkan tenaga yang ada di ruangan. Semua partisipan sependapat, berikut ungkapannya:

“...pertukaran katim tergantung dari timnya...”(P1)

“...kita harus memaksimalkan tenaga yang ada...”(P3)

“...memaksimalkan ketenagaan...metode tim sangat bagus dan cocok...”(P4)

“...tenaga masih kita upayakan optimal tapi melihat kondisi yang ada...rumus dari gillies...kebutuhan ideal kadang tidak klop...dengan menghitung tenaga dengan rumus tapi nantinya istilahnya tinggal kita aplikasikan saja kebutuhan yang kita dapat...”(P5)

“...kekurangan untuk tenaga kita melihat beban kerja kita maksimalkan dengan melihat beban kerja...”(P6)

4.2.2.4 Tema 6: Pengarahan

Pengarahan dijabarkan dalam enam sub tema. Sub tema tersebut adalah **memberikan motivasi, pengambilan keputusan, manajemen konflik, pendelegasian, kolaborasi dan supervisi.**

4.2.2.4.1 Memberikan motivasi

Upaya memberikan motivasi yang dilakukan oleh kepala ruang diantaranya dengan memberikan pujian, ucapan terima kasih dan menghargai hasil kerja perawat di ruangan. Berikut ungkapannya:

“...kalau ada yang terlihat males ya saya motivasi biar semangat...”(P1)

“...sebatas terima kasih ...selesai kerjanya di kasih terima kasih sudah senang...dihargai kerjanya tidak disalah salahin...”(P2)

“...sebagai karu belum bisa memberikan reward yang sifatnya materi sampai saat ini ya sebatas pujian...”(P3)

“...belum ada reward yang sifatnya materi jadi sebatas pujian...”

“...rewardsnya ucapan terima kasih...”(P4)

“...dengan menghargai apa yang sudah dikerjakan staf saya sering-sering saya beri pujian kadang saya juga memberi masukan... “(P5)
 “...yakni pujian...”(P6)

4.2.2.4.2 Pengambilan keputusan

Sebagian besar partisipan dalam mengambil keputusan dengan musyawarah di ruangan. Kepala ruang tidak memutuskan sendiri tetapi meminta pertimbangan dan masukan dari perawat di ruangan. Berikut ungkapan yang disampaikan oleh P1, P2, P6 dan P7:

“...diskusi dengan yang lainnya saya tidak memutuskan sendiri saya meminta pertimbangan masukan...”(P1)
 “...pengambilan keputusan dan mengatasi masalah kita musyawarahkan...”(P2, P6 dan P7)

Komunikasi yang berlangsung di ruangan berjalan dengan baik, kepala ruang berupaya bersikap demokratis dan mendengarkan masukan dari bawahannya. Berikut ungkapan dari P2 dan P5:

“...tidak ada yang merasa dipimpin memimpin ...berusaha istilahnya demokratislah... tidak bisa ketemu ya telpon atau sms ya yang penting saling mengerti...mengkomunikasikan antar sesama kepala ruang kalau ada permasalahan”(P2)
 “...segala sesuatu yang berkaitan rencana terapi berhubungan dengan terapi kita sampaikan dulu dibicarakan dengan keluarga apa yang akan kita lakukan termasuk biayapun kita sampaikan...”(P5)

4.2.2.4.3 Manajemen konflik

Kepala ruang dalam melakukan manajemen konflik dengan musyawarah, rapat rutin atau berkala dengan pihak-pihak yang terkait. Semua Partisipan sependapat dengan pendapat ini. Berikut ungkapannya:

“...musyawarah rapat bersama sampai kita dapatkan solusinya...”(P1)
 “...kita diberi kesempatan menjelaskan dan biasanya setelah itu ya selesai konflik yang lain tidak ada...”(P2)
 “...untuk pengarahan kita sudah melakukan seperti biasa, setiap bulan kita ada pertemuan dengan ruangan tiap bulan juga dengan keperawatan...”(P3)
 “...pertemuan berkala antar perawat...kasi dan sub bid keperawatan atau apa untuk mengadakan pertemuan bulanan untuk merekap masalah...komplain pasien seperti apa jadi kita selesaikan...”(P4)

“...konflik itu sebenarnya bukan masalah personelnnya tapi biasanya terkait jadwal dinas...penyampaian uneg-uneg ditempat kami ada pertemuan berkala rutin tiap bulan kita mengundang semua pihak yang terkait...”(P5)

“...rapat rutin ruangan sebulan sekali yang dihadiri seluruh perawat ruang mawar juga ada dari keperawatan menyelesaikan masalah di ruangan...kalau perlu ya rapat segera dengan bidang keperawatan...”(P6)

4.2.2.4.4 Pendelegasian

Pendelegasian yang dilakukan oleh kepala ruang adalah pembuatan jadwal kepada katim yang sudah dipercaya. Setelah kepala ruang menyetujui kemudian jadwal dinas diajukan kepada bidang keperawatan untuk disahkan. Berikut ungapannya:

“...biasanya yang...saya tinggal tanda tangan saya sudah percaya istilahnya sudah saya delegasikan...”(P1)

“...mendelegasikan pembuatan jadwal dinas ke salah satu katim setiap bulannya kemudian saya lihat dulu baru maju ke keperawatan...”(P5)

Pendapat berbeda disampaikan oleh P3 yang menyatakan pembuatan jadwal dilakukan oleh kepala ruang sendiri. Berikut ungapannya:

“...pembuatan jadwal sif...”(P3)

4.2.2.4.5 Kolaborasi

Kolaborasi yang dijalankan di ruangan terkait dengan terapi dan program dari dokter. Berikut ungapannya:

“...sudah prosedur mereka menanggapi kita mestinya mereka juga terbantu kalau mereka dilapor ya menggapinya segera...”(P2)

“...rutinitasnya saat visit biasanya sudah jelas terapinya apa terus kalau ada yang perlu dilaporkan dan ditindaklanjuti...”(P3)

“...untuk terapi atau kolaborasi dengan dokternya yang kita laksanakan kita hari ini atau program-program...”(P4)

4.2.2.4.6 Supervisi

Supervisi yang berjalan selama ini hanya mencatat jumlah pasien, keadaan pasien dan perawat yang dinas. Belum ada upaya pengarahan dan bimbingan dalam supervisi. Semua partisipan menyatakan supervisi yang ada sekedar mencatat dan melaporkan jumlah pasien dan perawat saat dinas. Berikut ungapannya:

“...yang jalan sekarang...mencatat jumlah pasien...perawatnya ada yang bolos atau tidak kadang saya keliling ruangan itu saja biasanya...”(P1)

“...sekarang mencatat saja...”(P2)

“...supervisi langsung dan tidak langsung dengan mengecek askep...”(P3)

“...mencatat jumlah pasien dan perawatnya saja...”(P4)

“...melaporkan pasien keadaannya ada masalah di ruangan atau tidak...”(P5)

“...supervisi saya mencatat kejadian di ruangan contohnya kalau ada pasien yang butuh pengawasan ekstra atau harus dipindah ke ICU atau di rujuk mencatat perawat yang dinas...”(P6)

“...menyakan jumlah pasien perawat ada tidak pasien yang KUNya jelek...”(P7)

4.2.2.5 Tema 7 : Pengawasan

Pengawasan terdiri dari empat subtema yakni **dokumentasi asuhan keperawatan, kepuasan dan penilaian kinerja.**

4.2.2.5.1 Pendokumentasian asuhan keperawatan

Kepala ruang dalam melaksanakan fungsi pengawasan terkait dokumentasi dengan memberikan tanggungjawab kepada masing-masing katim untuk mengecek kelengkapannya. Kepala ruang mendapat laporan dari katim terkait kelengkapan dokumentasi askep.

Partisipan 2 dan 3 menyatakan bahwa dalam melakukan pengawasan dokumentasi asuhan keperawatan mereka bekerjasama dengan katim yang ada.

“...dokumentasi askep yang bertanggungjawab katimnya kalau pagi kalau sore dan malam ka sifnya saya tinggal ngecek kalau pasien mau pulang apakah sudah lengkap atau belum...kita menggunakan pakai system dar...”(P2)

“...pendokumentasian askep kita bekerjasama dengan tim setiap bulan kita monitor dan tiap bulan kita laporkan ke bidang keperawatan...”(P3)

4.2.2.5.2 Kepuasan

Kepuasan yang dimonitor oleh kepala ruang meliputi kepuasan pasien dan perawat di ruangan. Kepala ruang mendapatkan data kepuasan pasien berdasarkan informasi yang pasien tulis saat pasien akan pulang. Informasi ini terkait complain, kesan dan pesan pasien selama di rawat di ruangan.

Partisipan menyampaikan sudah ada format untuk menilai kepuasan pasien diantaranya berdasarkan catatan pulang pasien, pesan dan kesan pasien selama dirawat dan buku complain pasien. Hal ini dinyatakan oleh semua partisipan. Berikut ungkapannya:

- “...kita lihat dari catatan pasien mau pulang...”(P1)
- “...format khusus memonitor kepuasan belum ada...”(P2)
- “...semacam lembaran atau ada kuesioner untuk pasien pulang mereka menuliskan kesan dan pesannya selama dirawat...”(P3)
- “...pasien ada menulis buku pasien pesan pesan pulang...”(P4 dan P6)
- “...mempunyai buku tentang kompalin pasien mungkin pelayanan selama ini...”(P5)
- “...pasiennya pulang dengan sembuh terus kembali lagi untuk control berarti pasiennya tidak kecewa...”(P7)

Kepala ruang menyatakan belum memiliki format untuk mengetahui kepuasan dari perawat. Selama ini kepuasan perawat dinilai dari persepsi individu.

Partisipan menyatakan belum ada penilaian kepuasan perawat. Kepuasan perawat didapatkan dari pernyataan langsung dari perawat terkait. Berikut ungkapannya:

- “...tidak ada instrument untuk menilai kepuasan perawat...”(P2)
- “...untuk kepuasan perawat belum ada dokumennya...”(P3)
- “...kepuasan perawat belum ada apa ya poin-poinnya... kalau sembuh pulang kita sebagai perawat puas...”(P4)
- “...pasiennya tidak mati...”(P5)
- “...pasien pulang dapat ucapan terima kasih sudah senang sekali sering pasien pulang tanpa pamit tiba-tiba kamarnya sudah kosong...”(P6)
- “...berasal dari masing-masing perawatnya kalau sudah merasa puas ya sudah kalau pasiennya pulang dengan sembuh terus kembali lagi untuk control...”(P7)

4.2.2.5.3 Penilaian kinerja

Penilaian kinerja terdiri dari penilaian kinerja perawat dan kepala ruang. Penilaian kinerja perawat menggunakan DP3 dan masing-masing ruangan mengembangkan penilaian prosedur ketrampilan tindakan keperawatan.

