



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KESIAPAN RSU BINA SEHAT DALAM
PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA
PERAWAT/BIDAN TAHUN 2009**

Oleh :

WARYANTINI

NPM: 0706256013

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2009**

PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, 26 Mei 2009

Waryantini

Analisis Kesiapan RSUD Bina Sehat dalam Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat/Bidan Tahun 2009

x + 161 halaman + 19 tabel + 6 bagan + 2 grafik + 10 lampiran

ABSTRAK

Pelayanan keperawatan sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan komponen sentral untuk terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu. Keberhasilan pelayanan kesehatan yang bermutu ditentukan oleh berbagai faktor antara lain kualitas sumber daya manusia, sarana dan fasilitas, kebijakan yang ada serta manajemen rumah sakit.

RSU Bina Sehat Kabupaten Bandung, dalam bidang keperawatan masih banyak menghadapi berbagai kendala. Rendahnya kinerja rumah sakit dengan nilai BOR (*Bed Occupancy Rate*) baru mencapai 41,05%, tingkat keterlibatan perawat/bidan dalam upaya peningkatan kualitas layanan masih rendah, dan dari sisi manajemen RSUD Bina Sehat belum memiliki konsep dan fondasi manajemen yang kuat.

Dalam upaya meningkatkan manajemen dan kinerja perawat/bidan, pemerintah melalui Menteri Kesehatan mengeluarkan keputusan tentang Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat dan Bidan yang tercantum dalam Kepmenkes RI Nomor 836/Menkes/SK/VI/2005.

Tujuan penelitian ini secara umum adalah menganalisis kesiapan RSUD Bina Sehat dalam menerapkan PMK perawat/bidan melalui faktor input dan proses.

Penelitian menggunakan metode deskriptif analitik dengan pendekatan kualitatif. Fokus penelitian adalah pada lini manajemen dan pelaksana yang berhubungan dengan keperawatan dan kebidanan.

Dari hasil telaah dokumen, wawancara mendalam, dan FGD (*Focus Group Discussion*) menunjukkan bahwa Faktor Input PMK yaitu uraian tugas, SOP, SAK/SAB, pelatihan, sistem penghargaan, kecuali indikator kinerja, sudah dijalankan namun masih bersifat superfisial. Faktor Proses PMK yaitu monitoring, evaluasi, pengelolaan penyimpangan, diskusi refleksi kasus, dokumentasi asuhan keperawatan, dokumentasi asuhan kebidanan belum berjalan optimal sesuai dengan aturan dan standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Dari hasil penilaian terhadap faktor-faktor tersebut RSUD Bina Sehat tidak siap dalam menerapkan Kepmenkes RI No. 836/Menkes/SK/VI/2005 atau kesiapan baru mencapai 30%. Hambatan pelaksanaan PMK adalah kurangnya dukungan terhadap program, kurangnya kualitas dan kuantitas SDM, sarana dan prasarana masih kurang serta rendahnya motivasi kerja.

Selain melengkapi kekurangan dari faktor input dan proses, dalam rangka menunjang kinerja dan sistem manajerial, secara umum diusulkan melalui 10 langkah perbaikan yaitu perbaikan struktur organisasi rumah sakit dan instalasi; kebijakan pimpinan rumah sakit; komitmen visi, misi, tujuan rumah sakit dari seluruh komponen rumah sakit; memupuk sifat kepemimpinan; peningkatan ketrampilan klinis dan manajerial; perbaikan deskripsi pekerjaan dan beban kerja; menilai kembali tata letak ruang rawat; melengkapi sarana dan alkes; memperbaharui sistem penghargaan; mengembangkan kerja tim dan pembelajaran.

Daftar Pustaka : 30 (1987 – 2008)

POST GRADUATE PROGRAM OF UNIVERSITY OF INDONESIA
THE STUDY PROGRAM OF HOSPITAL ADMINISTRATION
Thesis, May 26th, 2009

Waryantini

Analysis the Readiness of Bina Sehat Hospital in Development of Performance Management Nurse/Midwife in 2009

x + 161 pages + 19 tables + 6 figures + 2 graphics + 10 appendixes

ABSTRACT

Nursing service is, as a subsystem of health service in hospital, a central component to achieve quality health service. The success of quality health service is dependent on the quality human resources, facilities and infrastructures, standing policies, and hospital management.

Bina Sehat Hospital in Kabupaten Bandung is still facing many problems in nursing services including low performance with 41.05 per cent of BOD (Bed Occupancy Rate) , low involvement of nurses/midwives in the upgrading of quality service and Bina Sehat Hospital does not have solid concept and foundation of management.

In an attempt to improve management and performance of nurses/midwives, the government of Indonesia through the Minister of Health has issued guidance on the development of performance management nurse/midwife in Kepmenkes RI No. 836/Menkes/SK/VI/2005.

The objective of this study is to analyze the readiness of Bina Sehat Hospital in Development of Performance Management (DPM) nurse/midwife through input and process factor. This study employs descriptive analytic method with qualitative approach. The focus of the study is on the line management and execution related to nursing and obstetric.

According to the results of document's review, in-dept interview, and Focus Group Discussion, it is shown that input factors of DPM comprising of job

description, Standard Operating Procedure (SOP), nursing/midwifery upbringing standard, training, reward system, except performance indicator, have already been operational yet still superficial. Process factors of DPM consisting of monitoring, evaluation, storage management, case reflection discussion, nursing documentation, obstetric documentation have not been optimal by the governments' rules and standards. Evaluation results on these factors, Bina Sehat Hospital is considered not ready yet in the implementation of Kepmenkes RI No. 836/Menkes/SK/VI/2005 as its readiness currently achieves only 30 per cent.

The problems in implementing DPM nurse/midwife are the lack of support on the program, shortage in the quality and the quantity of human resources, shortage of facilities and infrastructure, and low work motivation. Apart from filling the gap in input and process factors, in supporting performance and managerial system, ten improvement steps are proposed are improve structural organization of hospital and installation; improve hospital management policies, committed vision, mission, objectives of the whole hospital components, nurture leadership, up-grade clinical and managerial skills, improve job description and work load, review the lay out of nursing, add on facilities and health instrument, renew reward system, develop team work and learning system.

Bibliography: 30 (1987-2008)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KESIAPAN RSU BINA SEHAT DALAM
PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA
PERAWAT/BIDAN TAHUN 2009**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh :

WARYANTINI

NPM: 0706256013

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2009**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Waryantini

NPM : 0706256013

Mahasiswa program studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2007/2008

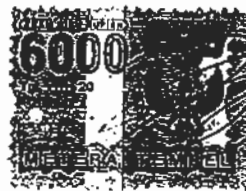
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis ini yang berjudul :

**ANALISIS KESIAPAN RSU BINA SEHAT DALAM PENGEMBANGAN
MANAJEMEN KINERJA PERAWAT/BIDAN TAHUN 2009**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Mei 2009



Waryantini

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul :

ANALISIS KESIAPAN RSU BINA SEHAT DALAM PENGEMBANGAN
MANAJEMEN KINERJA PERAWAT/BIDAN TAHUN 2009

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia

Depok, Mei 2009

Pembimbing,



Mieke Savitri, dr, MKes

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 26 Mei 2009

Ketua,



Mieke Savitri, dr, MKes

Anggota,



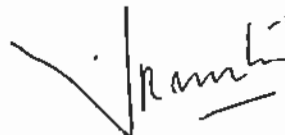
Dumilah Ayuningtyas, Dra, MARS

Anggota,



Ede Surya Darmawan, SKM, MDM

Anggota,



Enie Rochaeni, SKM, MARS

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Waryantini

Tempat/tanggal lahir : Palembang, 14 Februari 1970

Riwayat Pendidikan : 1976 – 1982 SD Xaverius I Putri Palembang
1982 – 1985 SMPN 3 Palembang
1985 – 1988 SMA Xaverius I Palembang
1988 – 1995 FK Universitas Sriwijaya Palembang
2007 – sekarang Pasca Sarjana KARS FKM UI

Riwayat Pekerjaan : 1996 – 1998 Dokter Puskesmas Sukarami,
Kabupaten Lahat
1999 - 2000 Staf Puskesmas Sekayu Kota
Kabupaten Musi Banyuasin
2000 – 2002 Kepala Puskesmas SP Rambutan
Kabupaten Banyuasin
2002 – 2004 Kasi Perencanaan Dinas Kesehatan
Kabupaten Banyuasin
2004 – 2007 Staf RSUD Gumawang
Kabupaten OKU Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. dr. Mieke Savitri, MKes selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan yang sangat berarti selama berlangsungnya hingga penyelesaian penelitian ini.
2. Sumijatun, SKep, MARS, atas saran dan masukannya terhadap penelitian ini.
3. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, atas saran dan masukannya dalam penyempurnaan tesis ini.
4. Panitia Sidang Ujian Tesis S2 Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit yang membantu kelancaran proses sidang.
5. Ketua Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit beserta staf yang telah memberikan masukan yang sangat bermanfaat selama pendidikan
6. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta staf yang telah memberi kesempatan selama mengikuti pendidikan dan penelitian.
7. Direktur RSUD Bina Sehat Kabupaten Bandung beserta staf yang dengan keikhlasannya, memberikan bantuan berupa sarana, informasi, saran, dan peran serta yang tidak ternilai terhadap penelitian ini.
8. Rekan-rekan dari Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, khususnya Angkatan 2007 yang membantu selama pendidikan dan proses ujian.

9. Suami, dr. Taufik Rahman, SpOG dan anak-anak Athiyya Rofifah dan Rieke Dewinta Rahma, serta ibunda Hj. Nursimah yang selalu memberi doa, dorongan dan semangat selama pendidikan.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas segala bantuan dan kebaikan dengan amal yang berlipat ganda. Akhir kata dengan segala keterbatasan yang ada, mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat. Amin.

Depok, Mei 2009

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	i
Daftar Isi.....	iii
Daftar Tabel.....	vii
Daftar Bagan.....	viii
Daftar Grafik.....	ix
Daftar Lampiran.....	x
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4 Tujuan penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan Umum.....	8
1.4.2 Tujuan Khusus.....	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 PMK Perawat/Bidan.....	11
2.1.1. Sejarah.....	11
2.1.2. Pengertian.....	12
2.1.3 Tujuan PMK.....	12
2.1.4 PMK Sebagai Sub-Sistem Pelayanan Kesehatan.....	13
2.1.5 Komponen PMK.....	15
2.1.5.1 Standar.....	15
2.1.5.2 Uraian Tugas.....	21
2.1.5.3 Indikator Kinerja.....	23
2.1.5.4 Diskusi Refleksi Kasus.....	26
2.1.5.5 Monitoring dan Evaluasi.....	30
2.1.5.6 Pengelolaan Penyimpangan.....	35

2.2	Unsur Lain dalam PMK.....	38
2.2.1	Pelatihan.....	38
2.2.2	Penghargaan	38
2.2.3	Dokumentasi.....	39
2.3	Keperawatan.....	43
2.3.1	Definisi keperawatan.....	43
2.3.2	Perawat Pelaksana.....	44
2.4	Manajemen Keperawatan.....	46
2.4.1.	Pengertian.....	46
2.4.2	Fungsi Manajemen Keperawatan.....	46
2.5	Kesiapan Organisasi.....	49
2.6	Kerangka Teori.....	50
BAB III	GAMBARAN UMUM RSU BINA SEHAT	
3.1	Gambaran Umum RSU Bina Sehat.....	52
3.1.1	Visi, Misi, Tujuan.....	52
3.1.2	Lokasi, Data Fisik.....	54
3.1.3	Struktur Organisasi RSU Bina Sehat.....	54
3.1.4	Fasilitas/Pelayanan yang Tersedia.....	56
3.1.5	Ketenagaan.....	59
3.1.6	Kegiatan Pelayanan.....	61
3.2	Rawat Jalan dan Rawat Inap.....	62
3.2.1	Rawat Jalan.....	62
3.2.1.1.	Struktur Organisasi Rawat Jalan.....	62
3.2.1.2	Kunjungan Rawat Jalan.....	62
3.2.2	Rawat Inap	64
3.2.2.1	Struktur Organisasi Rawat Inap.....	64
3.2.2.2	Ketenagaan Rawat Inap.....	65
3.2.2.3	Ruang / Jumlah Tempat Tidur.....	65
3.2.2.4	BOR per- Ruang Rawat.....	66
3.2.2.5	Kinerja Rawat Inap.....	66
3.3	Tugas Pokok Bagian Keperawatan.....	67

BAB IV	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH	
	4.1 Kerangka Konsep.....	69
	4.2 Definisi Istilah.....	70
BAB V	METODE PENELITIAN	
	5.1 Jenis Penelitian.....	74
	5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	74
	5.3 Etika Penelitian.....	74
	5.4 Teknik Pengumpulan dan Sumber Data.....	74
	5.5 Analisa Data Kualitatif.....	77
	5.6 Validitas Hasil Penelitian.....	78
BAB VI	HASIL PENELITIAN	
	6.1 Faktor Input.....	80
	6.1.1 Uraian Tugas.....	80
	6.1.2. SOP (Standar Operating Procedure).....	87
	6.1.3 SAK/SAB.....	92
	6.1.4 Pelatihan.....	97
	6.1.5 Sistem Penghargaan.....	100
	6.1.6 Indikator Kinerja.....	103
	6.2 Faktor Proses.....	104
	6.2.1 Monitoring.....	104
	6.2.2 Evaluasi.....	107
	6.2.3 Pengelolaan Penyimpangan.....	108
	6.2.4 Diskusi Refleksi Kasus (DRK).....	110
	6.2.5 Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	112
	6.2.6 Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....	115
	6.3 Kesiapan RSUD Bina Sehat dalam PMK Perawat/Bidan.....	116
	6.4 Hambatan yang Mungkin Timbul Saat Implementasi PMK.....	119

BAB VII	PEMBAHASAN	
	7.1 Faktor Input.....	129
	7.1.1 Uraian Tugas.....	129
	7.1.2. SOP (Standar Operating Procedure).....	133
	7.1.3 SAK/SAB.....	135
	7.1.4 Pelatihan.....	136
	7.1.5 Sistem Penghargaan.....	138
	7.1.6 Indikator Kinerja.....	139
	7.2 Faktor Proses.....	140
	7.2.1 Monitoring.....	140
	7.2.2 Evaluasi.....	142
	7.2.3 Pengelolaan Penyimpangan.....	143
	7.2.4 Diskusi Refleksi Kasus (DRK).....	144
	7.2.5 Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	146
	7.2.6 Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....	148
	7.3 Kesiapan RSUD Bina Sehat.....	149
	7.4 Keterbatasan Penelitian.....	154
BAB VIII	KESIMPULAN DAN SARAN	
	8.1 Kesimpulan.....	156
	8.2 Saran	157
	DAFTAR PUSTAKA.....	159

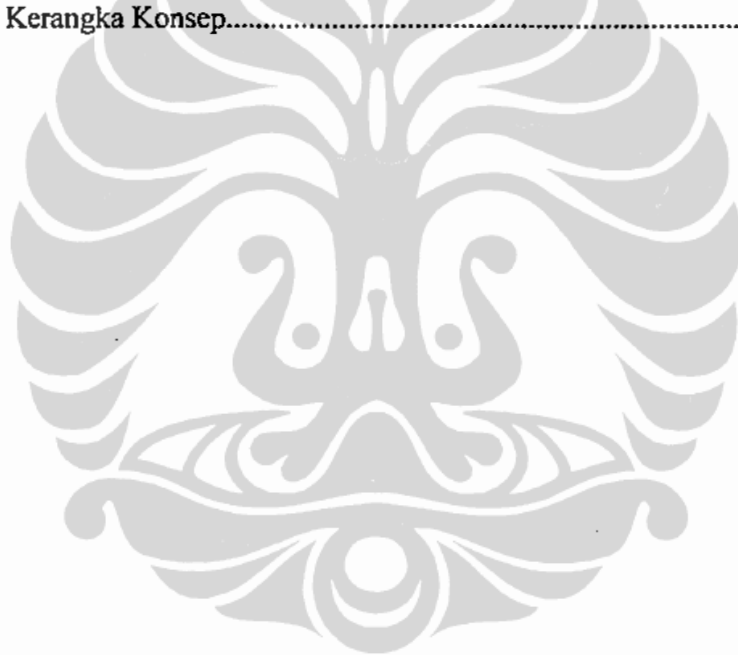
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Kualifikasi Ketenagaan RSUD Bina Sehat berdasar Pendidikan.....	61
Tabel 3.2 Jumlah Kunjungan Pasien IGD tahun 2005-2007.....	63
Tabel 3.3 Prosentase Jumlah Operasi Berdasarkan jenis Kegiatan.....	63
Tabel 3.4 Jumlah Kunjungan Pasien di Instalasi Radiologi & Laboratorium....	63
Tabel 3.5 Jumlah Penulisan Resep di Instalasi Farmasi.....	64
Tabel 3.6 Data Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap.....	65
Tabel 3.7 Ruang / Jumlah Tempat Tidur RSUD Bina Sehat.....	65
Tabel 3.8 Indikator Dasar RSUD Bina Sehat tahun 2005-2007.....	66
Tabel 3.9 Indikator Dasar Per-ruangan Tahun 2007.....	67
Tabel 4.1 Definisi Istilah.....	70
Tabel 6.1 Ringkasan Realisasi Uraian Tugas Bagian Keperawatan.....	84
Tabel 6.2 Jumlah SOP yang Telah Dibuat.....	88
Tabel 6.3 Penilaian Format SOP.....	89
Tabel 6.4 SAK/SAB yang Telah Dibuat.....	93
Tabel 6.5 Penilaian Format SA/SAB.....	94
Tabel 6.6 Pelatihan yang Pernah Diikuti Perawat/Bidan Tahun 2008.....	99
Tabel 6.7 Penilaian Kesiapan RSUD Bina Sehat dalam PMK Perawat/Bidan.....	116
Tabel 6.8 Hasil Penelitian Faktor Input.....	122
Tabel 6.9 Hasil Penelitian Faktor Proses.....	125

DAFTAR BAGAN

Halaman

Bagan 2.1	PMK Perawat dan Bidan sebagai Sub-sistem Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit.....	14
Bagan 2.2	Skema PMK Perawat dan Bidan.....	51
Bagan 3.1	Struktur Organisasi RSU Bina Sehat.....	54
Bagan 3.2	Struktur Instalasi Rawat Jalan RSU Bina Sehat.....	62
Bagan 3.3	Struktur Instalasi Rawat Inap RSU Bina Sehat.....	64
Bagan 4.1	Kerangka Konsep.....	69



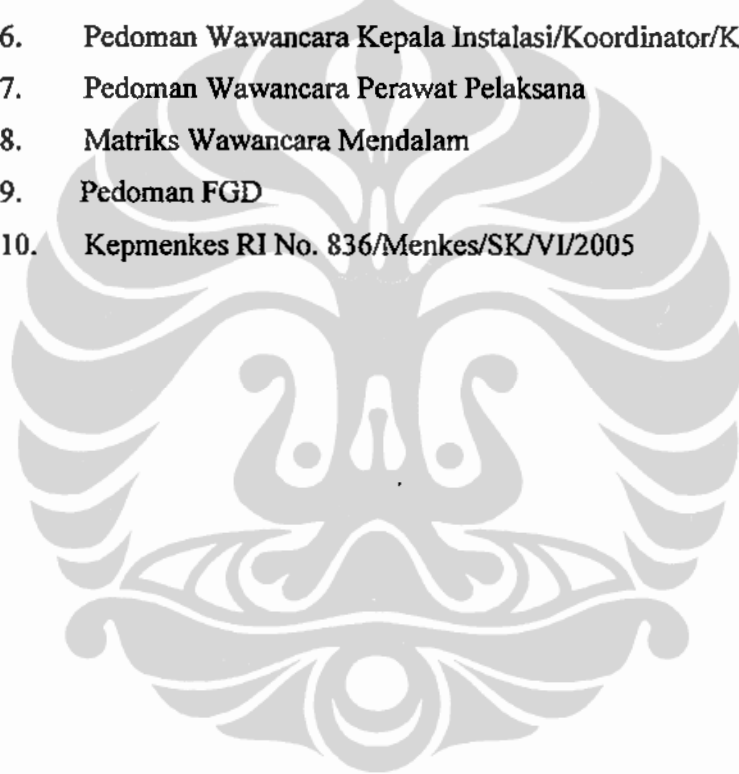
DAFTAR GRAFIK

	Halaman
Grafik 3.1 Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD Bina Sehat Tahun 2005-2007.....	63
Grafik 3.2 BOR RSUD Bina Sehat Tahun 2005-2007.....	66



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Hasil Pelaksanaan CDMG
- Lampiran 2. Format Telaah Dokumen
- Lampiran 3. Pedoman Wawancara Kasi Keperawatan
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara Kasi Yanmed dan PKMRS
- Lampiran 5. Pedoman Wawancara Kasi SDM
- Lampiran 6. Pedoman Wawancara Kepala Instalasi/Koordinator/Kepala Shief
- Lampiran 7. Pedoman Wawancara Perawat Pelaksana
- Lampiran 8. Matriks Wawancara Mendalam
- Lampiran 9. Pedoman FGD
- Lampiran 10. Kepmenkes RI No. 836/Menkes/SK/VI/2005



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Departemen Kesehatan RI dalam Visi Indonesia Sehat 2010, menetapkan misi pembangunan yaitu menggerakkan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Upaya kesehatan, termasuk upaya kesehatan di rumah sakit harus bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan dapat dijangkau oleh masyarakat luas. Untuk itu perlu digunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan serta teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. (Sistim Kesehatan Nasional, Depkes 1982). Di sisi lain perlu kesiapan yang mantap dari sektor kesehatan khususnya rumah sakit dalam menghadapi era pasar bebas atau AFTA (*Asean Free Trade Assosiation*). Berbagai upaya harus dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit yang saat ini mulai dituntut oleh masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 1990).

Rumah sakit adalah suatu institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial yang berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan medis serta perawatan. (WHO, 1968)

Penilaian terhadap mutu/kualitas layanan kesehatan berdasarkan standar dan atau karakteristik/kriteria yang berbeda-beda. Salah satu kesulitan dalam merumuskan pengertian mutu layanan adalah mutu layanan sangat melekat dengan faktor subjektivitas orang yang berkepentingan, baik pasien, pemberi layanan kesehatan, penyandang dana, masyarakat atau pemilik sarana layanan kesehatan. Bagi pasien/masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai layanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan yang dirasakan, diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit, sedangkan bagi pemberi layanan kesehatan mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir dan bagaimana keluaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan itu (Pohan, 2006).

Mutu layanan kesehatan yang diterima pasien sebagai konsumen akan ditentukan oleh mutu layanan kesehatan yang diberikan oleh berbagai profesi layanan kesehatan yang terdapat di dalam organisasi layanan kesehatan tersebut. Menurut Azwar, 1996, pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Mutu layanan kesehatan juga ditentukan pula oleh manajemen organisasi layanan itu. Sehingga akan muncul hubungan timbal balik antara profesi layanan kesehatan dengan pasien, antara profesi layanan kesehatan dengan manajemen layanan kesehatan dan antara manajemen layanan kesehatan dengan pasien. (Pohan, 2006)

Pelayanan keperawatan sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan komponen sentral untuk terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu. Keberhasilan pelayanan kesehatan yang bermutu ditentukan oleh berbagai faktor antara lain kualitas sumber daya manusia, sarana dan fasilitas, kebijakan yang ada serta manajemen rumah sakit (Swansburg, 2000)

Keperawatan sebagai profesi akan terus berubah sesuai dengan irama perubahan masyarakat yang terus menerus berkembang dan mengalami perubahan. Keperawatan dapat dilihat dari berbagai aspek, antara lain keperawatan sebagai bentuk asuhan profesional kepada masyarakat, keperawatan sebagai iptek, serta keperawatan sebagai kelompok masyarakat ilmuwan dan kelompok masyarakat profesional. (Nursalam, 2007)

Tuntutan dan kebutuhan asuhan keperawatan yang berkualitas di masa depan merupakan tantangan yang harus dipersiapkan secara benar-benar dan ditangani secara mendasar, terarah dan sungguh-sungguh dari rumah sakit. Tanggung jawab ini memang berat mengingat bahwa keperawatan di Indonesia masih dalam tahap awal proses professional. (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Proses manajemen keperawatan sejalan dengan proses keperawatan sebagai salah satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional, sehingga diharapkan keduanya dapat saling menopang. Inti konsep dasar dari manajemen saat ini dan yang akan datang adalah keseimbangan antara visi, misi dan motivasi yang jelas dalam mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. (Nursalam, 2007).

Pelayanan keperawatan dan kebidanan dapat memberikan kontribusi besar dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Manajemen yang baik dan berkualitas diperlukan untuk mencapai kondisi tersebut. Kebutuhan akan

peningkatan manajemen kinerja bagi perawat dan bidan teridentifikasi dalam penelitian peran, fungsi dan manajemen kinerja perawat dan bidan.

RSU Bina Sehat Kabupaten Bandung, merupakan rumah sakit tipe madya yang sedang berkembang. Dalam bidang keperawatan rumah sakit ini masih banyak menghadapi berbagai kendala. Salah satunya ditandai dengan rendahnya kinerja rumah sakit dengan melihat nilai BOR (*Bed Occupancy Rate*). BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu. Indikator ini memberi gambaran tingkat pemanfaatan rumah sakit dan paling banyak disorot oleh masyarakat umum dan ilmiah. Karena selain cukup akurat juga bersifat nyata dan mudah dihitung serta dikontrol. Tahun 2007 BOR RSU Bina Sehat baru mencapai 41,05%. Nilai parameter idealnya adalah 60-85% (Depkes, 1993) Dengan melihat prosentase BOR bisa diperkirakan kualitas atau kinerja pelayanan rumah sakit. Di samping itu juga bagi profesi keperawatannya sendiri, tingkat keterlibatan perawat/bidan dalam upaya peningkatan kualitas layanan masih rendah, ditandai dengan sedikitnya perawat yang hadir dalam diskusi-diskusi yang diadakan pihak manajemen keperawatan, masih adanya keluhan dari pasien, dan dari sisi manajemen juga masih belum banyak upaya peningkatan kualitas perawat/bidan seperti mengikutsertakan tenaga perawat/bidan dalam berbagai pelatihan/seminar. Koordinasi secara horizontal dan vertikal masih sulit dilakukan karena kesibukan masing-masing. Manajemen keperawatan RSU Bina Sehat juga belum memiliki konsep dan fondasi manajemen yang kuat. Beberapa proses manajemen seperti pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi belum berjalan optimal (hasil observasi dan wawancara di bagian keperawatan saat residensi bulan November 2008).

Manajemen keperawatan di rumah sakit merupakan tugas bersama antara kepala bidang, kepala seksi, kepala instalasi, koordinator dan perawat/bidan pelaksana. Tidak mungkin berhasil tanpa adanya komitmen dan keterlibatan semua orang atau pihak yang terkait. Profesi layanan kesehatan harus selalu memperhatikan mutu layanan kesehatan apabila profesi layanan kesehatan itu ingin mempertahankan kredibilitasnya.

Dalam rangka peningkatan kinerja pelayanan klinis dengan berfokus pada keperawatan dan kebidanan, maka membenahan manajemen keperawatan sangat diperlukan sebagai fondasi awal suatu perubahan. Sebagai strategi awal maka perlu dikaji terlebih dahulu kesiapan RSU Bina Sehat terutama manajemen keperawatan dengan berpedoman pada kebijakan pemerintah yang dijabarkan dalam Kepmenkes No. 836/Tahun 2005 tentang Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat/Bidan.

Penerapan PMK pada mulanya diujicobakan di Kabupaten Magelang, Jawa Tengah dan Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta baik di rumah sakit maupun Puskesmas. Hasil evaluasi setelah kegiatan berjalan 3 bulan telah memberikan manfaat bagi petugas kesehatan yaitu adanya kejelasan tugas dan tanggung jawab, sehingga bidan dan perawat lebih paham yang harus dikerjakan dan batasan kewenangan mereka, peningkatan disiplin kerja, peningkatan pengetahuan tentang kinerja klinis, timbul dorongan untuk belajar dan motivasi untuk bekerja sesuai standar. Dari hasil tersebut maka PMK merupakan pendekatan yang strategis untuk memulai penerapan tata pengaturan klinis yang diawali pada sistem mikropelayanan, khususnya sistem pelayanan keperawatan dan kebidanan. (Kuntjoro, 2005).

1.2 Rumusan Masalah

Rumah sakit dengan berbagai persoalan dan kegiatan di dalamnya perlu dikelola dengan baik, dengan suatu manajemen yang baik. Manajemen akan mempengaruhi berjalannya sistem dan mengatur orang-orang di dalamnya sehingga akan mencapai kondisi yang optimum sesuai dengan kemampuan rumah sakit tersebut.

Sistim manajemen keperawatan/kebidanan RSUD Bina Sehat yang dipakai saat ini masih mengacu pada Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan yang dikeluarkan oleh Dirjend Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI tahun 2001. Acuan ini masih bersifat umum yaitu bagaimana mengupayakan terpenuhinya kriteria struktur, kriteria proses dan kriteria hasil dari pelayanan keperawatan/kebidanan.

Depkes menyempurnakan sistim manajemen ini dengan membuat kebijakan baru yang disebut Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat / Bidan melalui Kepmenkes RI Nomor 836/Menkes/SK/VI/2005, yang menekankan pada aspek penting dalam manajemen yang dapat memperbaiki dan meningkatkan kinerja perawat/bidan.

PMK sangat penting untuk dilaksanakan baik rumah sakit pemerintah maupun swasta, karena selain menekankan sisi manajemen, juga memperjelas hubungan dengan kinerja pelaksana serta mengikutsertakan perawat/bidan secara aktif dalam meningkatkan profesionalisme kerja misalnya dengan melaksanakan secara rutin diskusi refleksi kasus di ruang masing-masing.