Sebagian besar partisipan yakni empat partisipan menyatakan penilaian kinerja yang sudah dilaksanakan menggunakan DP3 dan evaluasi prosedur keperawatan bagi perawat pelaksana. Sedangkan penilaian kinerja kepala ruang secara tertulis belum ada hanya sebatas evaluasi di bidang

keperawatan seperti yang diungkapkan oleh Partisipan 5. Berikut unungkapannya:

“...kinerja ya tadi sudah dengan DP3...”(P1)

“...penilaian DP3 dari pegawai negeri yang sudah dikerjakan ...dicatat sama keperawatan...”(P2)

“...lewat DP3 tapi dari segi yang lain kita mencoba dari bagaimana perawat itu melakukan prosedur dan tindakan perawatan karena kita mempunyai protap katim menilai bagaimana personal A melakukan prosedur perawatan penilain ini kita memprogramnya akan melakukan setiap bulan untuk penilain untuk setiap perawat...”(P3)

“...penilaian kinerja ada beberapa macam tentang etika ketrampilan ketika ketrampilan keahlian teman-teman perawat dalam melakukan tindakan...evaluasi dengan DP3... khusus saya sebagai kepala ruang kok kayaknya belum ya yang tertulis tapi setiap rapat bulanan dengan bidang keperawatan dan direktur...”(P5)

4.2.3 Hambatan yang ada dalam mengelola ruang rawat inap

Partisipan mengungkapkan hambatan apa saja yang mereka temui selama ini dalam mengelola ruang rawat. Berikut tema dan subtema terkait dengan hambatan kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap:

4.2.3.1 Tema 8 : Keterbatasan tenaga dan sarana prasarana

Tema keterbatasan tenaga dan sarana prasarana terdiri dari subtema **perbandingan tenaga dan alat yang ada belum seimbang**. Empat partisipan menyatakan keterbatasan tenaga dan sarana prasarana yakni:

“...terkait proses langsung ke pasiennya saat ini...”(P2)

“...obat-obatannya tidak ada dan dapatnya terlambat kita harus atur ulang untuk pemberiannya...”(P5)

“...desain ruangan yang keliru dari awal...”(P6)

“...keterbatasan tenaga sehingga kalau pasien banyak ruangan penuh tapi kita tidak boleh menolak... alat yang terbatas troli cuma satu harus gentian...”(P7)

4.2.3.2 Tema 9: Birokrasi

Pendapat lain yang disampaikan oleh partisipan 1 hambatan yang ada lebih mengarah ke birokrasi yang berbelit-belit

“...ke koordinasi yang kadang-kadang sulit kalau tidak ketemu langsung...”(P1)

“...masalah birokrasi menurut saya harus lebih simple dan tidak makan waktu yang lama...seringkali kendalanya ya komunikasi...”(P3)

4.2.3.3 Tema 10: Budaya pasien

Partisipan 4 mengungkapkan bahwa budaya pasien yang tidak cocok merupakan hambatan dalam mengelola ruang rawat.

“...terutama kebudayaan pasien...pispot tidak segera dicuci setelah dipakai...”(P4)

4.2.4 Dukungan yang diperoleh kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap

Semua partisipan menyatakan bahwa mereka mendapat dukungan dari semua pihak yakni dari staf di ruangan, sesama kepala ruang dan dari pimpinan atau atasan seperti yang disampaikan oleh Partisipan 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7.

4.2.4.1 Tema 11: Dukungan dari staf, atasan dan sesama kepala ruang

Subtema dari tema 11 adalah **dukungan staf, dukungan atasan dan dukungan sesama kepala ruang.**

4.2.4.1.1 Subtema dukungan staf

Kepala ruang menyatakan memperoleh dukungan dari staf atau bawahan di ruangan yang mereka pimpin, seperti yang digambarkan partisipan berikut ini:

“...selama ini staf saya mendukung...”(P1)

“...mendukung perawat di ruangan...”(P2)

“...saya tidak pernah diprotes anak buah ndak tahu kalau di belakang...”(P2)

“...selama ini perawat di ruangan saya istilahnya bisa diatur ya manut...”(P4)

“...anak buah saya mendukung...”(P5)

“...anak buah di flamboyant juga mendukung selalu...”(P7)

“...ya di ruangan saya anak buah saya itu ya manut-manut..., perawatnya juga memberikan support kalau saya lagi butuh”(P6)

4.2.4.1.2 Subtema dukungan sesama kepala ruang

Kepala ruang yang lain memberikan dukungan kepada Partisipan, seperti berikut ini:

“...teman-teman kepala ruang juga selalu mendukung...”(P5)

“...teman-teman kepala ruang juga kayaknya nggak pernah nggrundeli saya...”(P7)

“...teman-teman kepala ruang selalu saling membantu...”(P6)

4.2.4.1.3 Subtema dukungan pimpinan

Kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap memperoleh dukungan dari pimpinan, seperti digambarkan partisipan berikut ini:

“...mendukung, ya keperawatan direktur...”(P2)

“...keperawatan dan direktur biasanya kalau tidak menyimpang ya mendukung...”(P5)

“...begitu pula bidang keperawatan...”(P6)

“...walaupun saya tidak dekat dengan direktornya tapi saya jarang dimarahi... keperawatan sih selama ini sangat membantu banget...”(P7)

4.2.5 **Harapan kepala ruang terhadap pimpinan atau atasan langsung agar perannya optimal.**

4.2.5.1 Tema 12: Peningkatan reward bagi perawat

Harapan pertama dari partisipan adalah peningkatan reward yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...menginginkan ada tambah-tambah untuk sebagai pemacu dari kerja rekan-rekan yaitu pemasukan mungkin sebagai pemacu ...”(P1)

“...jp tetap turun gaji naik... memperhatikan kesejahteraan kita...ada yang berprestasi...kita dapat reward”(P7)

4.2.5.2 Tema 13 : Perbaikan fasilitas dan sarana prasarana

Partisipan yang lain menyampaikan sebaiknya fasilitas dan sarana prasarana yang ada diperbaiki agar tujuan atau keinginan pasien yang dirawat dapat terpenuhi. Partisipan 1 menyatakan fasilitas yang ada sering rusak dan tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Pendapat lain dari Partisipan 2 dan 5 harapannya permintaan yang mereka ajukan segera dipenuhi. Berikut pendapat yang mereka sampaikan:

“...mengharapkan ya pimpinan juga berbenah untuk fasilitas ya contohnya wc nya tidak sering mampet ruangan diperbaiki segala fasilitas dipenuhi...”(P1)

“...perencanaan yang diminta ya dipenuhi kebutuhannya...”(P2)

“...usulan alat atau barang tidak segera di setujui...”(P5)

4.2.5.3 Tema 14: Tindaklanjut dari pimpinan

Beberapa partisipan menyampaikan harapannya agar pimpinan melakukan tindaklanjut terhadap masukan terkait dengan pasien.

“...tidak laporan atau masukan dari kita ditindaklanjuti alias dipenuhi... yang aplikatif...”(P2)

“...minta dipenuhi apalagi berhubungan dengan pasien...”(P3)

“...lebih banyak turun ke bawah tidak berdasarkan laporan-laporan...”(P4 dan P6)

“...penyegaran piknik untuk refreasing biar tidak stress...”(P5)

“...harus memberi contoh role model...”(P5)

4.2.5.4 Tema 15: Pengembangan SDM

Kepala ruang mempunyai harapan yakni pengembangan staf, karena selama ini kebijakan tentang pengembangan staf tidak berjalan sesuai dengan aturan yang ada. Hal ini seperti yang disampaikan Partisipan berikut ini:

“...pengembangan sdm... pelatihan nya sudah beberapa kali tapi masih itu-itu saja kebijakannya seperti apa saya tidak tahu sistemnya dari atas ke bawah...”(P2)



BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini terdiri dari tiga bagian utama: bagian pertama membahas interpretasi hasil temuan penelitian dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan konsep-konsep, teori-teori dan hasil penelitian terdahulu. Bagian kedua mengemukakan berbagai keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan studi dan bagian ketiga mengungkapkan implikasi penelitian ini untuk profesi keperawatan. Ketiga bahasan tersebut dibahas secara bervariasi dengan membandingkan berbagai penemuan hasil-hasil penelitian ini dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya.

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran tentang gambaran arti dan makna pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa. Pengalaman kepala ruang dalam penelitian ini diungkapkan secara mendalam dengan berbagai penjelasan dalam penelitian ini dan digambarkan dengan pernyataan-pernyataan tematik sebagai berikut:

5.1 Interpretasi hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini di ruang rawat inap.

Gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini di ruang rawat inap terdiri dari 2 tema yaitu kepala ruang mempunyai tugas dan tanggungjawab yang berat dan kepala ruang dibantu banyak pihak. Kedudukan kepala ruang dalam tingkatan manajer organisasi rumah sakit termasuk dalam tingkatan yang paling rendah disebut manajer lini. Pada tingkatan manajer lini kepala ruang banyak melaksanakan fungsi manajemen operatif seperti pengarahan, memotivasi, pengawasan dan supervisi (Cartney, 2009).

Tugas dan tanggungjawab kepala ruang yang berat dapat dimaknai sebagai beban kerja berlebih. Hal ini timbul sebagai akibat dari tugas-tugas yang terlalu banyak yang diberikan kepada kepala ruang untuk diselesaikan dalam waktu tertentu dan kepala ruang tersebut merasa tidak mampu untuk melakukan suatu tugas, atau tugas tidak sesuai dengan ketrampilan dan potensi

yang dimiliki (Turner, 2010). Menurut Simanjuntak (2011) beban kerja berlebih secara kuantitatif dan kualitatif dapat mengakibatkan jam kerja bertambah yang merupakan sumber tambahan dari stres.

Pelaksanaan peran dan fungsi kepala ruang dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya tingkat pendidikan dan lama kerja. Pendidikan berpengaruh terhadap kinerja karena semakin tinggi pendidikan yang ditempuh semakin banyak ilmu pengetahuan serta ketrampilan yang dimiliki oleh kepala ruang sehingga akan dapat membantu dalam meningkatkan kinerjanya (Sabarguna, 2010). Masa kerja berpengaruh terhadap kinerja karena semakin lama masa kerja seorang perawat semakin banyak pengalaman yang diperolehnya dalam menyelesaikan pekerjaannya sehingga dapat meningkatkan kinerjanya (Suarli & Bahtiar, 2011).

Tingkat pendidikan partisipan sebagian besar rendah (DIII Keperawatan) sebanyak 4 responden (57 %) dan berpendidikan tinggi S1 2 partisipan (28%) dan S1 dengan Ners 1 orang (14%). Pendidikan merupakan salah satu faktor yang menjadi dasar untuk melaksanakan tindakan. Pendidikan saat ini dirasakan sebagai suatu kebutuhan yang mendasar bagi setiap kepala ruang. Semakin berkembangnya IPTEK maka kepala ruang dituntut untuk memiliki pendidikan yang tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan karyawan maka dapat diasumsikan karyawan tersebut memiliki pengetahuan, kemampuan serta keterampilan yang lebih tinggi.

Pendidikan mempengaruhi motivasi kerja seseorang, begitupula dengan kepala ruang sebagai manajer di ruangan. Upaya untuk mengatasi rendahnya pendidikan kepala ruang di RSUD Ambarawa agar ketrampilan dan kemampuan dalam melaksanakan uraian tugas kepala ruang sebaiknya diberikan pelatihan yang bertujuan untuk memperbaiki efektifitas pegawai. Sehingga dengan adanya pelatihan tentang uraian tugas kepala ruang diharapkan ketrampilan dan kemampuannya dalam memimpin juga akan meningkat dengan sendirinya berdasarkan pengalaman sewaktu pelatihan tersebut. Upaya untuk tercapainya kesuksesan dalam bekerja dituntut

pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang dipegangnya. Pendidikan merupakan suatu bekal yang harus dimiliki seseorang dalam bekerja, dimana dengan pendidikan seseorang dapat mempunyai suatu keterampilan, pengetahuan serta kemampuan.

Penelitian Warsito (2006) tentang pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap menunjukkan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan baik. Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang yaitu (1) fungsi perencanaan dan pengorganisasian, baik, tidak ada hubungan, dan tidak ada pengaruh. (2) fungsi pengarahan baik, ada hubungan, dan ada pengaruh dan (3) fungsi pengawasan dan pengendalian tidak baik, ada hubungan dan ada pengaruh.

Penelitian lain yakni Liestyningrum (2010) tentang hubungan persepsi perawat pelaksana dengan kinerja kepala ruangan di ruang rawat inap didapatkan hasil kepala ruang lebih banyak menjalankan fungsi pengarahan dan pengawasan. Uraian tugas pokok kepala ruang adalah mengendalikan dan menilai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditentukan, melakukan penilaian kinerja tenaga keperawatan yang berada dibawah tanggung jawabnya, membuat laporan harian mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan, mengawasi dan menilai mutu asuhan keperawatan sesuai standar yang berlaku secara mandiri atau koordinasi dengan Tim Pengendali Mutu Asuhan Keperawatan.

Menurut Swansburg (2000) kepala ruang perlu memiliki kemampuan teknik, ketrampilan, pengetahuan dan motivasi untuk membantu perawat di ruangan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Lebih lanjut hasil penelitian Werdati (2009) bahwa ada hubungan yang kuat antara kepemimpinan ruang rawat inap dan penampilan kerja / kinerja tim perawat di ruang rawat inap, berarti kinerja tim perawat salah satu faktornya ditentukan oleh faktor kepemimpinan kepala ruang. Seorang pemimpin yang efektif merupakan katalisator dalam memfasilitasi interaksi efektif diantara karyawan, material dan waktu. Ia juga bersikap dan bertindak sinergis dalam menyatukan upaya

dari berbagai karyawan dengan tingkat ketrampilan yang berbeda. Dalam upaya mengarahkan kepala ruang melakukan supervisi dan koordinasi bagi para bawahannya (Haaf, 2009)

Pendapat lain Burns (2011) menyatakan kepala ruang sebagai manajer lini harus memahami perilaku orang-orang tertentu agar dapat mempengaruhinya untuk bekerja sesuai dengan yang diinginkan rumah sakit. Kemampuan kepala ruang untuk memotivasi, mempengaruhi, mengarahkan dan berkomunikasi dengan pelaksana keperawatan di ruangan akan menentukan efektifitasnya sebagai kepala ruang. Hal ini diperlukan untuk menjamin perawat pelaksana melakukan pekerjaan yang diberikan. Kepala ruang sebagai manajer senantiasa harus berupaya mengarahkan, memotivasi mereka dan bersikap sebaik-baiknya, sehingga upaya mereka secara individu dapat meningkatkan penampilan kelompok dalam rangka mencapai tujuan.

5.1.2 Persepsi kepala ruang dalam menjalankan fungsi manajemen

Fungsi manajemen menurut partisipan meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengawasan.

Fungsi-fungsi utama dalam manajemen belum secara utuh dilaksanakan dalam setiap fungsinya. Kepala ruang sudah menjalankan elemen-elemen pada setiap fungsi manajemen namun masih ada elemen yang belum dilaksanakan. Seharusnya semua elemen dalam fungsi manajemen dilaksanakan secara menyeluruh. Kepala ruang dituntut untuk merencanakan, mengorganisir, memimpin dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang seefektif dan se-efisien mungkin bagi individu, keluarga, dan masyarakat (Huber, 2010). Manajemen pelayanan keperawatan merupakan suatu proses perubahan atau transformasi dari sumber daya yang dimiliki untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan, evaluasi dan pengendalian mutu keperawatan (Haaf, 2009).

Pemahaman kepala ruang terkait fungsi manajemen secara menyeluruh masih perlu ditingkatkan walaupun kepala ruang di RSUD Ambarawa sudah

mendapatkan pelatihan manajemen bangsal. Sedangkan kalau ditinjau dari aspek ketenagaan masing-masing ruangan telah mempunyai tenaga yang cukup memadai. Kepala ruang sebagai manajer agar dalam menjalankan peran dan fungsinya secara optimal dapat dimulai dari fungsi perencanaan. Marquis dan Huston (2012) menyatakan bahwa fungsi perencanaan adalah sebagai upaya memutuskan apa, siapa, bagaimana, kapan dan dimana hal tersebut dilakukan.

Pelaksanaan fungsi manajemen yang optimal dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan biasanya dinilai dari *output* atau *outcome*-nya, khususnya efek terhadap individu atau masyarakat yang dilayani. Mutu yang rendah akan mengurangi manfaat bagi pasien dan rasa kecewa terhadap petugas kesehatan. *Outcome* dari pelayanan kesehatan adalah hasil prestasi yang dihasilkan institusi pelayanan untuk pasien yaitu kesembuhan pasien, kepuasan pasien dan menurunnya angka kesakitan. Penilaian dilakukan oleh atasan, teman sejawat, Tim penilai mutu dan laporan keluhan-keluhan dari pasien (Paolo, Saraiva & Rodriguez, 2009). Kualitas pelayanan kesehatan sebagai tingkat kinerja yang nyata dari suatu fasilitas kesehatan, atau pencapaian standar yang telah ditetapkan (Suarli & Bahtiar, 2011).

Hasil penelitian Rohmawati (2005) didapatkan fungsi manajemen kepala ruangan berhubungan secara signifikan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan sif dan pengawasan. Pelaksanaan fungsi manajemen keperawatan masih harus ditingkatkan lagi dengan melibatkan kepala ruang dalam hal ini perencanaan sumberdaya yang dibutuhkan di ruang rawat. Menurut Rutherford, Moen dan Taylor (2009) semakin tinggi kemampuan yang dimiliki kepala ruangan, makin baik penyelenggaraan fungsi menejemennya. Untuk meningkatkan penyelenggaraan fungsi manajemen keperawatan di ruang rawat, perlu adanya peningkatan karakteristik individu dan kemampuan manajerial kepala ruangan melalui peningkatan pendidikan keperawatan dan penambahan pengetahuan

tentang manajemen keperawatan melalui penataran-penataran/pembelajaran diri.

Partisipan menyatakan fungsi perencanaan meliputi visi dan misi, kebutuhan alat dan barang dan merencanakan SDM. Hasil penelitian Sumiyati (2006) didapatkan bahwa ada pengaruh pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruangan terhadap kinerja ketua tim, pelaksanaan fungsi perencanaan yang memiliki pengaruh terhadap kinerja ketua tim. Kesimpulannya bahwa semakin tinggi pelaksanaan fungsi perencanaan yang dilakukan oleh kepala ruangan maka semakin baik pula kinerja ketua tim. Lebih lanjut Sumiyati menyatakan hasil wawancara dengan 3 (tiga) orang Asisten Manajer Pelayanan keperawatan tentang pelaksanaan uraian tugas Karu diperoleh pelaksanaan fungsi perencanaan yang belum terlaksana adalah perencanaan menyusun jumlah kebutuhan tenaga keperawatan.

Menurut Marquis dan Huston (2012) elemen perencanaan terdiri dari: 1) merencanakan visi, misi, filosofi, tujuan keperawatan, kebijakan, peraturan-peraturan kerja dan standar praktik keperawatan, 2) struktur, uraian tugas, hak-hak dan kewajiban perawat, dan 3) program pengembangan perawat. Kepala ruang dalam melakukan fungsi perencanaan harus mampu membuat perencanaan di ruang rawat inap yang meliputi perencanaan kebutuhan tenaga dan penugasan tenaga, pengembangan tenaga, kebutuhan logistik ruangan, dan program kendali mutu dengan melibatkan seluruh personil mulai dari perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruang (Sitorus & Panjaitan, 2011, Simanjuntak, 2011).

Pengorganisasian menurut partisipan terdiri dari peran dan fungsi kepala ruang, kerjasama, struktur organisasi, pembagian tugas dan pasien dan metode penugasan. Elemen pengorganisasian menurut Simanjuntak (2011) meliputi: struktur organisasi, hubungan dengan staf, pembagian kerja, koordinasi dan administrasi. Lebih lanjut Sabarguna, (2010), menyatakan elemen pengorganisasian terdiri dari: identifikasi kegiatan yang akan dilakukan, pembagian kerja secara jelas, mengelompokkan tugas sesuai dengan posisi,

menentukan standar tiap posisi, membagi tugas dan tanggung jawab sesuai dengan jenis pekerjaan dan koordinasi selama kegiatan berlangsung.

Hal ini sesuai dengan pendapat Donoghue dan Nicholas (2009) yang menyatakan manajer berwenang dan bertanggung jawab membuat rencana, mengatur, memimpin, dan mengendalikan pelaksanaannya untuk mencapai sasaran tertentu. Manajer sebagai pemimpin dalam menjalankan pekerjaan dan tanggungjawabnya memerlukan pengalaman dan bantuan orang lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pendapat ini sejalan juga dengan Depkes (2008) yakni kepala ruang adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat. Kepala ruang juga bertanggung jawab terhadap kelancaran asuhan keperawatan seluruh pasien dalam unit yang dikelolanya, peraturan dan penempatan tenaga keperawatan dalam unitnya serta mempunyai keterampilan klinik dan mampu menjadi manajer yang baik.

Menurut Curtis dan O'Connell (2011) kepala ruang sebagai manajer operasional dari sebuah ruang perawatan bertanggung jawab untuk mengorganisasi kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap, yang meliputi struktur organisasi, pengelompokan, koordinasi dan evaluasi kegiatan. Dimana dalam satu ruang rawat kepala ruang berperan sebagai manajer pelayanan dan manajer asuhan keperawatan. Manajer berwenang dan bertanggung jawab membuat rencana, mengatur, memimpin, dan mengendalikan pelaksanaannya untuk mencapai sasaran tertentu.

Ketenagaan yang dilaksanakan partisipan meliputi pengaturan jadwal dinas, menghitung tenaga, orientasi dan mengatur ketenagaan di ruangan. Menurut Ilyas (2011) ketenagaan adalah pengaturan proses mobilisasi potensi dan pengembangan sumber daya manusia dalam memenuhi tuntutan tugas untuk mencapai tujuan individu, organisasi maupun masyarakat dimana ia berkarya. Hasil penelitian Sukardi (2005) tentang analisis kebutuhan tenaga perawat menunjukkan bahwa karakteristik perawat yang bekerja umumnya masih

berusia muda rata-rata di bawah 25 tahun dengan pendidikan mayoritas DIII Keperawatan dan lama bekerja rata-rata kurang dari 3 tahun. Beban kerja perawat 5,3 jam untuk kegiatan keperawatan langsung memerlukan waktu 539 menit atau 37,43 %, kegiatan keperawatan tak langsung 379 menit atau 26,32 % dan kegiatan non keperawatan 522 menit 35,25 % dari total waktu 24 jam. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat selisih cukup banyak antara jumlah perawat yang ada dibandingkan dengan hasil perhitungan dengan tiga formula yakni Gillies, PPNI dan Douglass. Kepala ruang diharapkan agar mengoptimalkan tenaga yang ada.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan adalah dari faktor klien, faktor tenaga, faktor lingkungan dan organisasi. Faktor klien, diantaranya kondisi pasien sesuai dengan jenis penyakit dan usianya, jumlah pasien dan fluktuasinya, keadaan sosial ekonomi dan harapan pasien dan keluarga. Faktor tenaga, diantaranya jumlah dan komposisi tenaga keperawatan, kebijakan pengaturan dinas, uraian tugas perawat, kebijakan personalia, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja, tenaga perawat spesialis. Faktor lingkungan, diantaranya tipe dan lokasi rumah sakit, fasilitas dan jenis pelayanan, kelengkapan peralatan medik, pelayanan penunjang dan macam kegiatan yang dilaksanakan seperti penyuluhan dan kunjungan rumah. Faktor organisasi, diantaranya mutu pelayanan yang ditetapkan dan kebijakan pembinaan dan pengembangan (Sutopo & Suryanto, 2009).