RSU Bina Sehat dengan berbagai persoalan keperawatan, terutama yang menyangkut manajemen dan kinerja harus mengalami perubahan terutama kondisi

yang berkembang saat ini bahwa sistem manajemen saat ini belum fokus dan belum banyak memberikan efek peningkatan kinerja pelaksana, disinilah sistem PMK dapat berperan dan diaplikasikan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu.

Selain itu PMK sangat berperan untuk tercapainya indikator SPM kabupaten/kota yang dilaksanakan oleh perawat dan bidan di sarana kesehatan, mengingat perawat dan bidan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dengan jumlah yang cukup banyak (40%) dari seluruh kategori tenaga kesehatan. PMK berperan juga dalam menunjang penerapan Kepmenkes RI No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat serta Kepmenkes RI No. 900 tahun 2002 tentang registrasi dan praktik bidan khususnya pelaksanaan tugas dan kewajiban perawat dan bidan dalam memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pengembangan manajemen kinerja seperti dalam Kepmenkes tersebut meliputi faktor input dan proses. Input berisi standar (SOP), uraian tugas, tanggung jawab, akuntabilitas, jabatan fungsional, sistem penghargaan, pelatihan yang pernah diikuti. Sedangkan proses meliputi monitoring, pengelolaan penyimpangan, pendokumentasian kegiatan, diskusi refleksi kasus dan pertemuan strategik.

Guna mengimplementasikan kebijakan pemerintah tersebut, maka RSUD Bina Sehat harus mempersiapkan diri terlebih dahulu agar tidak semata mengikuti kebijakan tersebut, namun hasil yang didapatkan akan benar-benar dapat dirasakan bagi semua pihak dan menjadikannya suatu budaya bagi tenaga profesi di dalamnya. Penelitian ini penting dilakukan untuk menganalisis bagaimana kesiapan RSUD Bina Sehat dalam upaya pengembangan manajemen kinerja perawat/bidan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana kesiapan RSUD Bina Sehat khususnya manajemen keperawatan dalam upaya pengembangan manajemen kinerja perawat/bidan ditinjau dari berbagai aspek (input dan proses) menurut Kepmenkes No.836/Menkes/VI/2005?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis kesiapan RSUD Bina Sehat dalam pengembangan manajemen kinerja perawat/bidan tahun 2009.

1.4.2 Tujuan Khusus

1.4.2.1. Menggali sejauh mana kegiatan yang telah dilaksanakan dalam pengelolaan manajemen dan kinerja perawat/bidan

1.4.2.2. Mengidentifikasi kebutuhan berdasarkan faktor input dan proses

1.4.2.3. Mendapatkan gambaran hambatan yang mungkin terjadi dalam PMK perawat/bidan ke depan

1.4.2.4. Memberikan kemungkinan langkah yang diambil dalam perbaikan manajemen kinerja perawat/bidan

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Untuk Manajemen RSUD Bina Sehat

Pihak manajemen dapat mengetahui sejauh mana kesiapan organisasi dalam pengembangan manajemen kinerja perawat/bidan sehingga dapat membuat perencanaan yang lebih terarah.

1.5.2 Untuk Perawat/bidan

Mengetahui sejauh mana keterlibatan yang sudah dijalankan selama ini sebagai bahan introspeksi guna peningkatan kinerja selanjutnya.

1.5.3 Untuk Peneliti

Sebagai persyaratan tugas akhir di jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit FKM UI , menambah ilmu dan wawasan tentang manajemen keperawatan serta memberikan kontribusi bagi RSUD Bina Sehat khususnya bagi pengembangan kinerja perawat/bidan.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis kesiapan RSUD Bina Sehat dalam Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat/Bidan menurut Kepmenkes No.836/Menkes/VI/2005.

Setelah dilakukan koordinasi tentang penelitian dengan pihak terkait, maka untuk menentukan kriteria penilaian terhadap kesiapan Rumah Sakit dilaksanakan kegiatan **CDMG (Concensus Decision Making Group)** dengan pihak manajemen. Langkah selanjutnya, telaah dokumen untuk melihat sejauh mana faktor input dan proses yang berjalan pada tingkat manajemen keperawatan RSUD Bina Sehat saat ini, yang dibandingkan dengan teori/pedoman resmi yang digunakan, kemudian untuk melihat sejauh mana hasil temuan dokumen telah dipraktekkan maka dilakukan wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap 13 informan. Kegiatan penelitian diakhiri dengan **Focus Group Discussion (FGD)** di tingkat manajemen dan pelaksana yaitu terhadap 3 kepala seksi, 4 kepala perawatan instalasi, 1

koordinator kebidanan, 1 kepala shift, 3 perawat pelaksana dan 1 bidan pelaksana yang membahas hasil temuan, tanggapan/sudut pandang mereka tentang kesiapan PMK, dengan mengidentifikasi kebutuhan dan perkiraan hambatan dalam pelaksanaan kebijakan tersebut serta langkah-langkah yang diambil dalam mengatasi permasalahan.

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Maret 2009, menggunakan metode deskriptif analitik dengan pendekatan kualitatif.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat/Bidan

2.1.1 Sejarah

Perbaikan mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan dan kebidanan dimulai pada tahun 1989 dengan diperkenalkannya proses keperawatan dan manajemen kebidanan yang diikuti dengan pelatihan-pelatihan proses keperawatan dan manajemen kebidanan bagi perawat dan bidan yang bekerja di rumah sakit maupun puskesmas. Sistem Pengembangan Manajemen dan Kinerja Klinis (SPMK) untuk perawat dan bidan merupakan model yang dikembangkan berdasarkan hasil riset yang dilakukan oleh WHO bekerja sama dengan kelompok kerja perawat dan bidan tingkat nasional Depkes pada bulan Oktober 2000 sampai Maret 2001. Pada tahun 2001 diperkenalkan di Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta, yang kemudian diadopsi di tujuh provinsi yang lain untuk selanjutnya akan dikembangkan di seluruh Indonesia.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 836/2005, SPMK kemudian berubah menjadi Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat dan Bidan yang kemudian menjadi kebijakan nasional untuk peningkatan mutu dan kinerja pelayanan keperawatan baik di rumah sakit maupun di puskesmas.

2.1.2 Pengertian PMK

Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) perawat dan bidan adalah suatu upaya peningkatan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana/institusi pelayanan kesehatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu. (Kepmenkes N0.836/2005)

Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) merupakan pendekatan perbaikan proses pada sistem mikro yang mendukung dan meningkatkan kompetensi klinis perawat dan bidan untuk bekerja secara profesional dengan memperhatikan etika, tata nilai dan aspek legal dalam pelayanan kesehatan. (Kuntjoro, 2005). Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kinerja klinis perawat dan bidan melalui kejelasan definisi peran dan fungsi perawat atau bidan, pengembangan profesi dan pembelajaran bersama (WHO, 2002).

PMK akan memfasilitasi budaya kerja perawat dan bidan yang mengarah pada upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan yang didasarkan pada profesionalisme, IPTEK, aspek legal, berlandaskan etika untuk mendukung sistem pelayanan kesehatan secara komprehensif. (Kepmenkes No. 836/2005)

2.1.3 Tujuan PMK

Seperti disebutkan dalam Kepmenkes No. 836/2005, bahwa tujuan dari pengembangan Manajemen Kinerja dibagi menjadi tujuan umum dan khusus.

a. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana/institusi pelayanan kesehatan.

b. Tujuan Khusus

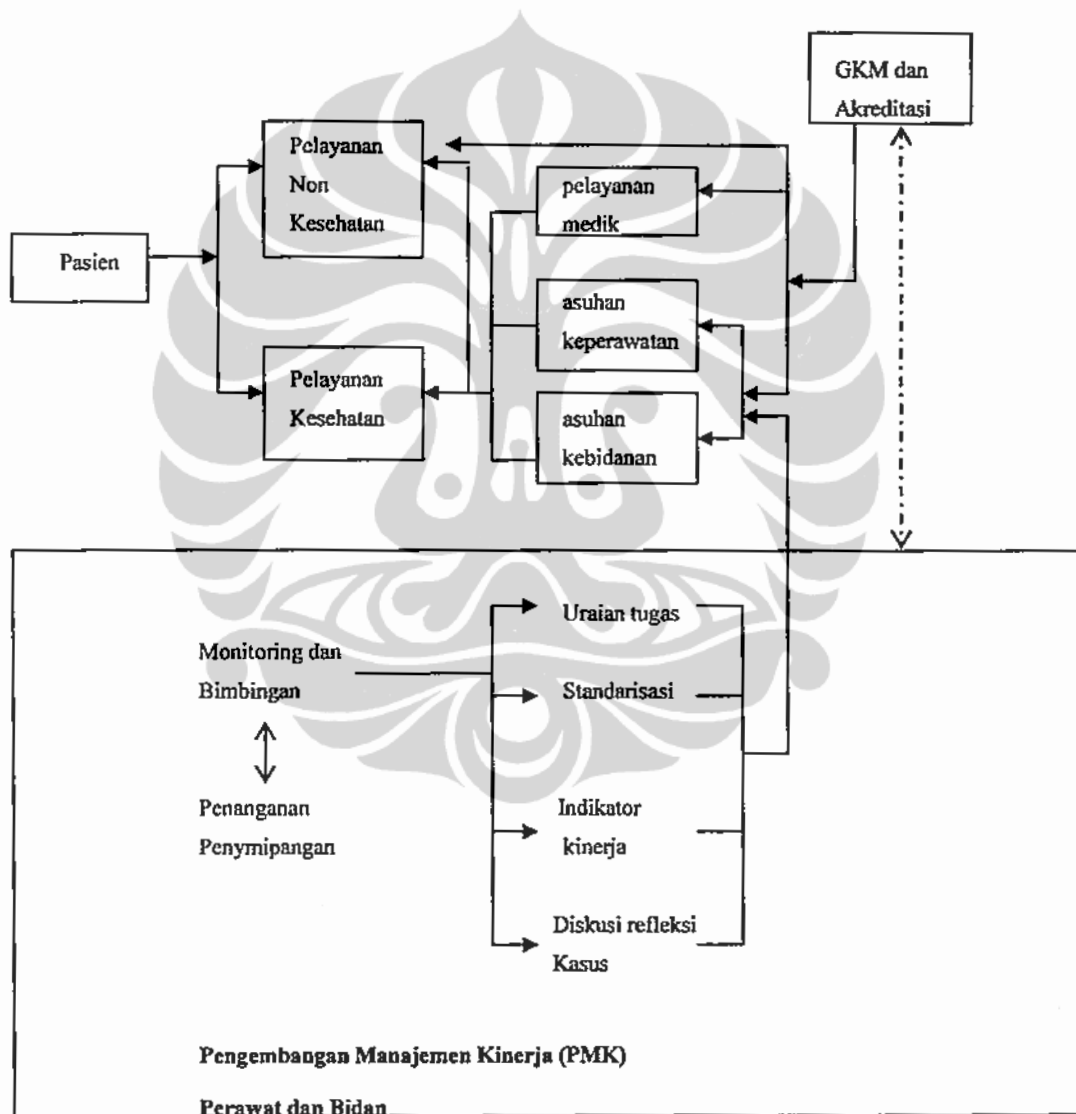
1. Meningkatnya pengetahuan dan ketrampilan perawat dan bidan
2. Meningkatnya kepatuhan penggunaan standar dalam melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan
3. Meningkatnya kemampuan manajerial pelayanan keperawatan dan kebidanan
4. Meningkatnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja perawat dan bidan berdasarkan indikator kinerja yang disepakati
5. Meningkatnya kegiatan Diskusi Refleksi Kasus (DRK) keperawatan dan kebidanan
6. Meningkatnya mutu asuhan keperawatan dan kebidanan
7. Meningkatnya kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan kebidanan

2.1.4 PMK sebagai Subsistem Pelayanan Kesehatan

Skema di bawah ini menggambarkan PMK perawat dan bidan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan atau dengan kata lain PMK adalah suatu mikro sistem dari makro sistem organisasi pelayanan kesehatan dan proses manajerial untuk meningkatkan kemampuan klinis perawat dan bidan di rumah sakit.

Dalam proses PMK diperlukan proses belajar yang terus menerus dan peningkatan penggunaan standar dan monitoring, sehingga pada akhirnya dapat diperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.

Bagan 2.1 PMK Perawat dan Bidan sebagai Sub-Sistem Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit



2.1.5 Komponen PMK

Komponen PMK seperti yang terdapat dalam Kepmenkes No.836/2005 mencakup:

2.1.5.1. Standar

Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsesus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya (PP 102 tahun 2000).

Komponen utama yang menjadi kunci dalam PMK adalah standar, yang meliputi Standar Profesi, Standar Operasional Prosedur (SOP), dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat dan bidan di sarana kesehatan. Standar keperawatan dan kebidanan bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dan bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bermutu sehingga setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan berorientasi pada budaya mutu. Selain hal tersebut standar dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pekerjaan, dapat meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf, dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta melindungi masyarakat/klien dari pelayanan yang tidak bermutu (Kepmenkes Nomor : 836/Menkes/SK/VI/2005).

Standar yang berbasis pada sistem manajemen kinerja menegaskan spesifikasi suatu kinerja antara lain: (Heidemann EG,1993)

a. Spesifik (*specific*)

- b. Terukur (*measurable*)
- c. Tepat (*appropriate*)
- d. Andal (*reliable*)
- e. Tepat waktu (*timely*)

Ada beberapa ketentuan dalam menyusun standar, yaitu :

1. Harus tertulis dan dapat diterima pada suatu tingkat praktek, mudah dimengerti oleh para pelaksananya.
2. Mengandung komponen struktur (peraturan-peraturan), proses (tindakan/*actions*) dan hasil (outcomes). Standar struktur menjelaskan peraturan, kebijakan fasilitas dan lainnya. Proses standar menjelaskan dengan cara bagaimana suatu pelayanan dilakukan dan outcome standar menjelaskan hasil dari dua komponen lainnya.
3. Standar dibuat berorientasi pada pelanggan, staf dan sistem dalam organisasi. Pernyataan standar mengandung apa yang diberikan kepada pelanggan/pasien, bagaimana staf berfungsi atau bertindak dan bagaimana sistem berjalan. Ketiga komponen tersebut harus berhubungan dan terintegrasi. Standar tidak akan berfungsi bila kemampuan atau jumlah staf tidak memadai.
4. Standar harus disetujui atau disahkan oleh yang berwenang. Sekali standar telah dibuat, berarti sebagian pekerjaan telah dapat diselesaikan dan sebagian lagi adalah mengembangkannya melalui pemahaman (desiminasi). Komitmen yang tinggi terhadap kinerja prima melalui penerapan-penerapannya secara konsisten untuk tercapainya tingkat mutu yang tinggi.

Komponen-komponen standar :

1. Standar Struktur

Standar struktur adalah karakteristik organisasi dalam tatanan asuhan yang diberikan. Standar ini sama dengan standar masukan atau standar input yang meliputi;

- a. Filosofi dan objektif
- b. Organisasi dan administrasi
- c. Kebijakan dan peraturan
- d. *Staffing* dan pembinaan
- e. Deskripsi pekerjaan (fungsi tugas dan tanggung jawab setiap posisi klinis)
- f. Fasilitas dan peralatan

2. Standar Proses

Standar proses adalah kegiatan dan interaksi antara pemberi dan penerima asuhan. Standar ini berfokus pada kinerja dari petugas profesional di tatanan klinis, mencakup :

- a. Fungsi tugas, tanggung jawab, dan akuntabilitas
- b. Manajemen kinerja klinis
- c. Monitoring dan evaluasi kinerja klinis

3. Standar *Outcomes*

Standar *outcomes* adalah hasil asuhan dalam kaitannya dengan status pasien.