Partisipan sudah menjalankan fungsi pengarahan meliputi; memberikan motivasi, pengambilan keputusan, manajemen konflik, pendelegasian, kolaborasi dan supervisi. Pengarahan menurut Terry dan Rue (2010) meliputi saling memberi motivasi, membantu pemecahan masalah, melakukan pendelegasian, menggunakan komunikasi yang efektif, melakukan kolaborasi dan koordinasi. Suarli dan Bachtiar (2011) menyebutkan bahwa dalam konsep pekerjaan bawahan yang mandiri, para bawahan justru menginginkan pengarahan yang lebih banyak dari atasannya. Kondisi ini bermakna bahwa pengarahan atasan pada hakekatnya memberi kejelasan dan mengurangi ketidakpastian sekaligus merupakan bagian dari perhatian atasan terhadap kepentingan bawahan.

Kuswanto dan Subekti (2009) menyatakan bahwa ada pengaruh yang positif antara gaya kepemimpinan terhadap kepuasan kerja dan kinerja pegawai. Adanya komunikasi yang baik antara atasan dan bawahan, interaksi dengan atasan dan partisipatif yang melibatkan bawahan dalam pengambilan keputusan mempengaruhi kinerja pegawai. Penelitian Sigit (2009) tentang pengaruh fungsi pengarahan kepala ruang dan ketua tim terhadap kepuasan kerja perawat pelaksana didapatkan hasil kepuasan kerja perawat pelaksana yang mendapat pengarahan dari kepala ruang dan ketua tim yang sudah memperoleh pelatihan, bimbingan, pendampingan meningkat dibandingkan dengan kepuasan kerja perawat pelaksana yang mendapat pengarahan dari kepala ruang dan ketua tim yang tidak dilatih fungsi pengarahan.

Kepala ruang dalam memberikan motivasi diperlukan cara untuk menciptakan iklim kerja diantaranya mengidentifikasi sumber stress, yang berupa jumlah pasien berlebihan, kondisi pasien yang berat dan serius, staf perawat kurang, konflik diantara perawat dan dokter (Ariffudin, 2009). Melakukan tindakan pencegahan atau mengurangi stres, yang berupa rotasi dinas yang luwes, tidak terlalu sering melakukan perubahan dan mengadakan program latihan. Menciptakan suasana kerja yang akrab dan terbuka, komunikasi yang efektif, mengurangi kontrol yang berlebihan, memberikan reinforcement pada hasil kerja, peningkatan kesejahteraan (Swansburg, 2000).

Motivasi merupakan suatu proses emosi dan proses psikologis dan bukan logis. Motivasi pada dasarnya merupakan proses yang tidak disadari. Jadi dalam tiap individu kebutuhan untuk memotivasi berbeda dari waktu ke waktu. Kuncinya kebutuhan mana yang saat itu paling dominan. Pendokumentasian asuhan keperawatan membutuhkan motivasi perawat yang timbul sepenuhnya dari hati. Sehingga untuk menimbulkan motivasi yang baik maka perawat sendiri perlu menyadari kebutuhan dan kepentingan pendokumentasian asuhan keperawatan (Kenna, 2011).

Kepala ruang dalam memotivasi seorang perawat, selain kesadaran dari orang itu sendiri, perlu orang lain yang memberi motivasi karena dengan kehadiran orang lain akan semakin meningkatkan motivasi dalam diri perawat. Dalam hal ini sosok manajer perawat diharapkan dapat mengaplikasikan teknik, keterampilan dan pengetahuan termasuk teori motivasi untuk membantu perawat memperoleh apa yang mereka inginkan dari pekerjaan perawat. Kepala ruang memberi motivasi bawahan terkait usaha kolektif, dan menghasilkan kesediaan untuk melakukan usaha yang diinginkan untuk mencapai sasaran (Darwito, 2008).

Keberhasilan dalam dalam pendelegasian dipengaruhi oleh adanya komunikasi yang jelas dan lengkap. Kelengkapan informasi yang disampaikan, akurasi terhadap pesan, penggunaan kata-kata atau istilah yang mudah diterima oleh penerima pesan. Ketersediaan sumber dan sarana mempermudah proses pendelegasian. Kepala ruang sebagai pihak yang memberikan wewenang harus melakukan upaya monitoring dan pelaporan kemajuan tugas limpah (Weiss, Yakusheva & Bobay, 2011).

Seorang manajer harus bisa membawa timnya ke target yang telah ditetapkan. Keterbatasan waktu dan tenaga, akan lebih efektif jika ada upaya mendelegasikan sebagian tugas-tugas, terutama yang bersifat teknis lapangan kepada anak buah (Hudson, 2008). Manajer juga harus mampu memberikan pengarahan tentang strategi pencapaian tujuan, mampu berkomunikasi dengan bawahannya untuk memastikan bahwa sasaran dan penugasan telah dipahami dengan baik (Potter, 2010).

Praktek kolaborasi terbentuk disaat seseorang berusaha memuaskan kebutuhannya sendiri dan kebutuhan pihak lain secara maksimal. Hal ini didukung oleh penelitian Rumanti (2010) dengan judul analisis pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di unit rawat inap. Hasil dari penelitian tersebut didapatkan bahwa praktek kolaborasi perawat dokter memerlukan pengetahuan, sikap yang profesional mulai dari cara komunikasi, cara kerjasama dengan pasien

maupun dokter sampai kepada ketrampilan perawat dalam membuat keputusan.

Kepala ruang perlu melakukan supervisi dengan tujuan antara lain adalah: menilai pelaksanaan kerja apakah sesuai dengan perencanaan, memeriksa hasil kerja, dan meningkatkan kinerja (Sitorus & Panjaitan, 2011). Menurut Depkes (2008) prinsip supervisi keperawatan adalah sebagai berikut: 1) Supervisi dilakukan sesuai struktur organisasi. 2) Supervisi memerlukan pengetahuan dasar manajemen, ketrampilan hubungan antar manusia dan kemampuan menerapkan prinsip manajemen dan ketrampilan. 3) Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas dan terorganisir dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan, atau kebijakan, uraian tugas, dan standar. 4) Supervisi adalah proses kerja sama yang demokratis antara supervisor dan perawat pelaksana (staf perawat). 5) Supervisi menggunakan proses manajemen termasuk menerapkan misi, falsafah, tujuan, dan rencana spesifik untuk mencapai tujuan. 6) Supervisi menciptakan lingkungan yang mendukung komunikasi yang efektif, merangsang kreatifitas, dan motivasi. 7) Supervisi mempunyai tujuan utama atau akhir yang memberi keamanan, hasil guna, dan daya guna pelayanan keperawatan yang memberikan kepuasan pasien, perawat dan manajer.

Hasil penelitian Gatot dan Adiasasmito (2005) menunjukkan bahwa ada hubungan antara unsur tenaga, pelatihan, sarana, supervisi, reward, punishment, waktu, kegunaan dan motivasi dengan pelaksanaan pendokumentasian proses keperawatan, faktor yang paling dominan mempengaruhi dokumentasi keperawatan adalah tenaga dan motivasi. Penelitian lain oleh Pribadi (2009) dengan judul analisis pengaruh faktor pengetahuan, motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil dari penelitian tersebut adalah ada hubungan faktor pengetahuan, motivasi, persepsi tentang supervisi perawat terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Kepala ruang perlu meningkatkan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dengan usaha meningkatkan pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan sekaligus kemampuan kepala ruang dalam

supervisi secara bersama-sama. Begitu pula dengan kepala ruang di RSUD Ambarawa diharapkan menjalankan dan meningkatkan supervisi yang sudah berjalan, meliputi upaya kegiatan pembinaan, bimbingan, atau pengawasan dalam rangka menetapkan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Dengan supervisi yang efektif, seorang pimpinan dapat memberikan inspirasi kepada bawahan untuk bersama-sama menyelesaikan pekerjaan dengan jumlah lebih banyak, waktu lebih cepat, cara lebih mudah, dan hasil yang lebih baik daripada jika dikerjakan sendiri.

Partisipan dalam menjalankan fungsi pengawasan yakni pengawasan terhadap dokumentasi keperawatan, kepuasan pasien dan perawat serta penilaian kinerja. Menurut Sabarguna (2011) prinsip pengawasan yakni: mengontrol jadwal kerja dan kehadiran staf, mengontrol pekerjaan dan perkembangan staf dalam melaksanakan tugas serta pencapaian tujuan organisasi, melakukan evaluasi kinerja dan kepuasan kerja, memberikan umpan balik dan tindak lanjut dan meningkatkan program mutu. Lebih lanjut Huber (2010) menyatakan prinsip dari pengawasan adalah: memastikan pelaksanaan pekerjaan sesuai rencana, sehingga harus ada perencanaan tertentu dan intruksi dan wewenang kepada bawahan kita dan manajer diharapkan mampu merefleksikan sifat-sifat dan kebutuhan dari aktifitas yang harus dievaluasi, dapat dengan segera melaporkan penyimpangan-penyimpangan.

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan hal yang sangat penting, namun dalam prakteknya masih banyak hambatan-hambatan yang mengakibatkan pendokumentasian belum sempurna. Hasil dari penelitian Achiyat (2005) didapatkan bahwa kurang patuhnya perawat akan berakibat rendahnya mutu asuhan keperawatan dan masih banyak lagi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sedangkan penelitian Sumaedi (2009) tentang persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dapat disimpulkan bahwa persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian masih kurang baik oleh karena itu diperlukan dukungan dari manajemen rumah sakit untuk menghilangkan hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Kualitas pelayanan keperawatan dapat dinilai melalui adanya standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan ini diwujudkan dalam bentuk proses keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi serta pendokumentasian asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat(Kuswanto & Subekti, 2009).

Fungsi pengawasan meliputi penetapan peraturan, monitoring dan tindakan korektif/perbaikan. Hasil penelitian Neuhauser (2011) menunjukkan bahwa fungsi pengendalian oleh kepala ruang memiliki pengaruh yang signifikan terhadap disiplin perawat di ruangan. Menurut Simanjuntak (2011) pengawasan juga meliputi penilaian kinerja yang merupakan suatu pedoman yang diharapkan dapat menunjukkan prestasi kerja karyawan secara rutin dan teratur. Berdasarkan penilaian kinerja ini pengembangan karir perawat dapat dinilai oleh manajemen rumah sakit. Pada intinya penilaian kinerja dapat dianggap sebagai alat untuk memferifikasi bahwa individu-individu memenuhi standar kinerja yang ditetapkan.

Penilaian kinerja digunakan untuk perbaikan prestasi kerja, penyesuaian kompensasi, keputusan-keputusan penempatan, kebutuhan latihan dan pengembangan, perencanaan dan pengembangan karir, penanggulangan penyimpangan-penyimpangan proses *staffing*, ketidakakuratan informasi, mencegah kesalahan desain pekerjaan, kesempatan kerja yang adil serta menghandapat tantangan eksterna (Sabarguna, 2011). Pengawasan yang berhubungan dengan kinerja adalah disiplin dan informasi, dan subvariabel pengawasan adalah yang paling berhubungan dengan kinerja adalah disiplin (Liestyaningrum, 2010). Selain penilaian kinerja kepuasan kerja perawat dan pasien juga mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Kepuasan kerja adalah keadaan emosional yang menyenangkan atau tidak menyenangkan dengan mana para karyawan memandang pekerjaan mereka. Kepuasan kerja mencerminkan perasaan seseorang terhadap pekerjaannya. Ini nampak dalam sikap positif karyawan terhadap pekerjaan dan segala sesuatu yang dihadapi dilingkungan kerjanya (Gatot & Adisasmito, 2005). Menurut Burns (2009) kepuasan kerja adalah perasaan menyokong atau tidak menyokong yang dialami pegawai dalam bekerja.