Standar ini berfokus pada asuhan pasien yang prima, meliputi :

- a. Kepuasan pasien

- b. Keamanan pasien
- c. Kenyamanan pasien

Dalam pelayanan kesehatan, standar digunakan dalam satu dari tiga proses evaluasi; menilai diri sendiri, inspeksi, dan akreditasi. Istilah penilaian diri sendiri menunjukkan penilaian satu kinerja diri sendiri. Proses ini, mungkin dirancang oleh individu tersebut atau komite dari luar, mengenai evaluasi pemenuhan standar. Apakah standar tersebut terpenuhi atau tidak. Hal ini dapat menjadi suatu pengalaman belajar yang sangat berharga, terutama apabila ada komitmen untuk menganalisa secara jujur mengenai kekuatan dan kelemahan kinerja. Standar adalah kesepakatan kinerja untuk mencapai luaran/hasil kerja tertentu. (Modul Pelatihan Ketrampilan Manajerial, 2002)

Beberapa manfaat standar diantaranya:

1. Standar menetapkan norma dan memberi kesempatan anggota masyarakat dan perorangan mengetahui bagaimanakah tingkat pelayanan yang diharapkan/ diinginkan. Karena standar tertulis sehingga dapat dipublikasikan/diketahui secara luas.
2. Standar menunjukkan ketersediaan yang berkualitas dan berlaku sebagai tolok ukur untuk memonitor kualitas kinerja.
3. Standar berfokus pada inti dan tugas penting yang harus ditunjukkan pada situasi aktual dan sesuai dengan kondisi lokal.
4. Standar meningkatkan efisiensi dan mengarahkan pada pemanfaatan sumber daya dengan lebih baik.
5. Standar meningkatkan pemanfaatan staf dan motivasi staf.

6. Standar dapat digunakan untuk menilai aspek praktis baik pada keadaan dasar maupun *post-basic* pelatihan dan pendidikan.

Beberapa langkah praktis dalam merancang standar ;

1. Apabila menulis satu standar mulailah dengan pernyataan standar.
2. Identifikasi kriteria *outcomes* dalam bentuk pertanyaan, siap untuk dimonitor.
3. Identifikasi proses yang dibutuhkan untuk mencapai *outcomes* (apa yang harus dikerjakan).
4. Identifikasi struktur (apa yang dibutuhkan untuk melaksanakan proses untuk mencapai *outcomes*)
5. Ringkaskan, identifikasi kriteria kunci sebagai kelompok profesional yang senantiasa bekerja sama, oleh karena itu kriteria proses tidak perlu dikembangkan dalam buku prosedur (*Standart Operating Procedure/Prosedur Operasi Baku*).
6. Gunakanlah kata-kata yang dapat diukur, contoh; anda tidak dapat mengukur 'kemungkinan', 'mengerti', 'tepat'. Anda perlu mengidentifikasi kata yang berarti dalam istilah pengukuran.
7. Memastikan bahwa *outcomes* mengukur pernyataan standar.
8. Keterlibatan tim multidisiplin dalam menyusun standar, sangat diperlukan.
9. Monitoring standar harus merupakan bagian dari evaluasi asuhan pasien.
10. Standar harus merefleksi kepada asuhan spesifik yang diperlukan pasien
11. Standar harus menjadi bagian sistem yang mudah dicapai, kemudian diperbaiki dalam beberapa bulan untuk mengecek konsistensi pencapaian.

12. Standar baru harus dipelihara untuk meningkatkan kinerja standar sebaiknya diletakkan dalam rak buku di ruangan.
13. Walaupun dalam pelayanan kesehatan, hasil mungkin tidak selalu seperti apa yang diinginkan atau diharapkan, definisi standar struktur dan proses yang baik, terlihat sejauh mana ditingkatkan kemungkinan pencapaian *outcomes* atau hasil yang diharapkan. *Outcomes* adalah hasil yang dicapai melalui penentuan dan melengkapi proses. *Outcomes* ditulis untuk setiap prosedur, pedoman praktek dan rencana.

Menurut Depkes, 1995 langkah praktis dalam merancang standar keperawatan dan kebidanan, yaitu :

1. Apabila menulis satu standar mulailah dengan pernyataan standar.
2. Identifikasi kriteria *outcomes* dalam bentuk pertanyaan, siap dimonitor.
3. Identifikasi proses yang dibutuhkan untuk mencapai *outcomes* (apa yang harus dikerjakan).
4. Identifikasi struktur (apa yang dibutuhkan untuk melaksanakan proses untuk mencapai *outcomes*).
5. Ringkaskan, identifikasi kriteria kunci, sebagai kelompok profesional yang senantiasa bekerja sama, oleh karena itu kriteria proses tidak perlu dikembangkan dalam buku prosedur (SOP).
6. Gunakanlah kata-kata yang dapat diukur, contoh : anda tidak dapat mengukur 'kemungkinan', 'mengerti', 'tepat'. Anda perlu mengidentifikasi kata yang berbarti dalam istilah pengukuran.
7. Mengecek bahwa *outcomes* mengukur pernyataan standar.

8. Keterlibatan tim multidisiplin dalam menyusun standar
9. Monitoring standar harus bagian dari evaluasi asuhan pasien.
10. Standar harus merefleksi kepada asuhan spesifik yang diperlukan pasien.
11. Standar harus menjadi bagian sistem yang mudah dicapai, kemudian diperbaiki dalam beberapa bulan untuk mengecek konsistensi pencapaian.

2. 1.5.2 Uraian tugas

Uraian tugas adalah seperangkat fungsi, tugas, dan tanggung jawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara set pekerjaan yang satu dengan yang lainnya. Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggung jawab serta akuntabilitas setiap perawat dan bidan dalam melaksanakan peran dan fungsinya. Kejelasan uraian tugas dimaksud dapat memandu setiap perawat dan bidan untuk melaksanakan kegiatan sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan setempat (Kepmenkes Nomor : 836/Menkes/SK/VI/2005)

Akan menjadi rintangan apabila uraian tugas tidak akurat, tidak lengkap dan kadaluwarsa. Penulisan deskripsi pekerjaan yang sempurna dapat menjadi aset dan dapat menggambarkan posisi dalam organisasi yang memberikan pandangan operasional secara keseluruhan dan menunjukkan bahwa deskripsi pekerjaan telah dirancang dan dianalisis sebagai suatu bagian integral dari pelayanan organisasi.

Seorang manajer harus melihat bahwa uraian tugas merupakan :

- a. Pernyataan tertulis untuk semua tingkat posisi dalam unit keperawatan dan kebidanan yang mencerminkan fungsi, tanggung jawab, dan kualifikasi yang dibutuhkan.
- b. Dapat diperbaiki dan diperbaharui sesuai dengan perkembangan iptek atau kebijakan organisasi
- c. Semua posisi klinik sebaiknya dievaluasi secara periodik (6 bulan atau 1 tahun sekali) (Modul Pelatihan Keterampilan Manajerial, 2002)

Deskripsi pekerjaan, kewenangan dan tanggung jawab pada masing-masing posisi klinis harus jelas bagi perawat dan bidan dalam memberi asuhan langsung kepada pasien.

Ada beberapa kriteria tertentu untuk mengembangkan deskripsi pekerjaan sebagai berikut;

1. Deskripsi pekerjaan harus terkini dan akurat untuk mensyaratkan fungsi dan tugas yang diperlukan.
2. Posisi/jabatan klinis harus jelas berdasarkan ketentuan dan jenjang karier yang ditetapkan oleh organisasi.
3. Deskripsi pekerjaan menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, bagaimana dan untuk apa pekerjaan tersebut berbeda satu dengan lainnya.
4. Deskripsi pekerjaan harus lengkap dan tidak mendetail, sehingga dapat mengembangkan fungsi dan tugas yang lebih luas.
5. Rancang standar untuk digunakan pada semua pekerjaan bagi masing-masing kategori.

6. Deskripsi pekerjaan harus realistis untuk aspek teknis dan sumber daya manusia yang memungkinkan.

Prinsip-prinsip penulisan dan pengorganisasian pekerjaan yang bijaksana dan memberi kontribusi terhadap perkembangan perawat dan bidan adalah :

1. Mengatur pekerjaan untuk kebutuhan logis
2. Menetapkan fungsi dan tugas yang jelas dan ringkas
3. Mulai dengan kalimat aktif, kata kerja fungsional
4. Bila mungkin gunakan kata spesifik dan jelas.

2.1.5.3. Indikator Kinerja

Ada banyak pendapat tentang pengertian kinerja, namun pada dasarnya memiliki makna yang hampir sama seperti pendapat dari Bernardian dan Russel (1993) dalam Ruky Achmad S (2001) "*Performance is defined as the record of outcomes produced on a specified job function or activity during a specified time period* (Kinerja adalah catatan tentang hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan tertentu atau kegiatan tertentu selama kurun waktu tertentu). Menurut Ilyas (1999) kinerja adalah penampilan hasil karya personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi

Kinerja mengandung 2 komponen penting yaitu :

1. Kompetensi berarti individu atau organisasi memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi tingkat kinerjanya.
2. Produktifitas: kompetensi tersebut diatas dapat diterjemahkan kedalam tindakan atau kegiatan-kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja (*outcome*).

Gibson, 1987 mengemukakan bahwa terdapat 3 faktor yang mempengaruhi kinerja, yaitu : faktor individu, faktor psikologis dan faktor organisasi, dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a) Faktor individu, seperti kemampuan dan ketrampilan, latar belakang keluarga, pengalaman tingkat sosial dan demografi seseorang. Selain itu faktor seperti umur, etnis dan jenis kelamin akan mempengaruhi kinerja secara tidak langsung. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama dalam individu yang mempengaruhi kinerja seseorang.
- b) Faktor psikologis, seperti persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi, kepuasan kerja. Faktor psikologis banyak dipengaruhi oleh latar belakang keluarga, lingkungan dan pengalaman kerja sebelumnya.
- c) Faktor organisasi, struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan. Faktor organisasi berpengaruh tidak langsung pada kinerja seseorang.

Beberapa pengertian tentang indikator adalah :

1. Indikator adalah pengukuran tidak langsung suatu peristiwa atau kondisi. Contoh: berat badan bayi dan umurnya adalah indikator status nutrisi dari bayi tersebut (Wilson & Sapanuchart, 1993).
2. Indikator adalah variabel yang mengindikasikan atau menunjukkan satu kecenderungan situasi, yang dapat dipergunakan untuk mengukur perubahan (Green, 1992).
3. Indikator adalah variabel untuk mengukur suatu perubahan baik langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981)

Karakteristik indikator :

1. Sahih (*Valid*) artinya indikator benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek-aspek yang akan dinilai.
2. Dapat dipercaya (*Reliable*): mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang.
3. Peka (*Sensitive*): cukup peka untuk mengukur sehingga jumlahnya tidak perlu banyak.
4. Spesifik (*Specific*) memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak tumpang tindih.
5. *Relevan*: sesuai dengan aspek kegiatan yang akan diukur dan kritikal contoh: pada unit bedah indikator yang dibuat berhubungan dengan pre-operasi dan post-operasi.

Indikator kinerja perawat dan bidan adalah variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator yang berfokus pada hasil asuhan keperawatan dan kebidanan kepada pasien dan proses pelayanannya disebut indikator klinis.

Indikator dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Indikator input merujuk pada sumber-sumber yang diperlukan untuk melaksanakan aktivitas al: personel, alat/fasilitas, informasi, dana, peraturan/kebijakan.
2. Indikator proses adalah memonitor tugas atau kegiatan yang dilaksanakan.
3. Indikator output : mengukur hasil meliputi cakupan, termasuk pengetahuan, sikap, dan perubahan perilaku yang dihasilkan oleh tindakan yang dilakukan.

Indikator ini juga disebut *indicator effect*.

4. Indikator *outcome* : dipergunakan untuk menilai perubahan atau dampak (*impact*) suatu program, perkembangan jangka panjang termasuk perubahan status kesehatan masyarakat/penduduk.

Dalam menilai kegiatan pelayanan keperawatan dan kebidanan dipergunakan indikator kinerja klinis. Indikator adalah suatu peristiwa atau even atau suatu kondisi. Untuk mengukur suatu peristiwa yang terjadi, maka peristiwa tersebut dibandingkan dengan sejumlah peristiwa yang universal. Pengukuran indikator bersifat kuantitatif, umumnya pengukuran kuantitatif meliputi numerator dan denominator. Numerator adalah suatu data pembilang dari suatu peristiwa (*events*) yang sudah diukur. Denominator data penyebut adalah jumlah target sasaran atau jumlah seluruh pasien yang menjadi sasaran pemberian asuhan/pelayanan.

Indikator klinis diidentifikasi, dirumuskan, disepakati dan ditetapkan bersama diantara kelompok perawat dan bidan serta manajer lini pertama keperawatan/kebidanan, untuk mengukur hasil kinerja klinis perawat dan bidan terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, sehingga variabel yang akan dimonitor dan dievaluasi menjadi lebih jelas bagi kedua belah pihak. (Modul Pelatihan Ketrampilan Manajerial SPMK, 2003).

2.1.5.4 Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

Diskusi refleksi kasus adalah suatu metoda dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat dan bidan yang mengacu kepada pemahaman

terhadap standar. Pengalaman klinis yang direfleksikan merupakan pengalaman aktual dan menarik baik hal-hal yang merupakan keberhasilan maupun kegagalan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan termasuk untuk menemukan masalah dan menetapkan upaya penyelesaiannya misalnya rencana penyusunan SOP baru. (Kepmenkes N0.836/Tahun 2005).

Tujuan Diskusi Refelksi Kasus adalah :

1. Untuk mengembangkan profesionalisme perawat dan bidan
2. Meningkatkan aktualisasi diri perawat dan bidan
3. Membangkitkan motivasi untuk belajar.

Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi dalam DRK (Hennesy, 2001 dalam Modul Pelatihan Ketrampilan Manajerial SPMK, 2003) :

1. Suatu kelompok perawat atau kelompok bidan terdiri dari 5 – 8 orang
2. Salah satu anggota kelompok berperan sebagai fasilitator, satu orang lagi sebagai penyaji dan lainnya sebagai peserta.
3. Posisi fasilitator, penyaji dan peserta lain dalam diskusi setara (equal)
4. Kasus yang disajikan oleh penyaji merupakan pengalaman klinis keperawatan atau kebidanan yang menarik.
5. Posisi duduk sebaiknya melingkar tanpa dibatasi oleh meja atau benda lainnya, agar setiap peserta dapat saling bertatapan dan berkomunikasi secara bebas.
6. Tidak boleh ada interupsi dan hanya satu orang saja yang berbicara dalam satu saat, peserta lainnya memperhatikan proses diskusi.