Kepuasan kerja menjadi hal penting karena dapat mempengaruhi kinerja karyawan menurut Vinni (2006) sebab seseorang memiliki kepuasan yang tinggi akan memandang pekerjaannya sebagai hal yang menyenangkan, berbeda dengan karyawan yang memiliki kepuasan kerja rendah, ia akan melihat pekerjaannya sebagai hal yang menjemukan dan membosankan sehingga karyawan tersebut bekerja dalam keadaan terpaksa. Kepuasan pasien menurut Paolo, Saraiva, and Rodriguez (2009) mengemukakan kualitas produk dan jasa, kepuasan pelanggan dan profitabilitas perusahaan adalah tiga hal yang terkait erat. Semakin tinggi pula tingkat kualitas semakin tinggi tingkat kepuasan pelanggan yang dihasilkan, yang mendukung harga yang lebih tinggi dan (sering kali) biaya yang lebih rendah. Kualitas jelas merupakan kunci untuk menciptakan nilai dan kepuasan pelanggan.

Kepala ruang sudah berusaha melaksanakan semua fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan dan pengawasan. Namun belum semua elemen dari fungsi manajemen sudah dilakukan oleh kepala ruang. Sebagai contoh dalam melaksanakan fungsi perencanaan, kepala ruang belum melakukan perencanaan anggaran. Hal ini disebabkan perencanaan anggaran sudah ditetapkan dari bidang keperawatan berdasarkan keputusan direktur. Sedangkan ketenagaan, kepala ruang tidak melakukan proses rekrutmen dan seleksi tenaga. Wewenang rekrutmen merupakan wewenang direktur.

5.1.3 Hambatan yang ada dalam mengelola ruang rawat

Temanya adalah keterbatasan tenaga, fasilitas, sarana dan prasarana, birokrasi dan budaya pasien. Secara teoritis ada 3 (tiga) kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku tersebut menurut Gibson, 1999; Ilyas, 2011 dan Simanjuntak, 2011, yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Variabel individu meliputi karakteristik individu meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan lama kerja, mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu (Ilyas, 2011).

Variabel organisasi menurut Gibson (1999) berefek tidak langsung terhadap kinerja individu. Kinerja setiap pekerja, kinerja unit-unit kerja dan kinerja perusahaan dapat ditingkatkan melalui dukungan organisasi. Dukungan organisasi dan pelaksanaan fungsi manajemen bertujuan untuk memberikan kemudahan, memfasilitasi dan mendorong semua pekerjaannya agar dapat menaikkan kinerjanya secara optimal (Simanjuntak, 2011). Variabel psikologis menurut Gibson 1999 (dalam Ilyas, 2011) banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat social, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis merupakan hal yang kompleks, sulit diukur, dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya, dan keterampilan berbeda satu dengan yang lainnya.

Menurut Neuhauser (2011) hambatan-hambatan dalam ketenagaan diantaranya kemangkiran/absen dari perawat yaitu merupakan kehilangan waktu yang berakibat kerugian secara kualitas dan ekonomi bagi instansi. Hambatan berikutnya keluar masuknya tenaga (*Turn over*). *Turn over* ini sangat mengganggu pelaksanaan pelayanan keperawatan yang akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan. Sedangkan hambatan yang sering didapatkan pada perawat adalah kejenuhan (*Burn out*), yaitu keadaan dimana perawat merasa dirinya semakin kurang kemampuannya, beban kerjanya yang berlebihan sehingga menjadi kurang produktif.

Banyak faktor yang mempengaruhi ketenagaan di rumah sakit. Dengan ketenagaan yang kurang dan formasi yang tidak sesuai di setiap ruangan maka akan mempengaruhi terhadap penurunan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Dengan penurunan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan berarti fungsi dokumentasi sebagai alat komunikasi, mekanisme pertanggung gugatan, metode pengumpulan data, sarana pelayanan keperawatan, sarana evaluasi, sarana meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan, sarana pendidikan, audit pelayanan keperawatan, akan tidak mempunyai fungsi dan manfaat yang maksimal dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tetapi ada beberapa perawat yang juga berpendapat, walaupun tenaga cukup tetapi motivasi perawat tidak ada maka pendokumentasian asuhan keperawatan juga tidak akan berfungsi maksimal (Mangala, 2006).

Lebih lanjut Saining, Hamzah & Indar (2012) berdasarkan dukungan sosial, belum ada dukungan dari rumah sakit terhadap pengembangan karir disebabkan rumah sakit jarang mengadakan pelatihan dan mengikutkan perawat terhadap kegiatan yang berhubungan dengan pengembangan ilmu. Berdasarkan kompensasi yakni pencairan dana yang terlambat dan juga manajemen rumah sakit tidak memberikan tunjangan hari raya. Sedangkan menurut penelitian Irawan & Yuliasesti (2010) birokrasi juga bisa menjadi hambatan dalam mencapai suatu tujuan. Beberapa tahap birokrasi yang harus dilalui antara lain: regulasi dari pimpinan, training, dan sosialisasi. Berbagai kendala proses birokrasi adalah: pimpinan kurang mempunyai komitmen, tantangan dari pihak lain, alat komunikasi yang terbatas dan kurangnya skill pengelola.

Secara umum kondisi di atas berpangkal pada buruknya tiga aspek yaitu pola penyelenggaraan (ketatalaksanaan), sumber daya manusia, dan kelembagaan pelayanan publik di Indonesia yang meliputi (Syukri, 2007). Pola penyelenggaraan kurang responsif, kurang informatif, kurang *accessible* kurang koordinasi, terlalu birokratis, tidak mau mendengar, dan inefisien. Sumber daya manusia kurang profesional, kompeten, empati, dan beretika. Kelembagaan cenderung hierarkis dan tidak dirancang agar mampu memberikan pelayanan pada masyarakat secara efisien dan optimal.

Reformasi birokrasi pada prinsipnya merupakan upaya untuk membenahi ketiga aspek di atas. Diharapkan dengan adanya pembaruan dalam ketatalaksanaan, sumber daya manusia, dan kelembagaan akan diperoleh beberapa manfaat yaitu jaminan kepada masyarakat bahwa mereka akan mendapat pelayanan dengan mutu yang dapat dipertanggungjawabkan, perbaikan kinerja pelayanan publik, dan meningkatkan mutu layanan (Sutopo & Suryanto Adi, 2009).

Hambatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien salah satunya adalah budaya pasien. Perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dengan memperhatikan tingkat pendidikan, karakter pribadi pasien, efek hospitalisasi, stres akibat penyakit, ansietas, menurunnya fungsi tubuh (pancaindra), kurangnya waktu untuk belajar, kompleksitas target yang harus dicapai, ketidaknyamanan, ketidakmanusiawian sistem perawatan yang sering menyebabkan frustrasi dan ketidakpedulian (Turner, 2010). Budaya seringkali terkait dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan seseorang (Mangala, 2006).

Pendidikan pasien yang rendah, karakter pasien yang kurang motivasi dan keras kepala serta dipulangkannya pasien dengan cepat akan mempengaruhi kemampuan pasien dalam penerimaan pendidikan kesehatan yang di berikan. Selain itu bahasa dan budaya yang telah disebutkan informan juga sangat mempengaruhi berhasil tidaknya sebuah pendidikan kesehatan. Untuk itu penting dilakukan pengkajian yang memadai pada pasien sebelum dilakukan pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa sebelum memberikan pendidikan kesehatan, perawat mengkaji pemahaman pasien, kemudian memberikan pendidikan kesehatan sesuai masalah kesehatan pasien dan mengkaji ulang pemahaman pasien setelah pemberian pendidikan kesehatan. Pengkajian ini penting dilakukan untuk meminimalis kegagalan pemberian pendidikan kesehatan dari sisi pasien (Potter, 2010).

Sumiyati (2006) menyatakan pemahaman perawat tentang hambatan-hambatan dalam pemberian pendidikan kesehatan pada pasien di rumah sakit terdiri atas hambatan dari pasien dan perawat. Hambatan dari pasien antara lain: pendidikan rendah, mitos, budaya dan kepribadian sifat pasien dan bahasa. Hambatan dari perawat sendiri antara lain: waktu yang terbatas, terlalu banyak pekerjaan dan pasien, sibuk, malas, tenaga perawat terbatas dan pengetahuan perawat kurang. Pemahaman perawat terhadap pelaksanaan pendidikan kesehatan bahwa perawat pernah atau sering memberikan pendidikan kesehatan baik dengan persiapan ataupun tanpa persiapan sebelumnya. Pandangan perawat terhadap hasil pemberian pendidikan kesehatan pada pasien di rumah sakit adalah cukup berhasil.

Hambatan-hambatan pimpinan dalam meningkatkan loyalitas kerja pegawai : kepuasan kerja pegawai, pola pikir pegawai dengan prinsip-prinsip yang kaku, dan kurang terbuka (transparan). Pemecahan masalah dalam mengatasi hambatan-hambatan dalam meningkatkan loyalitas kerja pegawai : meningkatkan kesejahteraan pegawai, memonitor bawahan, dan membangun komunikasi interaktif (Irawan & Yuliasesti, 2010). Sedangkan pemahaman perawat tentang hambatan-hambatan dalam pemberian pendidikan kesehatan pada pasien di rumah sakit terdiri atas hambatan dari pasien dan perawat. Hambatan dari pasien antara lain: pendidikan rendah, mitos, budaya dan kepribadian sifat pasien dan bahasa. Hambatan dari perawat sendiri antara lain: tenaga perawat terbatas dan pengetahuan perawat kurang (Lasmito & Rachma, 2011).

Hambatan yang ada dan diperoleh kepala ruang dalam mengelola ruang rawat yang diungkapkan oleh partisipan pada penelitian ini tentu saja menimbulkan dampak terhadap pelaksanaan peran dan fungsi kepala ruang. Dampak tersebut antarlain ada sebagian kepala ruang membuat jadwal dinas yang tidak sesuai dengan aturan yakni perawat sif siang berangkat lebih awal dan perawat sif pagi waktu dinasnya lebih lama. Keterbatasan fasilitas dan sarana prasarana seringkali mengganggu kegiatan asuhan keperawatan pada pasien sehingga timbul keluhan dari pasien dan keluarga. Birokrasi yang berbelit-belit cukup mengganggu terutama pengajuan usulan kebutuhan alat dan barang. Budaya

pasien yang kurang baik dapat terjadi akibat pendidikan dan pengetahuan yang masih kurang. Upaya untuk meminimalkan hambatan yang ada dapat ditempuh melalui pengaturan tenaga yang ada dengan memaksimalkan tenaga yang tersedia, penyederhanaan proses birokrasi dan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga.

5.1.4 Dukungan yang diperoleh kepala ruang dalam mengelola ruang rawat

Semua partisipan menyatakan mendapat dukungan dari atasan dan pimpinan, anak buah atau staf di ruangan dan sesama kepala ruang yang lain.

Pengaruh hubungan personal (*Impersonal impact*) yaitu derajat dimana kinerja mampu mengekspresikan kepercayaan diri, kemauan baik, itikat baik, kerjasama sesama karyawan maupun bagian sub ordinatnya. Kinerja mempunyai dampak terhadap hubungan personal dengan pegawai maupun pimpinan (Saining, Hamzah & Indar, 2012). Menurut pendapat Gatot dan Adisasmito (2005) dalam penelitiannya hubungan karakteristik perawat, isi pekerjaan dan lingkungan pekerjaan terhadap kepuasan kerja perawat di instalasi rawat inap menyatakan bahwa faktor dominan dari isi pekerjaan yang menyebabkan kepuasan kerja perawat yaitu factor penghargaan dan otonomi, sedangkan faktor dominan dari lingkungan pekerjaan berkaitan dengan faktor hubungan dengan rekan, hubungan dengan atasan langsung dan kondisi tempat kerja.

Pengelolaan sumber daya manusia menurut Sabarguna (2011) hal penting yang harus diperhatikan adalah upaya-upaya untuk memelihara hubungan yang kontinu dan serasi terhadap karyawan. Upaya tersebut berkenaan dengan kepuasan seorang karyawan dalam bekerja. Kepuasan kerja merupakan wujud dari persepsi karyawan yang tercermin dalam sikap dan terfokus pada perilaku terhadap pekerjaan. Juga merupakan suatu bentuk interaksi manusia dengan lingkungan pekerjaannya. Kepuasan kerja yang tinggi merupakan tanda bahwa manajer telah melakukan manajemen perilaku yang efektif (Paolo, Saraiva & Rodriguez, 2009).

Keeratan/pengaruh terkuat lain terhadap kepuasan kerja adalah hubungan dengan atasan langsung. Hubungan dengan atasan langsung yang harmonis akan membuat bawahan menjadi respek terhadap atasan dan setiap tugas yang diberikan akan dikerjakan dengan baik dan penuh kesungguhan sehingga proses pendelegasian tugas berjalan dengan baik. Situasi kerja tersebut akan menciptakan komunikasi yang baik sehingga memudahkan mekanisme kerja sama secara tim serta dapat mewujudkan suasana kerja yang nyaman, kondusif dan dapat mewujudkan kepuasan dalam bekerja (Darwito, 2008).

5.1.5 Harapan terhadap atasan atau pimpinan langsung agar perannya optimal

Harapan partisipan dalam mengelola ruang rawat adalah peningkatan reward bagi perawat, perbaikan fasilitas, tindak lanjut dari pimpinan, pengembangan SDM dan pimpinan diharapkan bisa menjadi role model. Menurut Beck (2005) ada dua belas kunci utama dalam kepuasan kerja yaitu: input, hubungan manajer dengan staf, disiplin kerja, lingkungan tempat kerja, istirahat dan makanan yang cukup, diskriminasi, kepuasan kerja, penghargaan penampilan, klarifikasi kebijaksanaan, prosedur, dan keuntungan, mendapatkan kesempatan, pengambilan keputusan, dan gaya manajer.

Menurut Leer (2006) beberapa usaha positif dalam rangka menyelenggarakan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja, yaitu orientasi, supervisi, partisipasi, komunikasi, rekognasi, delegasi, kompensasi, integrasi, dan motivasi silang. Lebih lanjut Turner (2010) menunjukkan bahwa cara yang ditempuh untuk meningkatkan semangat kerja adalah memberi kompensasi kepada tenaga kerja dalam porsi yang wajar, tetapi tidak memaksakan kemampuan, menciptakan kondisi kerja yang menggairahkan semua pihak, memperhatikan kebutuhan yang berhubungan dengan spiritual tenaga kerja. Untuk meningkatkan semangat kerja dilakukan pemberian gaji yang cukup, memperhatikan kebutuhan rohani, menciptakan suasana kerja yang nyaman, memperhatikan harga diri, menempatkan posisi pekerja pada tempatnya, dan memberikan fasilitas yang menyenangkan.

Menurut Pribadi (2009) insentif merupakan bagian dari imbalan. Secara umum imbalan dibagi menjadi dua kategori, yaitu imbalan langsung, yang terdiri dari komponen imbalan yang diterima secara langsung, rutin atau periodik oleh pekerja/karyawan dan tidak langsung, terdiri dari komponen imbalan yang diterima nanti atau bila terjadi sesuatu pada karyawan. Berikut ini dua penjelasan dari dua kategori imbalan tersebut, yaitu: imbalan langsung, terdiri dari: upah/gaji pokok, tunjangan tunai sebagai suplemen upah/gaji yang diterima setiap bulan atau minggu, tunjangan hari raya dan hari keagamaan lainnya, bonus yang dikaitkan atau tidak dikaitkan dengan prestasi kerja atau kinerja perusahaan, insentif sebagai penghargaan untuk prestasi termasuk komisi. Imbalan tidak langsung, terdiri dari: fasilitas/kemudahan seperti transportasi, pemeliharaan kesehatan dan lain sebagainya, upah/gaji yang tetap diterima oleh pekerja selama cuti dan izin meninggalkan pekerjaan, bantuan dan santunan untuk musibah, pendidikan gratis dan asuransi.

Hasil penelitian Pribadi (2009) menunjukkan bahwa : 1) Analisis pekerjaan keperawatan (Penanggung Jawab, Kepala Ruang, Ketua Tim, Perawat Pelaksana) masih tumpang tindih, wewenang dan pengambilan keputusan belum dibuat secara tertulis. Menurut Burns (2009) peran kepemimpinan atasan dalam memberikan kontribusi pada karyawan untuk pencapaian kinerja yang optimal dilakukan melalui lima cara yaitu: (1) pemimpin mengklarifikasi apa yang diharapkan dari karyawan, secara khusus tujuan dan sasaran dari kinerja mereka, (2) pemimpin menjelaskan bagaimana memenuhi harapan tersebut, (3) pemimpin mengemukakan kriteria dalam melakukan evaluasi dari kinerja secara efektif, (4) pemimpin memberikan umpan balik ketika karyawan telah mencapai sasaran, dan (5) pemimpin mengalokasikan imbalan berdasarkan hasil yang telah mereka capai.

Hasil penelitian Darwito (2008) menunjukkan bahwa : peranan kepemimpinan situasional dalam meningkatkan loyalitas kerja pegawai adalah sebagai berikut : penyelaras (*Aknisif*). Dengan pola kepemimpinan situasional yang memahami tingkat kematangan bawahan maka segenap unsur yang terlibat didalamnya baik pimpinan maupun pegawai dapat bekerja dan bekerjasama

dengan baik, sebagai upaya penciptaan aparatur pemerintahan yang berkompeten dalam menciptakan *Good Governance* dan pelayanan publik.

Darwito (2008) juga menyatakan struktur, sistem dan proses operasional organisasi memberikan dukungan pada pencapaian visi dan misi organisasi. Kepala ruang sebagai pemberdaya (*Empowering*). Kepala ruang menggerakkan semangat/memotivasi para bawahannya agar dapat mengungkapkan bakat/ketrampilan, kecerdikan, dan kreativitas agar mampu menciptakan mengerjakan apapun dan konsisten dengan prinsip-prinsip yang disepakati sesuai dengan tingkat kematangan bawahan yang berbeda-beda, sehingga loyalitas kerja bawahan akan meningkat.

Usaha pimpinan dalam meningkatkan loyalitas kerja pegawai : menciptakan iklim kerja yang menyenangkan, diantaranya adanya rasa kebersamaan, kenyamanan bekerja, kekompakan dan persaudaraan yang erat, merealisasikan program-program kebijaksanaan (Achiyat, 2005). Pimpinan dalam meningkatkan loyalitas kerja pegawai perlu memperhatikan hal berikut: kepuasan kerja pegawai, pola pikir pegawai dengan prinsip-prinsip yang kaku, kurang terbuka (transparan). Pemecahan masalah dalam mengatasi hambatan-hambatan dalam meningkatkan loyalitas kerja pegawai : meningkatkan kesejahteraan pegawai, memonitor bawahan, dan membangun komunikasi interaktif (Irawan & Yuliasesti, 2010).

Imbalan yang tidak sebanding dan belum layak dengan apa yang telah mereka kerjakan, akan berakibat terjadinya keresahan, penurunan gairah kerja, motivasi kerja dan ketidakpuasan dalam bekerja (Neuhauser, 2011). Ketidakpuasan perawat dalam bekerja mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien. Pihak manajemen rumah sakit seyogyanya harus memahami dengan baik mengenai imbalan dan dapat merancang kembali sistem imbalan sedemikian rupa sehingga mampu untuk memotivasi serta meningkatkan gairah kerja pegawai (Baalbaki, 2008).

Harapan agar kepala ruang sebagai *role model* di ruangan. "*Example is the best policy*", mungkin prinsip inilah yang penting untuk diterapkan dalam

melakukan semua tindakan bagi seorang pimpinan dimanapun berada. Seringkali kata-kata saja kurang efektif, sulit untuk dimengerti, maka dalam kondisi seperti ini tindakan yang paling tepat adalah dengan memberikan contoh konkret bagaimana bersikap dan bagaimana melakukan suatu tugas (Merrill, 2011). Kepala ruang sebagai seorang pimpinan juga harus menyadari bahwa anak buah akan melihat dan mengamati tingkah laku pimpinan mereka sebagai pedoman tingkah laku di tempat kerja. Jadi jika pimpinan menginginkan anak buah untuk disiplin dalam waktu, sang pimpinan pun harus memperlihatkan contoh konkret dalam menerapkan disiplin waktu, misalnya tidak datang terlambat, menyelesaikan tugas sesuai *deadline*, atau jika mungkin sebelum *deadline*.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Peran peneliti sebagai instrumen dalam penelitian kualitatif sangat mempengaruhi hasil temuan penelitian. Selama proses penelitian peneliti sudah berupaya mengantisipasi hambatan yang sekiranya ada antaralain dengan melakukan uji coba FGD. Uji coba FGD dilakukan pada kepala ruang IGD, OK dan Kebidanan yang mempunyai karakteristik berbeda dengan sampel. Hasil uji coba dikonsultasikan kepada pembimbing. Peneliti mengidentifikasi beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu: peneliti menyadari kemampuan peneliti dalam melakukan FGD maupun wawancara mendalam masih kurang.

5.3 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini memiliki implikasi bagi pelayanan kesehatan dan bagi perkembangan ilmu keperawatan.

5.3.1 Implikasi bagi pelayanan kesehatan

Informasi yang dideskripsikan oleh kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap dapat memberikan gambaran tentang pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap. Pengalaman kepala ruang terkait respon sebagai manajer lini dalam menjalankan peran dan fungsinya, melaksanakan fungsi manajemen, hambatan yang ada dalam mengelola ruang rawat inap dan dukungan dan harapan agar perannya sebagai kepala ruang dapat optimal. Tugas dan tanggungjawab yang berat sebagai kepala ruang dapat diatasi antaralain dengan melaksanakan pendelegasian kepada staf di ruangan.

Pendelegasian dapat dilakukan terkait tugas pembuatan jadwal dinas, melakukan asuhan keperawatan, supervisi anak buah dan bimbingan. Evaluasi dan tindaklanjut dari hasil pendelegasian tetap dilakukan oleh kepala ruang.

Tingkat pendidikan kepala ruang yang masih rendah dapat diupayakan dengan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi yakni S1 keperawatan dan Ners. Pelatihan dapat dilakukan terkait dengan peningkatan ketrampilan dan keahlian khusus seperti pelatihan manajemen terkait fungsi perencanaan. Dengan adanya fungsi perencanaan yang baik diharapkan fungsi manajemen yang lain akan baik pula karena perencanaan merupakan ujung tombak pelaksanaan fungsi manajemen. Ruang rawat inap yang dikelola dengan manajemen dan manajer yang baik diharapkan akan meningkatkan kepuasan baik bagi perawat maupun pasien sehingga mutu pelayanan kesehatan juga semakin meningkat. Indikator peningkatan mutu ini dapat dilihat dari angka infeksi nosokomial rendah, tidak ada kejadian pasien jatuh, tidak ada kejadian dekubitus, pasien puas dengan pelayanan yang diberikan dan kepuasan kerja perawat meningkat.

Kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap dengan melaksanakan fungsi manajemen. Temuan dalam penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu pertimbangan bagi manajemen rumah sakit untuk segera melakukan evaluasi pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang dan menjadi masukan sebagai data dasar pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan terutama dalam area manajemen keperawatan. Evaluasi tersebut terkait elemen dari fungsi manajemen yang belum tercapai agar mendapat solusi yang tepat.

Harapan kepala ruang dalam mengelola ruang rawat meliputi peningkatan reward bagi perawat, perbaikan fasilitas, tindaklanjut dari pimpinan dan pengembangan SDM. Dukungan dari semua pihak yakni staf, sesama kepala ruang dan atasan merupakan modal kepala ruang dalam meningkatkan peran dan fungsinya di ruangan.