7. Tidak diperkenankan ada dominasi, kritik yang dapat memojokkan peserta lainnya.
8. Membawa catatan diperbolehkan, namun perhatian tidak boleh terkikis atau tertumpu hanya pada catatan, sehingga dapat mengurangi perhatian dalam berdiskusi.

DRK dilaksanakan secara terpisah antara profesi perawat dan bidan minimal satu bulan sekali selama 60 menit. Untuk lebih jelasnya berikut proses selama DRK.

1. Sistem yang didukung oleh manajer lini pertama (kepala ruangan/supervisor) yang mendorong serta mewajibkan anggotanya untuk melaksanakan DRK secara rutin, terencana dan terjadwal dengan baik.
2. Kelompok perawat atau kelompok bidan berbagi (*sharring*) pengalaman klinis dan iptek diantara sejawat masing-masing selama 1 jam, minimal setiap bulan sekali.
3. Setiap anggota secara bergilir mendapat kesempatan dan menimba pengalaman sebagai fasilitator, penyaji dan sebagai anggota dalam diskusi tersebut.
4. Proses diskusi memberikan kesempatan kepada setiap anggota untuk menyampaikan pendapat dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan sedemikian rupa yang merefleksikan pengalaman, pengetahuan serta kemampuan masing-masing.
5. Selama diskusi berlangsung harus dijaga agar tidak ada pihak-pihak yang merasa tertekan ataupun terpojok. Yang diharapkan terjadi justru sebaliknya

yaitu dukungan dan dorongan bagi setiap peserta agar terbiasa menyampaikan pendapat mereka masing-masing.

6. Diskusi Refleksi Kasus dapat dimanfaatkan sebagai wahana untuk memecahkan masalah, namun tidak dipaksakan (tidak harus).
7. Adanya catatan kehadiran dan laporan DRK serta catatan tentang isu-isu yang muncul tidak terjadi atau terulang lagi.
8. DRK merupakan salah satu metoda *in-service training* yang mengandung ciri-ciri pembelajaran antar sejawat dalam satu profesi, sebagai salah satu sarana untuk meningkatkan kemampuan perawat atau bidan.
9. Sistem yang didukung oleh manajer lini pertama (kepala ruangan/supervisor) yang mendorong serta mewajibkan anggotanya untuk melaksanakan DRK secara rutin, terencana dan terjadwal dengan baik.
10. Kelompok perawat atau kelompok bidan berbagi (*sharring*) pengalaman klinis dan iptek diantara sejawat masing-masing selama 1 jam, minimal setiap bulan sekali.
11. Setiap anggota secara bergilir mendapat kesempatan dan menimba pengalaman sebagai fasilitator, penyaji dan sebagai anggota dalam diskusi tersebut.
12. Proses diskusi memberikan kesempatan kepada setiap anggota untuk menyampaikan pendapat dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan sedemikian rupa yang merefleksikan pengalaman, pengetahuan serta kemampuan masing-masing.

13. Selama diskusi berlangsung harus dijaga agar tidak ada pihak-pihak yang merasa tertekan ataupun terpojok. Yang diharapkan terjadi justru sebaliknya yaitu dukungan dan dorongan bagi setiap peserta agar terbiasa menyampaikan pendapat mereka masing-masing.
14. Diskusi Refleksi Kasus dapat dimanfaatkan sebagai wahana untuk memecahkan masalah, namun tidak dipaksakan (tidak harus).
15. Adanya catatan kehadiran dan laporan DRK serta catatan tentang isu-isu yang muncul tidak terjadi atau terulang lagi.
16. DRK merupakan salah satu metoda *in-service training* yang mengandung ciri-ciri pembelajaran antar sejawat dalam satu profesi, sebagai salah satu sarana untuk meningkatkan kemampuan perawat atau bidan.

2.1.5.5. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring adalah suatu proses pengumpulan dan menganalisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana sehingga masalah yang dilihat /ditemui dapat diatasi (WHO). Menurut Kepmenkes No.836/2005 kegiatan monitoring meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati yang dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauh mana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.

Sedangkan evaluasi menurut World Health Organization (WHO) sebagai suatu proses dari pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak suatu program dalam tahap tertentu sebagai bagian atau keseluruhan dan

juga mengkaji pencapaian program. Definisi lain dikemukakan oleh Swansburg (1996) yang menyatakan bahwa evaluasi kinerja adalah suatu proses pengendalian dimana kinerja pegawai dievaluasi berdasarkan standar.

Dalam melakukan monitoring kinerja perawat dan bidan, perlu ada seorang koordinator untuk perawat dan koordinator untuk bidan. Dengan demikian diharapkan kinerja perawat dan bidan dapat dipertanggungjawabkan dan segera diketahui bila terjadi penyimpangan, namun keputusan harus dibuat berdasarkan informasi yang lengkap. Hasil monitoring ini harus dilaporkan dan bila terdapat penyimpangan segera ditindaklanjuti tetapi sebaliknya bila terdapat peningkatan kinerja perlu diberikan penghargaan. Monitoring merupakan bagian dari evaluasi yang dilakukan dalam proses kegiatan/evaluasi formatif. Sedangkan evaluasi selain berisi monitoring juga melihat kembali kegiatan yang dilakukan secara keseluruhan/evaluasi sumatif. (Modul Pelatihan Ketrampilan Manajerial SPMK, 2003)

Tujuan monitoring dan evaluasi:

1. Memperoleh informasi terutama tentang kegiatan apakah telah dilaksanakan sesuai dengan rencana dan memberikan umpan balik
2. Mempertanggung jawabkan tugas/kegiatan yang telah dilakukan
3. Sebagai bahan untuk mengambil keputusan dalam mengembangkan program/kegiatan dan tindak lanjut dari aktifitas monitoring.
4. Menentukan kompetensi pekerjaan dan meningkatkan kinerja dengan menilai dan mendorong hubungan yang baik diantara pegawai dalam hal ini perawat dan bidan.

5. Menghargai pengembangan staf dan memotivasi perawat dan bidan kearah pencapaian kualitas yang tinggi.
6. Menggiatkan konseling dan bimbingan dari manajer
7. Memilih perawat dan bidan yang berkualitas untuk pengembangan dan peningkatan gaji.
8. Mengidentifikasi ketidak puasan perawat dan bidan.

Manfaat monitoring dan evaluasi :

1. Mengidentifikasi masalah keperawatan/kebidanan.
2. Mengambil langkah korektif untuk perbaikan secepatnya.
3. Mengukur pencapaian sasaran/target.
4. Mengkaji kecenderungan status kesehatan pasien/masyarakat yang mendapat pelayanan.

Prinsip dalam monitoring dan evaluasi:

- a. Libatkan staf dalam perencanaan dan implementasi, rapat dengan staf untuk memberi kesempatan mengerti konsep dan ide-ide dan keuntungan self evaluasi menjadi berguna
- b. Pilih seorang atau dua orang sebagai tim kecil yang bertanggung jawab dan membatasi data dan analisis tetapi tidak membuat rekomendasi.
- c. Pastikan ada konsensus rencana evaluasi walaupun ini kelihatannya membutuhkan waktu dan usaha yang besar
- d. Sediakan kepada tim evaluasi sumber-sumber pengambilan data dan analisis ini mungkin melibatkan pendapat dari ahli

- e. Mendorong evaluator untuk melaporkan kemajuan walaupun mereka tidak pada posisi untuk melapor
- f. Gunakan temuan – temuan untuk merefleksikan program dibawah pengawasannya, tentukan apa yang akan dirubah, dibuat dan untuk apa contoh apakah proses implementasi harus dimodifikasi sehingga tujuan dapat dicapai.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam monitoring :

1. Monitoring kinerja klinis perawat/bidan berdasarkan indikator kinerja klinis
2. Indikator kinerja berdasarkan standar dan uraian tugas.
3. Indikator kinerja klinis dipilih yang menjadi indikator kunci
4. Indikator harus bersifat ; dapat diukur atau dinilai, dapat dicapai, dan bersifat spesifik
5. Dalam waktu tertentu dapat dilakukan perubahan
6. Monitoring harus ditentukan bagaimana caranya, kapan dimana, dan siapa yang akan memonitor serta harus didokumentasikan.

Langkah-langkah monitoring evaluasi ((Modul Pelatihan Ketrampilan Manajerial SPMK, 2003)

1. Perencanaan

- a. Merancang sistem monitoring yang spesifik: apa yang akan dimonitor, tujuan apakah untuk memperoleh informasi rutin atau jangka waktu pendek? mengapa dan untuk siapa (*user*).
- b. Menentukan scope monitoring: luasnya area (RS, puskesmas non

TT)? Apakah bersifat klinis atau service? Siapa yang terlibat, bidan, perawat, dokter? Berapa lama monitoring akan dilakukan?

- c. Memilih dan menentukan indikator tentukan batasan sasaran kelompok misalnya kelompok anak dibawah 2th, 5 th atau antara 12-60 bln ? Terminologi: kasus diare, mungkin kultur masyarakat dari satu tempat akan berbeda dgn tempat lainnya, maka penyusunan indikator merujuk pada budaya setempat dan terakhir tentukan "performance standard" atau target pencapaian (%) serta frekuensinya (harian/mingguan/bulanan) tergantung kebutuhan user.
- d. Menentukan sumber-sumber informasi, memilih metoda pengumpulan data, seperti metoda observasi, interview petugas, perawat/bidan, pasien atau rapid survey untuk cakupan atau pengobatan di rumah (home treatment).

2. Implementasi

- a. Mengumpulkan data penggunaan format pengumpulan data, termasuk memilih menentukan proses supervisi dan prosesingnya (kemana akan dikirim)
- b. Tabulasi data dan analisa data: membandingkan temuan atau pencapaian aktual dengan perencanaan
- c. Temuan dalam monitoring: apakah ada penyimpangan, bila ada perlu diidentifikasi masalah penyebabnya. Hasil temuan di "feedback" kan kepada semua staf yang terlibat.
- d. Menggali penyebab dan mengambil tindakan perbaikan: menggali

penyebab terjadinya masalah, bisa jadi masalah timbul dalam hal yang sudah familiar bagi perawat dan bidan, misalnya imunisasi cakupan turun. Bila penyebab telah diketahui, check list imunisasi dipakai lagi. Rencana monitoring perlu disusun jangka pendek untuk menjamin bahwa tindakan/prosedur dilaksanakan sesuai standar (rencana) serta memberi efek sesuai dengan harapan

3. Menentukan Kelanjutan monitoring

Kegiatan monitoring dirancang untuk memperoleh hasil kinerja sekarang (rutin) atau jangka pendek bagi manajer atau user lainnya. Ketika program atau kegiatan rutin telah memberikan perubahan signifikan, maka kelangsungan program kinerja memerlukan perhatian. Review secara periodik tetap diperlukan. Sistem informasi manajemen akan membantu manajer untuk mempertimbangkan kapan indikator dan frekuensi monitoring dikurangi dan pada bagian mana perlu direncanakan lagi dan dilanjutkan.

2.1.5.6. Pengelolaan Penyimpangan

Program jaminan mutu adalah merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya berbagai penyimpangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Program jaminan mutu (*quality assurance program*) adalah suatu upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu untuk :

- a. Menetapkan masalah mutu dan penyebabnya berdasarkan standar yang telah ditetapkan.

- b. Menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia
- c. Menilai hasil yang dicapai
- d. Menyusun rencana tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu.

Dari batasan tersebut dapat diketahui bahwa program jaminan mutu merupakan suatu proses yang dilakukan secara bertahap tetapi berkelanjutan, mulai dari identifikasi masalah utama, mencari dan menerapkan solusi, menilai hasilnya dalam bentuk peningkatan mutu dan penurunan biaya produksi (Muninjaya, 2004).

Depkes, 2001 telah membuat standar kriteria pengendalian mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana kesehatan, yaitu :

- a. Adanya kebijakan program pengendalian mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana kesehatan
- a. Adanya program pengendalian mutu pelayanan keperawatan
- b. Adanya standar pelayanan keperawatan
- c. Adanya mekanisme pelaksanaan program pengendalian mutu
- d. Adanya tim pengendalian mutu dalam organisasi pelayanan kesehatan
- e. Adanya sumber daya yang memadai dalam jumlah dan kualitas.

Pemberian asuhan atau tindakan yang dilakukan oleh perawat/bidan berhubungan erat dengan keselamatan pasien. Keselamatan pasien dalam keperawatan melibatkan kegiatan yang cukup luas yaitu :

- a. Manajemen sumber daya manusia : rekrutment, training dan retensi
- b. Peningkatan kinerja

- c. Keselamatan lingkungan dan manajemen risiko meliputi pengendalian infeksi, pemberian obat secara aman, perlengkapan alat yang aman, pemberian asuhan yang aman, lingkungan asuhan pasien yang aman, yang merupakan akumulasi dan pengetahuan ilmiah yang terintegrasi yang berfokus pada keselamatan pasien serta pengembangan infrastruktur penunjang.

Penyebab terjadinya kesalahan klinis dalam pelayanan keperawatan dapat disebabkan oleh banyak faktor, menurut Gartinah T. faktor tersebut dapat berupa :

1. Apakah standar asuhan keperawatan dipahami perawat?
2. Apakah SOP sudah jelas?
3. Apakah uraian tugas sudah jelas?
4. Apakah sudah dilakukan orientasi dan pelatihan setiap ada kebijakan atau alat baru / perubahan praktik keperawatan?
5. Adakah perawat yang terlatih untuk bekerja di ruangan khusus?
6. Apakah sudah diberikan informed concern secara benar?
7. Bagaimana hubungan antar tim kesehatan?
8. Bagaimana sistem monitoring, evaluasi dan pengendalian mutu?
9. Bagaimana risiko jumlah dan jenis tenaga keperawatan dengan pasien memadai?
10. Bagaimana program pemeliharaan / kalibrasi peralatan?
11. Apakah jumlah alat / fasilitas sudah cukup memadai?

Terjadinya kesalahan klinis dalam pelayanan keperawatan dapat disebabkan oleh :

1. Faktor individu perawat yang tidak kompeten

Oleh karena itu dari sejak awal sistem rekrutment dan seleksi perawat yang mempunyai kualifikasi / kemampuan yang diharapkan sangat diperlukan.

2. Sistem organisasi tempat perawat bekerja agar lebih kondusif atau memfasilitasi perawat bekerja secara profesional dan aman.

Pengelolaan terhadap kesalahan klinis adalah membentuk tim multidisiplin , mengumpulkan laporan kemudian dianalisa dan mencari penyebab masalah. Hasil analisa digunakan untuk melakukan perbaikan sistem atau prosedur yang akan disosialisasikan. (Depkes, 2006)

2.2. Unsur Lain dalam PMK :

2.2.1 Pelatihan

Husin, 1993 mengemukakan bahwa pendidikan tambahan bertujuan untuk menjembatani kesenjangan antara kecakapan perawat dengan tuntutan tugas dalam mencapai sasaran pekerjaan. Biasanya diberikan pada karyawan yang telah lama bekerja dan dinilai oleh tempatnya bekerja bahwa ia mampu.