Harapan dan dukungan ini diharapkan mendapat perhatian dan tindak lanjut dalam upaya meningkatkan kemampuan manajerial dan kepemimpinan kepala

ruang sehingga dapat menjadikan acuan peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

5.3.2 Implikasi bagi perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini memberikan informasi tentang pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap yang belum sepenuhnya memenuhi elemen-elemen dalam fungsi manajemen beserta hambatan, dukungan dan harapan kepala ruang agar peran dan fungsinya dalam mengelola ruang rawat inap optimal. Hal ini berdampak pada mahasiswa yakni belum adanya *role model* kepala ruang di rumah sakit. Pengelolaan ruang rawat yang baik akan lebih mudah jika kepala ruang memiliki kemampuan yang baik dalam menjalankan fungsi manajemen beserta elemen-elemennya di ruangan.

Penelitian ini memberikan informasi tentang pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap dengan menggunakan desain penelitian kualitatif, yang belum banyak diteliti dan diharapkan memberikan manfaat terhadap kepala ruang dan pelayanan keperawatan. Hal ini dapat dijadikan landasan untuk peneliti selanjutnya untuk lebih memperdalam hambatan dan dukungan yang dibutuhkan kepala ruang agar kinerjanya baik. Elemen yang belum dilaksanakan dengan optimal seperti perencanaan dan ketenagaan perencanaan dan ketenagaan dapat digali lebih mendalam.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Peneliti menjelaskan simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan dalam bab ini. Peneliti juga menyampaikan saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian.

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini terdapat beberapa kesimpulan tentang gambaran arti dan makna pengalaman kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa teridentifikasi lima belas tema sebagai jabaran dari lima tujuan khusus sebagai berikut:

- 6.1.1 Gambaran respon kepala ruang terhadap peran dan fungsinya sebagai manajer lini ruang rawat inap terdiri dari 2 tema yakni kepala ruang mempunyai tugas dan tanggungjawab yang berat dan kepala ruang dibantu banyak pihak. Tugas dan tanggungjawab kepala ruang yang berat dapat dimaknai sebagai beban kerja berlebih. Pelaksanaan peran dan fungsi kepala ruang dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya tingkat pendidikan dan lama kerja.
- 6.1.2 Persepsi kepala ruang dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen ruang rawat inap meliputi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengawasan. Fungsi-fungsi utama dalam manajemen belum secara utuh dilaksanakan dalam setiap fungsinya. Kepala ruang sudah menjalankan elemen-elemen pada setiap fungsi manajemen namun masih ada elemen yang belum dilaksanakan. Elemen yang belum dilaksanakan antarlain: *maintenance*, pengembangan, *refresing* dan *job training*.
- 6.1.3 Hambatan yang ada selama kepala ruang mengelola ruang rawat inap meliputi keterbatasan tenaga dan alat, birokrasi dan budaya pasien. Ketenagaan yang kurang dan formasi alat yang tidak sesuai di setiap ruangan mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan. Birokrasi juga bisa menjadi hambatan dalam mencapai suatu tujuan. Budaya pasien dan perawat yang berupa kebiasaan dan

rutinitas yang tidak sesuai merupakan hambatan dalam pemberian pendidikan kesehatan pada pasien di rumah sakit.

- 6.1.4 Dukungan yang diperoleh kepala ruang dalam mengelola ruang rawat inap meliputi dukungan dari staf, sesama kepala ruang dan dari atasan. Pengaruh hubungan personal yaitu derajat dimana kinerja mampu mengekspresikan kepercayaan diri, kemauan baik, itikat baik, kerjasama sesama karyawan maupun bagian sub ordinatnya. Faktor lingkungan pekerjaan berkaitan dengan hubungan dengan rekan, hubungan dengan atasan langsung dan kondisi tempat kerja.
- 6.1.5 Harapan kepala ruang terhadap pimpinan atau atasan langsung agar perannya lebih optimal meliputi peningkatan reward bagi perawat, perbaikan fasilitas dan sarana prasarana, tindaklanjut dari pimpinan dan pengembangan sumber daya manusia. Atasan dapat memberikan kontribusi pencapaian kinerja bawahan yang optimal melalui: mengklarifikasi apa yang diharapkan dari karyawan, menjelaskan bagaimana memenuhi harapan tersebut, mengemukakan kriteria dalam melakukan evaluasi dari kinerja secara efektif, memberikan umpan balik ketika karyawan telah mencapai sasaran, dan mengalokasikan imbalan berdasarkan hasil yang telah mereka capai.

6.2 SARAN

6.2.1 Manajemen Rumah Sakit

- 6.2.1.1 Manajer rumah sakit diharapkan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan kepala ruang melalui pendidikan dan pelatihan terkait fungsi perencanaan dan ketenagaan yang mendukung kelancaran pelaksanaan tugas dengan cara pendidikan formal, pelatihan manajemen keperawatan, dan pelatihan manajemen logistik.
- 6.2.1.2 Manajemen perlu melengkapi uraian tugas kepala ruang, protap-protap pelayanan, peralatan medis dan keperawatan, serta SDM sesuai standar.
- 6.2.1.3 Bidang keperawatan perlu melakukan supervisi yang terstruktur dalam upaya memberikan bimbingan dan arahan untuk mendukung kelancaran pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang.

6.2.1.4 Diperlukan adanya kebijakan dari wakil direktur pelayanan medik rumah sakit yang mendukung adanya penilaian kinerja kepala ruang dan perawat pelaksana yang dihubungkan dengan kompensasi.

6.2.2 Bagi Kepala Ruang

- 6.2.2.1 Perlu meningkatkan pemahaman tentang strategi menyusun perencanaan ruangan.
- 6.2.2.2 Perlu meningkatkan pemahaman tentang strategi rekruiement tenaga.
- 6.2.2.3 Melaksanakan pendokumentasian semua kegiatan yang dilakukan.
- 6.2.2.4 Meningkatkan pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi.
- 6.2.2.3 Selalu berupaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan non formal seperti pelatihan dan seminar untuk menunjang kelancaran dalam menjalankan tugas.

6.2.3 Bagi Himpunan Perawat Manajer

- 6.2.3.1 Diharapkan menyusun kebijakan bersama dengan rumah sakit untuk mengadakan pelatihan manajemen keperawatan guna meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan anggotanya yang bertugas di rumah sakit.
- 6.2.3.2 Bekerjasama dengan institusi pendidikan dan rumah sakit guna mengadakan pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan pendidikan anggota keperawatan yang masih berpendidikan D3 Keperawatan ke jenjang S1 Keperawatan.

6.2.4 Bagi Peneliti yang lain

- 6.2.4.1 Perlu penelitian lebih lanjut terkait variabel lain dari dukungan dan hambatan kepala ruang dalam mengelola ruang rawat partisipan di tempat lain dengan *mix methode*.
- 6.2.4.2 Tema lain yang dapat diteliti terkait manajemen kepala ruang, penilaian kinerja kepala ruang rawat inap serta dukungan material maupun spiritual yang diperoleh dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Daftar Pustaka

- Achayat. (2005). *Analisis pengaruh persepsi produk kebijakan pimpinan terhadap tingkat kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan di instalasi gawat darurat rumah sakit umum ambarawa kabupaten semarang*. Tesis Pasca Sarjana UNDIP. Diperoleh 6 Mei 2012.
- Afiyanti, Y. (2008). Focus group discussion (diskusi kelompok terfokus) sebagai metode pengumpulan data penelitian kualitatif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol 12, No.1, Maret.
- Ariffudin. (2008). Peranan staf dalam pengambilan keputusan. *Lentera Pendidikan*, Vol II No.2, Des.
- Baalbaki. (2008). Patient satisfaction with healthcare delivery systems. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* Vol. 2 No. 1, 2008 pp. 47-62 Emerald Group Publishing Limited.
- Baptista, Merighi & Freitas. (2011). The study of the phenomenology as one way of access for the improvement of the nursing assistance. Copyright of Cultura de los Cuidados, The property of Cultura de los Cuidados, diperoleh 1 Februari 2012
- Basrowi & Sukidin. (2010). *Metode penelitian kualitatif perspektif mikro*. Insan Medika. Surabaya
- Beck, J. (2005). Nurses' voice: the meaning of voice to experienced registered nurses employed in a magnet hospital workplace. *ProQuest Information and Learning Company*, diperoleh 1 februari 2012.
- Burn & Grove. (2010). *Understanding nursing research*. Philadelphian. WB Saunders Company.
- Burns, D. (2009). Clinical leadership for general practice nurses, 3 : *Leadership mechanisms Practice Nursing*, Vol 20, No 12
- Cartney, D. (2009). The nurse manager the neglected middle. *Healthcare Financial Management*, Aug , 63, 8. ProQuest. pg. 74
- Chan K. (2010). Interpretive phenomenology in health care research, Sigma Theta Tau International, website at. www.nursingknowledge.org, diperoleh 7 Februari 2012.
- Creswell, W. J. (2003). *Research design. qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 2nd ed, New Delhi: Matura SAGE Publications.

- Curtis, E & O'Connell. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff, *Nursing Management*, September 2011, Volume 18, Number 5
- Darwito. (2008). *Analisis pengaruh gaya kepemimpinan terhadap kepuasan kerja dan komitmen organisasi untuk meningkatkan kinerja karyawan*. Tesis Pasca Sarjana UNDIP. Diperoleh 5 Mei 2012.
- Denzin, N & Lincoln, Y. (2009). *Handbook of qualitative research*. Sage Publication. California.
- Depkes. (2008). *Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit*. Cetakan Keempat. Depkes. Jakarta
- Depkes RI. (2006). *Pedoman jenjang karir perawat profesional*. Depkes. Jakarta
- Donoghue & Nicholas G. (2009). Leadership styles of nursing home administrators and their association with staff turnover . *The Gerontologist*, Apr 2009; 49, 2; ProQuest, pg. 166
- Dowling. (2007). From husserl to van manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies* 44, 131–142.
- Earle V, (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? an overview of phenomenology's uses in nursing. Blackwell Publishing Ltd *Nursing Philosophy*, 11, pp. 286–296
- Elaswarapu, (2011). Enhancing dignity in care: the role of management., *Nursing & Residential Care* December, Vol 13, No 12
- Gatot & Adisasmito. (2005). Hubungan karakteristik perawat, isi pekerjaan dan lingkungan pekerjaan terhadap kepuasan kerja perawat di instalasi rawat inap rsud gunung jati Cirebon; *Makara, Kesehatan*, Vol. 9, No. 1, JUNI: 1-8
- Gillies D,A. (1999). *Nursing Management : a system approach*. 4rd edition. Philadelphia :WB Saunders Company
- Haaf, T. (2009). Nurse manager competency and the relationship to staff satisfaction, patient satisfaction, and patient care outcomes; *American Journal of Critical Care*; Mar; 15, 2; ProQuest. pg. 217
- Herawani. (2002). Persepsi kepala ruangan dan perawat pelaksana tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia* Volume 6, No 2, September 2002
- Huber D. (2010). *Leadership nursing and care management*. Seven edition. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