2.2.2 Penghargaan

Kolb et al (1984) memandang penghargaan sebagai tingkat dimana anggota yang bekerja dengan baik mereka harus diperhatikan dan dihargai, mendapat imbalan yang sesuai dan bagi anggota yang acuh tak acuh, suka

mengkritik, mereka diberi hukuman yang sesuai dengan kesalahan yang mereka buat. Cohen (1995) mengemukakan bahwa support dan penghargaan merupakan kemampuan organisasi untuk memberikan suatu kompensasi kepada staf dan akan memfasilitasi kemampuan staf yang telah memenuhi standar kriteria yang diharapkan. Loverdige dan Cumming, 1996 mengelompokkan penghargaan menjadi 2 yaitu :

1. *Intrinsic rewards*, didapat dari pasien atau keluarganya karena telah dipuaskan dengan perawatan mereka, hal ini akan berkakibat besar terhadap kepuasan kerja perawat.
2. *Extrinsic rewards*, termasuk kompensasi, bonus dan insentif pegawai.

Sistem promosi dan penghargaan dapat memotivasi pegawai untuk melakukan pekerjaan lebih baik (Mill dalam Timpe, 1992)

2.2.3 Dokumentasi

Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting . (Tungpalan, 1983)

Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi kesehatan klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Dokumentasi merupakan bagian integral dari proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan dan tindakan. Adapun tujuan utama dari dokumentasi keperawatan adalah sebagai dokumen rahasia yang mencatat semua pelayanan keperawatan klien, catatan

tersebut dapat diartikan sebagai suatu catatan bisnis dan hukum yang mempunyai banyak manfaat dan penggunaan. (Fisbach dalam Nursalam (2001))

Kategori informasi yang biasanya masuk dalam status (*chart*) pasien adalah :

1. Data demografik
2. Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
3. Formulir persetujuan
4. Diagnosa
5. Pengobatan
6. Catatan perkembangan /kemajuan
7. Catatan secara berkesinambungan (*flow sheet*)
8. Catatan perawat
9. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu dalam berkomunikasi baik antara sesama perawat/bidan maupun lembaran tindakan (*treatment*)
10. Catatan laboratorium
11. Laporan rontgen (X – ray)
12. Ringkasan pasien pulang

Aspek penting dalam dokumentasi keperawatan menurut Kartowisastro (2002) dilihat dari berbagai sisi, yaitu :

a. Hukum

Dokumen keperawatan dapat dipergunakan sebagai barang bukti bila terjadi suatu masalah (*misconduct*) yang berhubungan dengan profesi

keperawatan. Sehingga data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat) dan tanggal pembuatannya.

b. Jaminan mutu (kualitas layanan)

Bila pencatatan yang dilakukan perawat lengkap dan akurat akan mempermudah perawat menyelesaikan masalah klien, perawat dapat mengontrol sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi. Hal tersebut membantu kualitas layanan keperawatan.

c. Komunikasi

Dokumentasi merupakan rekaman masalah yang berkaitan dengan klien. Catatan yang ada merupakan alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

d. Keuangan

Dokumentasi digunakan sebagai acuan atau bahan pertimbangan dalam pembiayaan keperawatan, karena berisi semua tindakan keperawatan.

e. Pendidikan

Nilai pendidikan yang terdapat dalam dokumentasi karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

f. Akreditasi

Peran dan fungsi perawat dalam asuhan keperawatan dapat dilihat dari dokumentasi keperawatan. Berhasil atau tidaknya asuhan keperawatan

dapat dilihat dari dokumentasi sehingga dapat dipakai sebagai acuan dalam pembinaan dan pengembangan selanjutnya. Hal ini berhubungan dengan mutu dan penilaian individu perawat itu sendiri.

Dalam pendokumentasian keperawatan harus memenuhi kaidah / prinsip-prinsip yang akan menentukan kualitas dokumen tersebut. Potter dan Perry (1997) mengemukakan beberapa prinsip dasar dalam pendokumentasian yaitu:

a. Berdasarkan fakta

Pencatatan harus berdasarkan fakta, berisi informasi yang efektif tentang apa yang dilihat, didengar, dirasakan dan dicium oleh perawat. Penjelasan objektif merupakan hasil observasi langsung, perilaku klien yang nyata.

b. Akurat

Akurasi pendokumentasian harus benar-benar dijalankan dengan memperhatikan penggunaan pengukuran, ketepatan penulisan kata-kata, penulisan tanggal, tanda tangan dan nama jelas.

c. Kelengkapan

Gunakan kalimat yang mudah dimengerti, hindari kata-kata yang tidak perlu. Singkat namun tidak menghilangkan makna dari tulisan tersebut.

d. Ketepatan waktu

Penundaan dalam pendokumentasian akan mengakibatkan kelupaan atau kesalahan penulisan, sehingga semua data, rencana, tindakan atau hasil evaluasi harus segera dicatat.

e. Terorganisasi

Tahap-tahap dari proses keperawatan harus diperhatikan, sehingga tidak tumpang tindih yang akan membingungkan dan menghilangkan manfaat dari pendokumentasian itu sendiri.

f. Kerahasiaan

Informasi tentang klien harus dijaga kerahasiaannya, tidak dibaca oleh pihak-pihak yang tidak berkepentingan dalam pelayanan keperawatan / kesehatan. Informasi yang harus dirahasiakan dari segi hukum adalah informasi yang didapatkan dari hasil pemeriksaan, observasi, diskusi, tindakan keperawatan, tindakan medis dan pengobatan.

2.3. Keperawatan

2.3.1 Definisi

Lokakarya Nasional Keperawatan tahun 1983, memberi definisi keperawatan: "Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional dan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif dan ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses siklus kehidupan manusia.

Pelayanan keperawatan berupa bantuan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemampuan dalam melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari. Bantuan juga ditujukan kepada penyediaan pelayanan kesehatan utama dalam usaha mengadakan perbaikan system pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif.

Tujuan keperawatan adalah tujuan yang harus dicapai oleh tenaga perawat untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah adanya masalah kesehatan, memperbaiki tingkat kesehatan dari klien. Klien yang dimaksud adalah pasien, keluarga dan masyarakat. Khususnya dalam hal pasien, pasien diupayakan agar mencapai kondisi yang paling baik. (Smith, 1981:16; Kozier, 1983:8&10).

Salah satu faktor yang dapat menentukan pelayanan yang berkualitas adalah manajemen keperawatan yang efektif. Agar perawat dapat menjalankan tugasnya dengan baik maka yang pertama-tama harus dilakukan adalah perawat harus dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain melalui pembagian kerja serta koordinasi yang baik dan secara berkala dilakukan evaluasi. (Ganong, 1980; Gillies, 1989; Mariner, 1980).

2.3.2. Perawat Pelaksana

2.3.2.1 Pengertian

Perawat pelaksana adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi wewenang untuk melaksanakan asuhan keperawatan di ruang rawat dengan persyaratan memiliki ijazah pendidikan formal keperawatan dari semua jenjang pendidikan yang disahkan oleh pemerintah/ yang berwenang. (Depkes, 1999)

Menurut Gillies (2000), kinerja perawat pelaksanaan adalah memberikan bantuan kepada klien menggunakan proses keperawatan yang berpedoman pada standar dan kode etik keperawatan yang dirasakan oleh klien sebagai rasa nyaman dan aman.

2.3.2.2. Tugas Pokok

Berdasarkan buku pedoman uraian tugas tenaga keperawatan di rumah sakit yang dikeluarkan oleh Departemen kesehatan tahun 1999, maka secara garis besar tugas pokok dari perawat pelaksana adalah :

- a. Menerima pasien baru sesuai dengan prosedur yang berlaku
- b. Melakukan pengkajian keperawatan dan menentukan diagnosis keperawatan sesuai dengan kewenangannya
- c. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan kemampuannya.
- d. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan dan batas kemampuannya
- e. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan sesuai batas kemampuannya
- f. Mengobservasi kondisi pasien, selanjutnya melakukan tindakan yang tepat berdasarkan hasil observasi.
- g. Berperan serta dengan anggota tim kesehatan membahas kasus dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
- h. Melaksanakan tugas pagi, sore, malam dan hari libur secara bergilir sesuai dengan jadwal dinas.
- i. Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh Kepala Ruang Rawat
- j. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan di bidang keperawatan.
- k. Melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan benar sesuai Standar Asuhan Keperawatan.

- l. Melaksanakan serah terima tugas kepada petugas pengganti secara lisan maupun tertulis pada saat penggantian dinas.
- m. Memberikan penyuluhan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan keadaan dan kebutuhan pasien.

2.4 Manajemen Keperawatan

2.4.1 Pengertian

Menurut Gillies, 1986, manajemen didefinisikan sebagai suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain, sedangkan manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Manajer keperawatan dituntut untuk merencanakan, mengorganisasi, memimpin, dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien. Selain itu manajemen keperawatan juga menekankan pada pengelolaan ketenagaan, peralatan, administrasi dan lain-lain yang berhubungan dengan pengelolaan organisasi di pelayanan, pendidikan dan atau institusi (Nursalam, 2007)

2.4.2 Fungsi Manajemen Keperawatan

Gillies, 1989 dalam Nursalam, 2002 menjabarkan visi dan misi pelayanan keperawatan di rumah sakit yaitu :

1. Mengaplikasikan kerangka konsep dan acuan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
2. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan

3. Menerapkan strategi dalam meningkatkan kualitas dan pelayanan yang efisien kepada semua konsumen
4. Meningkatkan hubungan baik dengan semua tim kesehatan
5. Menilai kualitas layanan yang diberikan berdasarkan standar kriteria yang ada
6. Mengintegrasikan berbagai disiplin ilmu dalam menilai dan memberikan intervensi keperawatan kepada pasien
7. Meningkatkan pendidikan berkelanjutan (formal maupun nonformal) bagi perawat dalam usaha meningkatkan kinerjanya
8. Berpartisipasi secara aktif dalam upaya perubahan model asuhan keperawatan dan peningkatan kualitas layanan
9. Menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan melibatkan staf dalam setiap pengambilan keputusan yang menyangkut tentang asuhan keperawatan
10. Memberikan penghargaan kepada staf yang dianggap berprestasi
11. Konsisten untuk selalu meningkatkan produksi / layanan yang baik
12. Meningkatkan pandangan masyarakat yang positif tentang profesi keperawatan
13. mendukung setiap rencana dalam usaha meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Motivasi utama dalam konsep manajemen keperawatan adalah suatu keinginan yang kuat dari perawat untuk pantang mundur dalam mencapai profesionalisme keperawatan Indonesia. (Nursalam, 2007)

Fungsi manajemen yang dilakukan di rumah sakit secara garis besar meliputi : perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian (Muninjaya, 2004) :

1. **Perencanaan** merupakan salah satu fungsi manajemen yang penting, karena perencanaan memegang peranan yang sangat strategis dalam keberhasilan upaya pelayanan kesehatan di RS.
2. **Pengorganisasian** merupakan upaya untuk menghimpun semua sumber daya yang dimiliki RS dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuannya. Pengorganisasian dalam manajemen pelayanan kesehatan di rumah sakit, sama hal dengan di organisasi lainnya.
3. **Penggerakan pelaksanaan**, manajemen rumah sakit hampir sama dengan hotel atau penginapan, hanya pengunjungnya adalah orang sakit (pasien) dan keluarganya, serta pada umumnya mempunyai beban sosial-psikologis akibat penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya yang sedang dirawat.
4. **Pengawasan dan pengendalian**, merupakan proses untuk mengamati secara terus menerus (berkesinambungan) pelaksanaan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi (perbaikan) terhadap penyimpangan yang terjadi. Untuk menjalankan fungsi ini diperlukan adanya standar kinerja yang jelas. Dari standar tersebut dapat ditentukan indikator kinerja yang akan dijadikan dasar untuk menilai hasil kerja (kinerja) pegawai. Penilaian kinerja pegawai di RS meliputi tenaga yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, seperti ; perawat, bidan

dan dokter maupun tenaga administratif. Adanya indikator kinerja, akan memudahkan dalam melakukan koreksi apabila ada penyimpangan.

2.5 Kesiapan Organisasi

Adanya perkembangan masyarakat dan bentuk pelayanan profesional, serta adanya perubahan kebijakan, maka suatu organisasi rumah sakit harus mengalami perubahan dengan perencanaan dan kesiapan yang matang. Seorang manajer dalam merencanakan suatu perubahan harus mempertimbangkan hal-hal berikut :

1. Perubahan hanya boleh dilaksanakan untuk alasan yang baik
2. Perubahan harus secara bertahap
3. Semua perubahan harus direncanakan dan tidak secara drastis atau mendadak
4. Semua individu yang terkena perubahan harus dilibatkan dalam perencanaan perubahan. (Lewin, 1995 dalam Nursalam,2007)

Menurut pendapat Sullivan dan Decker (1988) dalam Nursalam, 2007, alasan perubahan pada situasi dimana :

1. Perubahan ditujukan untuk menyelesaikan masalah
2. Perubahan ditujukan untuk membuat prosedur kerja lebih efisien
3. Perubahan ditujukan untuk mengurangi pekerjaan yang tidak penting.

Faktor pengungkit kesiapan organisasi untuk melakukan perubahan, menurut Clarke, 1994 meliputi strategi dan rencana perubahan, termasuk

didalamnya kemampuan organisasi untuk mengenal kebutuhan dan hambatan perubahan, komunikasi dan keterbukaan dan ketersediaan sumber daya dan sistem yang ada dalam organisasi. Smith, 1996 menambahkan faktor kepemimpinan dan komitmen kepemimpinan merupakan faktor penentu dalam mendorong suatu perubahan.

Diagnosis organisasi dalam membuat suatu perubahan meliputi pengumpulan dan analisis data mengenai sistem yang sedang berlaku saat ini. Hal ini penting karena aktivitas tersebut digunakan untuk mencipatakan tujuan yang jelas bagi upaya perubahan yang akan dilakukan. Pengumpulan data bisa dilakukan dengan wawancara, kuesioner, observasi langsung, analisis dokumen atau kombinasi semua kegiatan tersebut (Sopiah, 2008)

Menurut model analisis lapangan yang disampaikan Lewin dalam Sopiah, 2008, perubahan yang efektif terjadi dengan mencairkan situasi yang ada saat ini ke arah situasi yang diinginkan dan kemudian membekukan sistem/situasi yang telah tercapai sehingga menjadi kondisi yang baku/tetap seperti yang diinginkan.

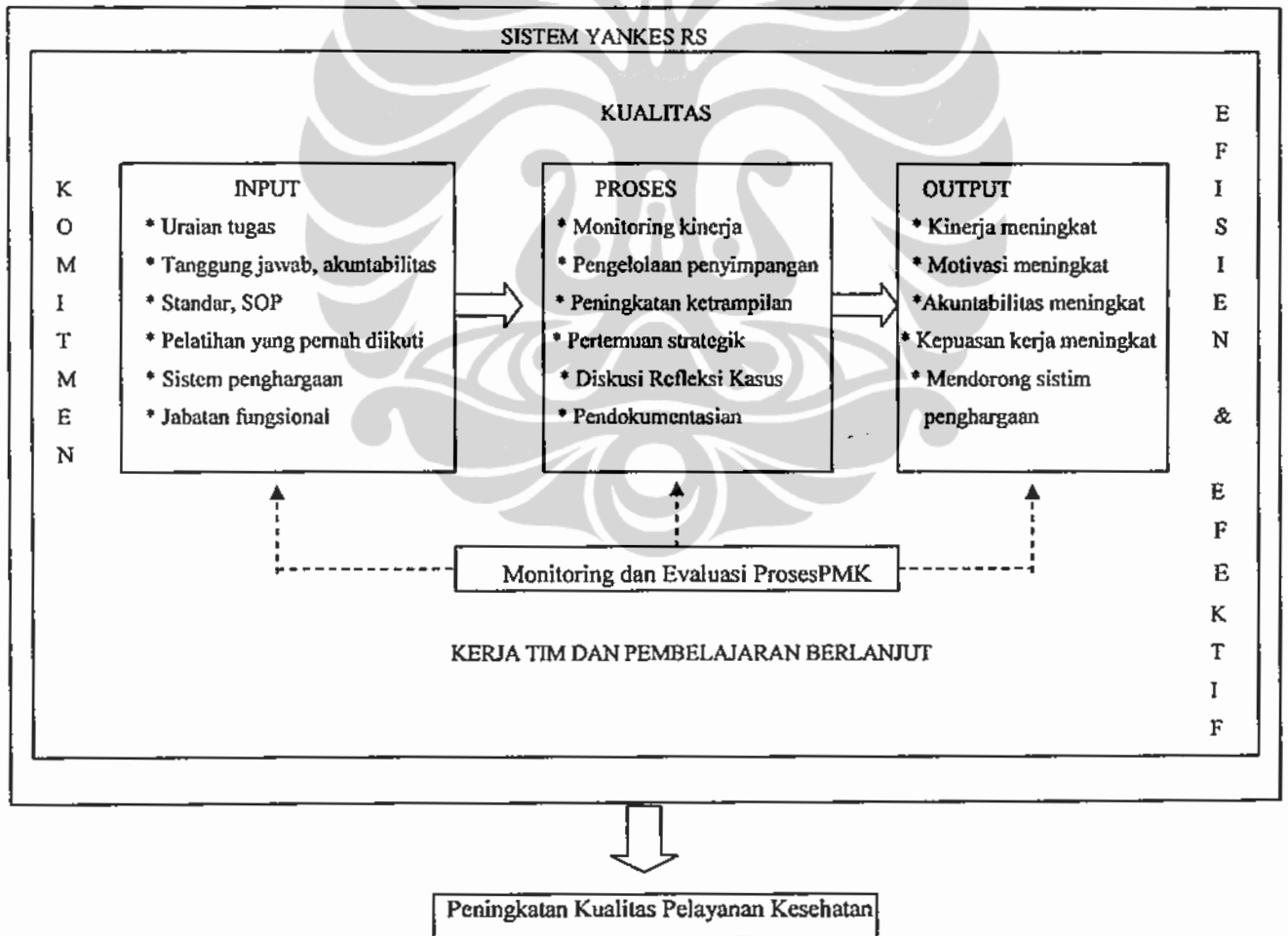
2.6 Kerangka Teori

Kesiapan organisasi dalam melakukan perubahan / menerapkan suatu kebijakan dipengaruhi banyak sekali faktor potensial yang terkait, namun peneliti mengambil komponen dasar untuk menganalisis kesiapan organisasi dalam pengembangan kinerja perawat/bidan yang peneliti anggap paling penting yaitu menggunakan kerangka teori berdasarkan konsep dari pengembangan manajemen kinerja perawat/bidan yang terdapat dalam Kepmenkes No.836/Menkes/VI/2005.

Bahwa alur pendekatan sistem dalam PMK meliputi tiga unsur penting yaitu : input, proses dan output. Input PMK meliputi : standar (SOP), uraian tugas, tanggung jawab dan akuntabilitas, jabatan fungsional, sistem penghargaan, pelatihan yang pernah diikuti. Proses PMK meliputi : monitoring berdasarkan indikator kinerja, pengelolaan penyimpangan, pendokumentasian kegiatan, diskusi refleksi kasus, pertemuan startegik.

Untuk lebih jelas dapat dilihat pada bagan berikut ini .

Bagan 2.2. Skema PMK Perawat dan Bidan



BAB III

GAMBARAN UMUM RSU BINA SEHAT

3.1 Gambaran Umum RSU Bina Sehat

Rumah Sakit Umum Bina sehat terletak di Kabupaten Bandung Kecamatan Dayeuhkolot, berdiri sejak tahun 1992. Pada awalnya berbentuk klinik umum dan bedah. Pada tahun 1997 dikembangkan menjadi Rumah Sakit Khusus bedah dan traumatik. Rumah Sakit Bina Sehat awalnya dikelola oleh Yayasan Bina Medika, selanjutnya untuk mengembangkan pelayanan menjadi Rumah sakit Umum, RSKB Bina Sehat dikelola oleh perusahaan berbadan hukum PT Bina Sejahtera. Kemudian pada tanggal 6 Desember 2004 RSKB Bina sehat mendapat izin menjadi Rumah Sakit Umum Bina sehat dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : YM.02.04.3.5.3475 mengenai izin penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Bina Sehat, maka sejak dikeluarkannya izin tersebut, RSU Bina Sehat dapat melayani kasus umum dengan kapasitas 60 tempat tidur ditambah dengan fasilitas lain yang mendukung pelayanan.

3.1.1 Visi, Misi, Tujuan

Sebagai Rumah Sakit Umum yang mengutamakan pelayanan Medis RSU Bina Sehat mempunyai visi, misi, tujuan dan Panca Budaya sebagai berikut:

VISI : Rumah Sakit yang berwawasan Islam dengan pelayanan unggulan dalam bidang bedah dan kandungan (Obstetri dan Ginekologi) di kawasan Bandung Selatan.

MISI: Menjadi Rumah Sakit unggulan yang dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan memberikan pelayanan semaksimal mungkin, sehingga dapat membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan

TUJUAN:

1. Mengutamakan standard kualitas pelayanan yang bermutu kepada pasien sebagai prioritas utama
2. Mengusahakan terbentuknya sumber daya manusia yang unggul sebagai tenaga professional yang beriman dan bertakwa.
3. Menjadikan total quality manajemen sebagai jiwa rumah sakit dalam meningkatkan kinerja dan kualitas secara berkesinambungan
4. Ikut serta melaksanakan program pemerintah untuk meningkatkan mutu kesehatan masyarakat
5. Secara bertahap meningkatkan kesejahteraan karyawan rumah sakit.

PANCA BUDAYA:

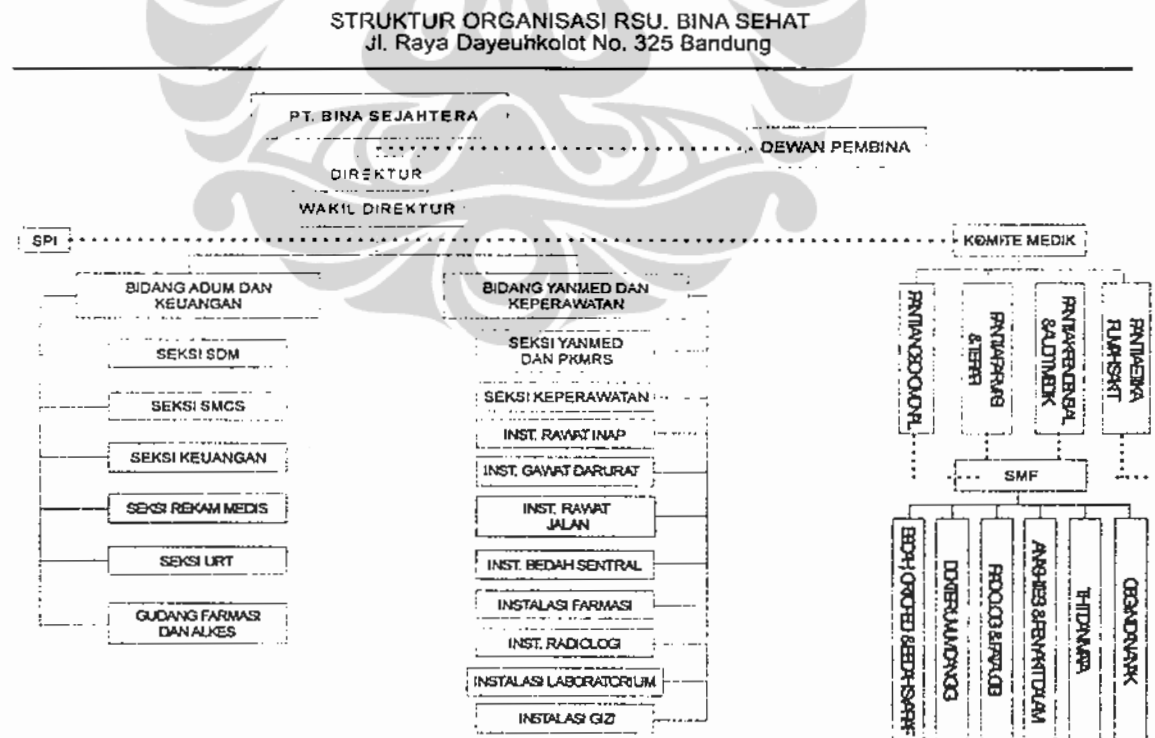
1. Iman dan taqwa adalah pedoman hidup kami
2. Panutan,kekeluargaan dan keadilan adalah contoh kepemimpinan kami
3. Tanggung jawab dan bersifat amanah adalah karakter kami
4. Etos kerja, keikhlasan dan profesionalisme adalah semangat kami
5. Kepuasan pasien/pelanggan adalah prioritas kami.

3.1.2 Lokasi, Data Fisik

Rumah Sakit Bina Sehat beralamat di Jalan Raya Dayeuhkolot No. 325 Bandung 40257, bangunan terdiri dari tiga lantai, dua lantai menempati tanah seluas 1.712 m² dan lantai tiga seluas 686,81 m². Lantai satu dan dua digunakan untuk kebutuhan IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap dengan fasilitas 60 tempat tidur, OK, Ruang Bersalin, Gizi, Rekam Medik, Farmasi, Laboratorium, Radiology, Koperasi dan Keuangan. Lantai tiga digunakan untuk Ruang Administrasi kantor dan Ruang Rawat Inap Anak dengan fasilitas 10 tempat tidur.

3.1.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Bina Sehat

Bagan 3.1



Direktur dan semua Wakil Direktur serta Kepala Bidang dan sebagian besar Kasi adalah orang-orang yang telah menduduki jabatan tersebut sejak RS Bina Sehat berdiri sebelum menjadi Rumah Sakit Umum. Beberapa Kasi yang baru menjabat 3 tahun adalah Kasi Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap, dan Instalasi Gizi.

Penyusunan Struktur Organisasi RSU Bina sehat didasari oleh fungsi-fungsi yang meliputi :

1. Fungsi pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan
2. Fungsi umum dan keuangan

Manajemen RS Umum Bina Sehat terdiri dari :

1. Kelompok pimpinan terdiri dari : Direktur yang dibantu oleh Wakil Direktur
2. Kelompok Kepala Bidang terdiri dari : Kepala Bidang Administrasi Umum dan Kepala Bidang Pelayanan medis

Fungsi Tugas :

- a. Direktur Rumah Sakit Umum Bina Sehat mempunyai tugas memimpin, merumuskan kebijaksanaan, memberi, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Wakil Direktur mempunyai tugas membantu Direktur
- c. Kepala Bidang Pelayanan medis dan Keperawatan mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan medis, asuhan keperawatan dan pengendalian pada beberapa instalasi
- d. Kepala Bidang Administrasi Umum dan Keuangan mempunyai tugas mengelola kegiatan administrasi umum, SDM, perencanaan dan

informasi biaya, akuntansi, peningkatan kepuasan pasien dan pengendalian pada beberapa instalasi.

3. Kelompok Kepala Instalasi dan seksi, terdiri dari :

- a. Seksi Pelayanan Medis
- b. Seksi Keperawatan
- c. Seksi Rekam Medis
- d. Seksi Personalia/SDM
- e. Seksi Administrasi Umum dan Rumah Tangga
- f. Seksi Keuangan
- g. Seksi SMCS

4. Kelompok Instalasi meliputi:

- a. Instalasi Gawat Darurat
- b. Instalasi Rawat Jalan
- c. Instalasi Rawat Inap
- d. Instalasi Bedah Sentral
- e. Instalasi Farmasi
- f. Instalasi radiology
- g. Instalasi Laboratorium
- h. Instalasi Gizi
- i. Instalasi Perawatan Sarana Rumah Sakit (IPSR)

3.1.4 Fasilitas / Pelayanan yang Tersedia

Fasilitas pelayanan yang tersedia di RSUD Bina Sehat adalah:

1. Poliklinik umum

2. Instalasi Gawat darurat
3. Poliklinik Gigi
4. Klinik BKIA
5. Poliklinik Spesialis
 - a. Spesialis Bedah Umum
 - b. Spesialis Bedah Digestive (Pencernaan)
 - c. Spesialis Bedah Ortopedi / Tulang
 - d. Spesialis Bedah Urologi / Saluran Kemih
 - e. Spesialis Bedah Mulut
 - f. Spesialis Anak
 - g. Spesialis Kebidanan dan Penyakit Kandungan (Ginekologi)
 - h. Spesialis Penyakit Dalam
 - i. Spesialis THT
 - j. Spesialis Penyakit Syaraf
 - k. Spesialis Rehabilitasi Medik
 - l. Spesialis gigi anak
6. Klinik Konsultasi Gizi
7. Radiologi
8. Diagnostik
9. Laboratorium
10. Perawatan Intensif (HCU)
11. Ruang Operasi
12. Ruang persalinan

13. Medical Check Up

- a. Paket Paripurna
- b. Paket Standar
- c. Paket Sederhana

14. Ruang Rawat Inap

- a. VIP
- b. Kelas I
- c. Kelas II
- d. Kelas III

15. Layanan 24 jam

- a. Instalasi Gawat Darurat
- b. Operasi
- c. Farmasi
- d. Radiologi
- e. Laboratorium
- f. Ambulans

Fasilitas penunjang medis :

1. Instalasi Radiology dilengkapi dengan alat radiography, fluoroscopy, USG
2. Instalasi Farmasi
3. Instalasi Laboratorium Klinik dengan Photometer 4010, Centrifuge, dll
4. Instalasi Gizi
5. IPSRS (Instalasi Perawatan Sarana Rumah Sakit)

Fasilitas Perkantoran

- a. Peralatan computer dengan system LAN
- b. Perlengkapan meja, kursi dan lemari arsip

Fasilitas transportasi :

- a. 2 unit ambulans
- b. 1 unit kendaraan operasional

3.1.5 Ketenagaan

Kondisi sumber daya manusia RSUD Bina Sehat sampai dengan Desember 2007 adalah :

1. Total jumlah tenaga medis/dokter yang ada di RSUD Bina Sehat sampai dengan Desember 2007 adalah:
 - a. 4 orang dokter spesialis tetap terdiri dari : 1 orang dokter spesialis anastesi, 1 orang dokter spesialis bedah, 1 orang dokter spesialis kebidanan dan 1 orang dokter spesialis anak
 - b. 4 dokter umum
 - c. Adapun jumlah dokter mitra adalah 31 orang terdiri dari : 5 dokter PTT, 22 dokter spesialis mitra, 4 dokter umum mitra/dokter jaga.