- Hudson, T. (2008). Delegation: building a foundation for our future nurse leaders. *MEDSURG Nursing*, Vol. 17/No. 6
- Ilyas, Y. (2011). *Perencanaan sumber daya manusia rumah sakit ; teori, metode dan formula*. Edisi I. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. Jakarta.\
- Irawan, F & Yuliasesti. (2010). Persepsi terhadap peranan birokrasi dan stress kerja perawat. *Humanitas*, Vol VII. No 2 Agustus
- Jones, Sambrook & Irvine. (2009). The phenomenological focus group: an oxymoron? The Authors. *Journal compilation*. Blackwell Publishing Ltd
- Lasmito & Rachma. (2011). Motivasi perawat melakukan pendidikan kesehatan di ruang anggrek rs tugurejo semarang. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, Vol I, No.2. Jun
- Leer, R. (2006). Effective nursing management: a solution for nurses job dissatisfaction, and low retention rate?. *ProQuest Information and Learning Company*, diperoleh 15 Februari 2012.
- Liestyaningrum, W. (2010). *Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang pengawasan kepala ruangan dengan kinerja di ruang rawat inap RSAL dr Mintohardjo*:<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id>
- Lorraine. (2010). Beyond doing: supporting clinical leadership and nursing practice in aged care through innovative models of care. Content Management Pty Ltd. *Contemporary Nurse* , 35(2): 157–170
- Luntley, M. (2010). What do nurses know?. *Nursing Philosophy*, Blackwell Publishing Ltd 12, pp. 22–33
- Kenna. (2011). Using a nursing productivity committee to achieve cost savings and improve staffing levels and staff satisfaction, *Critical Care Nurse* Vol 31, No. 6, Dec
- KNEPK. (2007). *Etik penelitian kesehatan*. <http://google.co.id>. diperoleh 15 Maret 2012
- Kuswantoro & Subekti. (2009). *Pengaruh pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruang dalam metode penugasan tim terhadap kinerja ketua tim di rsu dr saiful anwar malang*. Tesis Pasca Sarjana UNDIP. Diperoleh 5 Mei 2012.
- Mangala. (2006). Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care Narasimhan, *American Journal of Critical Care*; Mar 2006; 15, 2; ProQuest. pg. 217
- Mapp, T. (2008). Understanding phenomenology: the lived experience. *British Journal of Midwifery*, May 2008, vol 16, no 5

- Marquis, L. B. & Huston, J. C. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Company.
- Merrill. (2011). The relationship among nurse manager leadership style, span of control, staff nurse practice environment, safety climate, and nurse-sensitive patient outcomes. *ProQuest Information and Learning Company*, diperoleh 29 Januari 2012.
- Moleong, L. J. (2010). *Metodologi penelitian kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung: PT Rosdakarya.
- Neuhauser. (2011). *Impact of staff engagement on nurse satisfaction/retention and patient outcomes of patient satisfaction and ndnqi® indicators*. UMI Number: 1490875
- Notoatmojo, S. (2010). *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta
- Paolo, Saraiva & Rodriguez (2009). ISO 9001 Certification Research: Questions, Answers and Approaches. *International Journal of Productivity and Performance Management*. Vol. 26 No. 1, pp. 38-58.
- Polit, F. D & Beck T. (2010). *Nursing research; Principles and methodes*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Pringle J, Drummond J, & Lafferty E. (2011). Interpretative phenomenological analysis: a discussion and critique. *Nurse Researcher*. 18, 3, 20-24.
- Pribadi, A. (2009). Analisis pengaruh faktor pengetahuan, motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap rsud kelet provinsi jawa tengah di jepara. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, Vol I, No 4
- Potter, (2010). Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *Journal of Nursing Management*, 18, 157–165
- Rumanti. (2009). *Analisis pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di unit rawat inap rumah sakit jiwa daerah dr amino gondohutomo semarang*. Tesis Pasca Sarjana UNDIP. Diperoleh 4 Mei 2012.
- Rutherford, P., Moen, R., & Taylor, J. (2009). TCAB: The 'how' and the 'what': developing an initiative to involve nurses in transformative change. *American Journal of Nursing*, 109(11), 5-17.

- Rohmawati, T. (2005). *Hubungan fungsi manajemen kepala ruangan menurut persepsi perawat pelaksana dan karakteristik individu dalam melaksanakan asuhan keperawatan di ruang instalasi rawat inap RSUD Sumedang*. Tesis. Program Pascasarjana UI.
- Sabarguna, B. (2010). *Manajemen strategik rumah sakit*. Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY. Yogyakarta.
- Saining, Asiah & Indar. (2012), *Analisis faktor keinginan pindah kerja (intention turnover) perawat di rumah sakit umum daerah kabupaten buol provinsi sulawesi tengah*. Tesis Program Pasca Sarjana Unhas. Diperoleh 2 Maret 2012.
- Sigit. (2009). Pengaruh fungsi pengarahan kepala ruang dan ketua tim terhadap kepuasan kerja perawat pelaksana di rsud blambangan banyuwangi. *Jurnal Standarisasi* (8); 69-75
- Simanjuntak, P. (2011). *Manajemen sumber daya manusia*. FE Universitas Indonesia. Jakarta.
- Sitorus, R & Panjaitan, R. (2011). *Manajemen keperawatan: manajemen keperawatan di ruang rawat*. Sagung Seto. Jakarta
- Streubert, J. H. & Carpenter, R. D. (2003). *Qualitative research in nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Suarli, S. & Bahtiar, Y. (2011). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Surabaya: Erlangga.
- Syukri, F. (2007). Tinjauan sosio teknologi atas penerapan standar pelayanan publik di kabupaten jembrana bali. *Jurnal Standarisasi* (9): 69-75
- Sumiyati, A. (2006). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja kepala ruang rawat inap di rumah sakit dokter kariadi semarang*. Tesis Pasca sarjana Undip. Diperoleh 5 Mei 2012.
- Sukardi. (2005). Analisis kebutuhan tenaga perawat berdasarkan kategori pasien di irna penyakit dalam rsu tugurejo semarang. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, Vol I, No.2, Jun
- Sumaedi, A. (2009). *Persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di rsud gj kota Cirebon*. Tesis Pasca Sarjana UI. Diperoleh 5 Mei 2012.
- Sutopo & Suryanto. (2009). *Pelayanan prima*. Lembaga Administrasi Negara, Jakarta
- Swansburg RC, Swansburg RJ. (2000). *Introductory management and leadership for nurse*. 2nd edition. Toronto : Jonash and Burtlet Publisher.

- Terry, G & Rue, L. (2010). *Principles of management*. Illinois. Homewood
- Turner, B. (2010) *A study of the emotional quotient of nursing managers compared to the outcome of an employee opinion survey*; UMI Number: 3432190
- Vinni, R. (2006). Total Quality Management and Paradigms of Public Administration. A Performing Public Sector: *the Second Trans Atlantic Dialogue, Leuven, Belgium, June 1-3*
- Warsito, B. (2006). *Pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap rsjd dr. amino gondohutomo semarang*. Tesis Pasca Sarjana. UNDIP. Diperoleh 5 Mei 2012.
- Werdati. (2009). Hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja di rs kota semarang. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*. Vol I, No.2. Jun
- Weiss, Yakusheva & Bobay. (2011). Quality and Cost Analysis of Nurse, Staffing, Discharge Preparation, and Postdischarge Utilization, *HSR: Health Services Research* 46:5 . October
- Wood, G. L. & Haber, J. (2010). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice* (7th Ed). Missouri: Mosby Elsevier

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Mona Saparwati

NPM : 1006749131

Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Manajemen dan Kepemimpinan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Bermaksud mengadakan penelitian tentang "Studi Fenomenologi: Pengalaman Kepala Ruang dalam Mengelola Ruang Rawat Inap di RSUD Ambarawa". Penelitian ini akan menggunakan pendekatan fenomenologi. Oleh karena itu, berikut ini saya menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman Kepala ruang dalam Mengelola Ruang Rawat Inap di RSUD Ambarawa.
2. Manfaat penelitian ini secara garis besar adalah mengetahui gambaran peran dan fungsi manajemen kepala ruang.
3. Partisipan dalam penelitian ini adalah kepala ruang di RSUD Ambarawa.
4. Pengambilan data dalam penelitian ini akan dilakukan dengan *focus group discussion* (wawancara secara berkelompok) dengan partisipan dan berlangsung selama 100 – 120 menit atau sesuai kesepakatan. Selama wawancara berlangsung, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalaman secara utuh.
5. Waktu dan tempat wawancara disesuaikan dengan keinginan partisipan.
6. Selama wawancara dilakukan, peneliti akan menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan, *MP4 recorder* dan *handycam* untuk membantu kelancaran pengumpulan data dengan terlebih dahulu menyampaikan tujuan penggunaan alat tersebut.
7. Proses wawancara akan dihentikan jika partisipan mengalami kelelahan atau ketidaknyamanan dan akan dilanjutkan lagi jika klien sudah merasa tenang pada waktu yang sama atau hari yang lain.
8. Penelitian ini tidak berdampak negatif pada partisipan.
9. Semua catatan dan data yang berhubungan dengan penelitian ini akan disimpan dan dijaga kerahasiaanya.
10. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode, bukan nama sebenarnya dari partisipan.

11. Partisipan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan partisipan berhak untuk mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan dan selanjutnya akan dicari penyelesaian masalahnya berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan partisipan.
12. Setelah selesai dilakukan wawancara, peneliti akan memberikan transkrip hasil wawancara kepada partisipan untuk dibaca dan melakukan klarifikasi.

Demikianlah penjelasan penelitian ini saya buat. Saya sangat mengharapkan partisipasi saudara dalam penelitian ini, dan sebagai tanda setuju, mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Atas kesediaan dan partisipasinya, peneliti ucapkan terima kasih.



Depok,April 2012
Peneliti,

Mona Saparwati

PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (Initial) :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa setelah mendapatkan penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun.

Semarang,April 2012

Yang Menyatakan,

(.....)

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan Proposal																								
2	Seminar Proposal																								
3	Perbaikan Proposal																								
4	Pengumpulan data																								
5	Pengolahan data																								
6	Penyusunan dan konsultasi hasil																								
8	Ujian hasil penelitian																								
9	Perbaikan laporan hasil penelitian																								
10	Ujian tesis																								
11	Perbaikan laporan hasil penelitian																								

KARAKTERISTIK PARTISIPAN

Inisial/ Kode Partisipan	Umur	Jenis Kelamin	Alamat	Pendidikan	Lama Menjadi Kepala Ruang	Ruangan
P1	56 tahun	Perempuan	Jln. Anggrek no 8 RT 03 RW 01 Ambarawa	DIII	30 tahun	Cempaka
P2	34 tahun	Perempuan	Ngampin RT 02 RW 04 Ambarawa	S1+Ners	5 tahun	Anggrek
P3	37 tahun	Perempuan	Panjang Kidul RT 05 RW 10 Ambarawa	S1	8 tahun	Melati
P4	37 tahun	Laki-laki	Perum Medis RT 03 RW 05 Pojoksari Ambarawa	S1	8 tahun	Anyelir
P5	37 tahun	Laki-laki	Mlilir RT 05 RW 2 Ambarawa	DIII	9 tahun	Dahlia
P6	42 tahun	Laki-laki	Perum Bawen Permai jln serasi Indah I/24 Bawen	DIII	11 tahun	Mawar
P7	50 tahun	Perempuan	Perum Media RT01 Rw 10 Ambarawa	DIII	23 tahun	Flamboyan

PEDOMAN PERTANYAAN FGD

1. Coba ceritakan pengalaman anda sebagai sebagai manajer lini dalam mengelola ruang rawat inap di RSUD Ambarawa?
2. Seperti apa anda menjalankan peran dan fungsi sebagai manajer lini di ruangan?
3. Bagaimana pengalaman anda dalam menjalankan fungsi manajemen di ruangan?
 - 3.1 khususnya fungsi perencanaan?
 - 3.2 khususnya fungsi pengorganisasian?
 - 3.3 khususnya fungsi pengarahan?
 - 3.4 khususnya fungsi pengawasan?
4. Seperti apa hambatan yang ada yang anda alami dalam mengelola ruang rawat inap?
5. Seperti apa dukungan yang ada dan anda dapatkan dalam mengelola ruang rawat inap?
6. Apa saja harapan anda terhadap pimpinan langsung dalam mengelola ruang rawat inap?