2. Tenaga paramedis perawat dan bidan berjumlah 50 orang, terdiri dari:
 - a. 1 orang Kepala Sie Keperawatan
 - b. 43 orang perawat
 - c. 6 orang bidan

3. Tenaga paramedik penunjang berjumlah 29 orang terdiri dari :

- a. 3 orang petugas Radiologi
- b. 6 orang petugas Laboratorium
- c. 10 orang petugas Farmasi
- d. 6 orang petugas Gizi
- e. 6 orang petugas Rekam Medik

4. Tenaga non medis berjumlah 44 orang terdiri dari :

- a. 3 orang SDM
- b. 17 orang URT dan cleaning service
- c. 9 orang satpam
- d. 11 orang keuangan dan kasir
- e. 4 orang SMCS

Jumlah total karyawan tetap dan kontrak/part time yang terdiri dari tenaga medis (tidak termasuk dokter mitra), tenaga paramedic perawat dan bidan, tenaga paramedic penunjang dan tenaga non medis per 1 desember 2007 adalah 134 orang.

Kualifikasi ketenagaan berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.1. Kualifikasi Ketenagaan RSUD Bina Sehat Berdasarkan Pendidikan
Tahun 2008

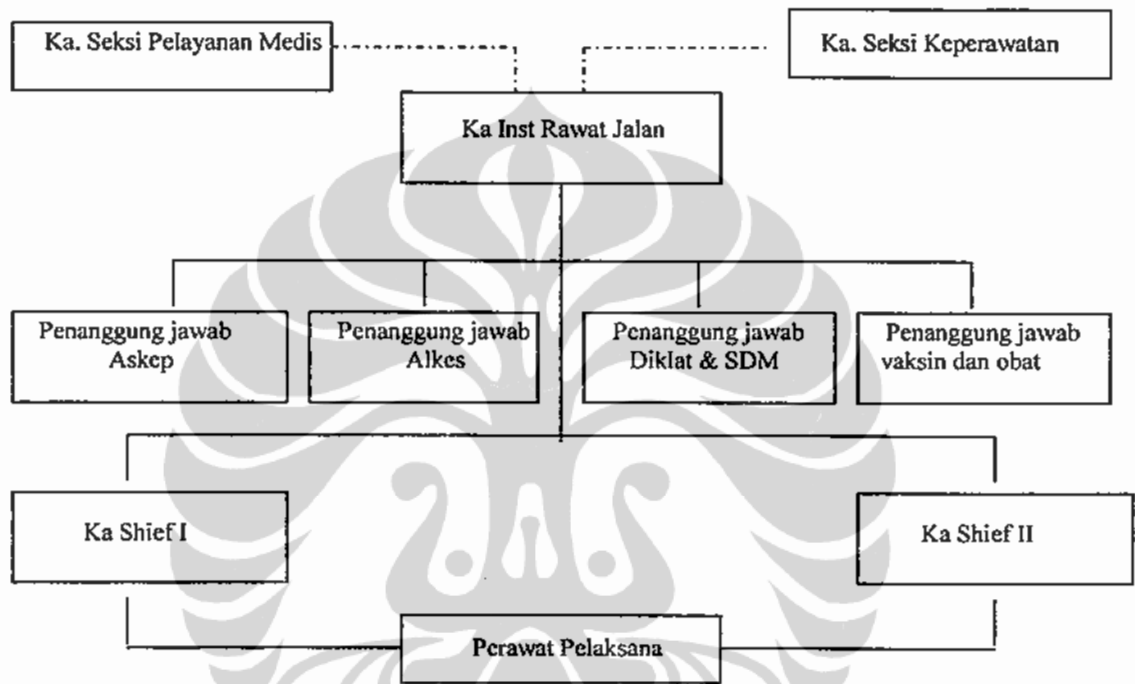
NO	PENDIDIKAN	JUMLAH (ORANG)
1	Dokter spesialis tetap	4
2	Dokter umum tetap	4
3	S1 Apoteker	1
4	S1 Hukum	2
5	D3 Perawat	41
6	D3 Bidan	4
7	D1 Bidan	2
8	D3 Kesling	1
9	D3 Analis Kesehatan	4
10	D3 Gizi	1
11	D3 Atro	3
12	D3 Rekam Medik	1
13	D3 Umum	4
14	D1 Umum	2
15	SMA	22
16	SMEA	2
17	SMKK	5
18	STM	2
19	SPK	2
20	SMF	7
21	SMP	12
22	SD	7
	Jumlah	134

3.2 Rawat Jalan dan Rawat Inap

3.2.1 Rawat Jalan

3.2.1.1 Struktur Organisasi Rawat Jalan

Bagan 3.2. Struktur Organisasi Instalasi Rawat Jalan RSU Bina Sehat

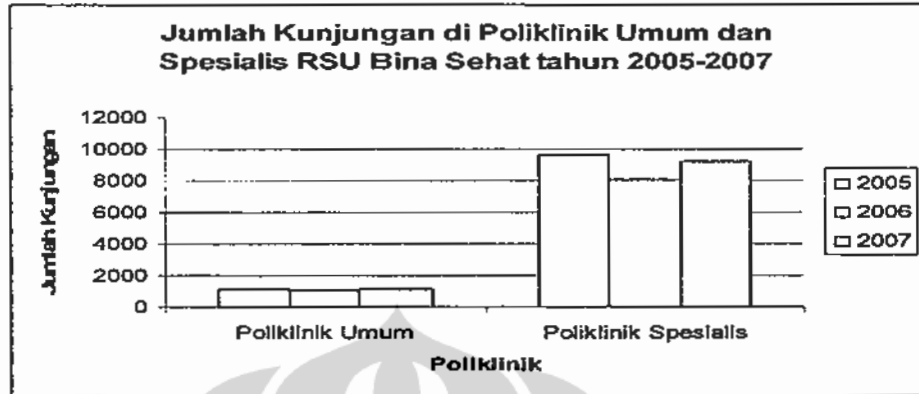


3.2.1.2 Kunjungan rawat jalan

a. Kunjungan poliklinik

Kunjungan poliklinik spesialis menunjukkan angka tertinggi dengan perbedaan kunjungan yang sangat signifikan dengan poliklinik umum, namun belum menunjukkan peningkatan yang berarti dari tahun-tahun sebelumnya.

Grafik 3.1 . Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2005-2007



b. Kunjungan di instalasi gawat darurat

Tabel 3.2 Jumlah Kunjungan Pasien di IGD Tahun 2005-2007

No	Instalasi	2005	2006	2007
1	Gawat darurat	8429	9339	11023

c. Pelayanan di instalasi kamar bedah

Table 3.3 Prosentase Jumlah Operasi Berdasarkan Jenis Kegiatan

No	Kegiatan	2005	2006	2007
1	Elektif	6	46,08	45,4
2	ODS	17	7,5	77,2

d. Pelayanan di instalasi radiology dan laboratorium

Tabel 3.4. Jumlah Kunjungan Pasien di Instalasi Radiologi dan Laboratorium

No	Instalasi	Pasien			Kegiatan		
		2005	2006	2007	2005	2006	2007
1	Radiologi	3172	3663	4153	3771	4334	4770
2	Laboratorium	61343	9040	13052	25828	36967	30342

e. Pelayanan di instalasi farmasi

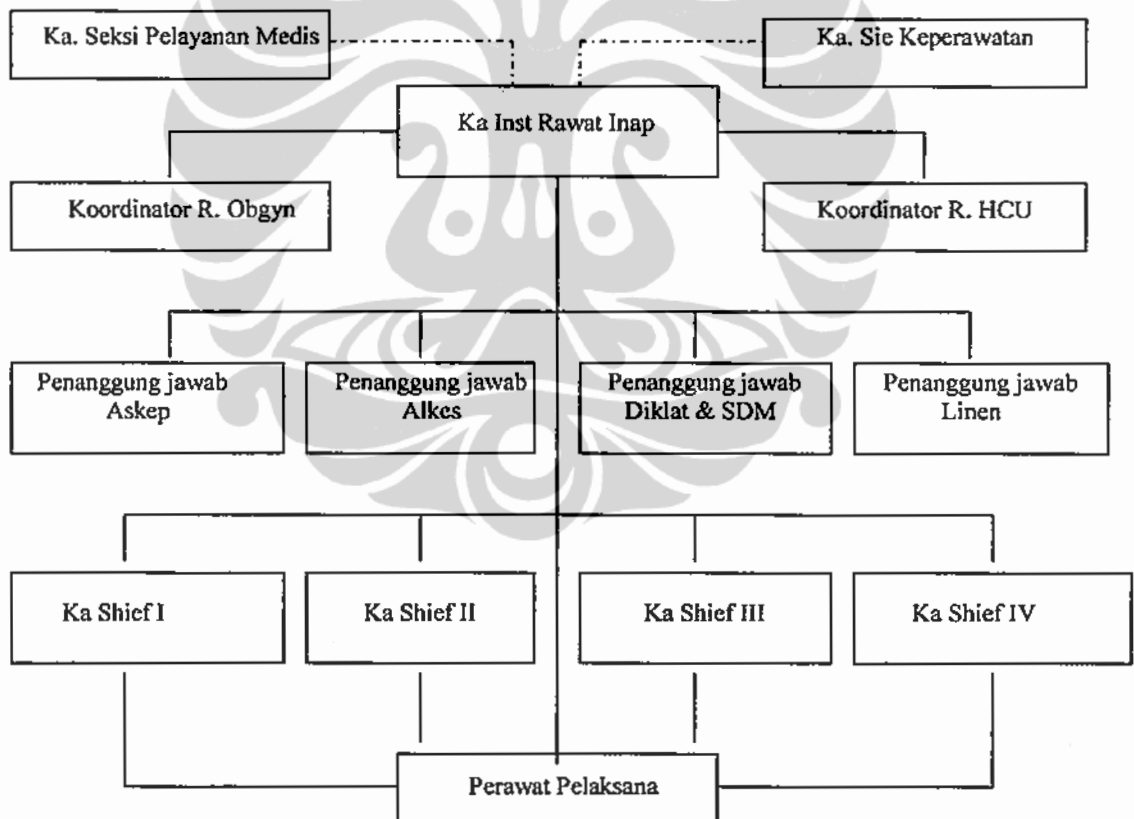
Tabel 3.5. Jumlah Penulisan Resep Instalasi Farmasi

No	Farmasi	2005	2006	2007
1	Penulisan resep	18920	21194	29018
2	Pelayanan resep	18692	21007	28457

3.2.2. Rawat Inap

3.2.2.1 Struktur Organisasi Rawat Inap

Bagan 3.3 . Struktur Organisasi Instalasi Rawat Inap RSU Bina Sehat



3.2.2.2. Ketenagaan Rawat Inap

Ketenagaan yang terdapat di instalasi rawat inap, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. 6. Data Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap RSUD Bina Sehat

No	Ruang	Jumlah Personil			Pendidikan			Jenis Kelamin	
		Koordinator	Perawat	Bidan	D3	D1	SPK	Laki-laki	Perempuan
1	Interne		6		5		1	3	3
2	Bedah		6		6			3	3
3	Kebidanan	1		5	4	2			6
4	Anak		6		6				6
5	Perinatologi		4		4				4
6	HCU	1	5		6			2	4
	Total	2	27	5	31	2	1	8	26

3.2.2.3. Ruang / Jumlah Tempat Tidur

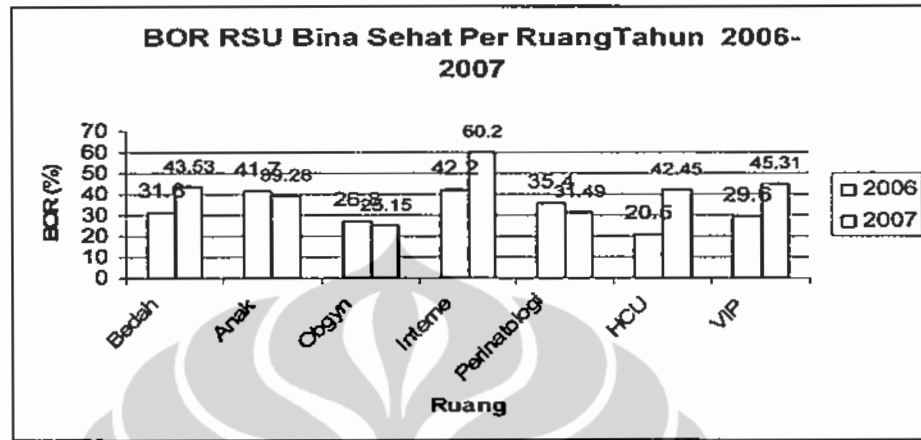
Ruang beserta jumlah tempat tidur pada masing-masing bagian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.7. Ruang/Jumlah Tempat Tidur Instalasi Rawat Inap RSUD Bina Sehat

No	Ruang	Nama Ruang	Jumlah Tempat Tidur				
			Kls I	Kls II	Kls III	VIP	Khusus
1	Interne	Wijaya Kesuma		2	10		
2	Bedah	Melati		4	11	1	
3	Kebidanan	Flamboyan	2	3	4		
4	Anak	Anggrek		3	10		
5	Perinatologi						5
6	HCU						3
7	Isolasi						2
	Total		2	12	35	1	10

3.2.2.4. BOR per Ruang

Grafik 3.2. BOR RSU Bina Sehat Peruang tahun 2006-2007



3.2.2.5. Kinerja Rawat Inap RSU Bina Sehat

Tabel 3.8. Indikator Dasar RSU Bina Sehat tahun 2005 - 2007

No	Indikator	2005	2006	2007
1	BOR	29,98	30,05	41,05
2	LOS	3	3	3
3	TOI	7	6	4
4	BTO	35	40	51
5	GDR	0,3	0,3	0,4

Indikator kinerja per-ruangan tampak dalam tabel bahwa Ruang perawatan interne (penyakit dalam) paling tinggi angka BOR-nya sepanjang tahun 2007.

Bila dilihat kinerja per-ruangan tahun 2007 bagian Penyakit Dalam memiliki BOR yang paling tinggi yaitu 60,2%, sedangkan yang terendah adalah bagian kebidanan hanya 25,15%.

Tabel 3.9 . Indikator Dasar Per-ruangan tahun 2007

No	RUANG PERAWATAN	INDIKATOR			
		BOR	LOS	TOI	BYO
1	Bedah	43,5	4	5	4
2	VIP	45,31	3	6	4
3	HCU	42,45	3	7	4
4	Perinatologi	31,49	2	5	6
5	Anak	39,28	6	4	6
6	Penyakit Dalam	60,2	5	3	6
7	OBGIN	25,15	3	9	4

3.3 Tugas Pokok Bagian Keperawatan

Secara garis besar tugas bagian masing-masing bagian adalah sebagai berikut:

a. Kepala Seksi Keperawatan

Mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

b. Kepala Perawatan

Mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang perawatan yang berada di wilayah tanggung jawabnya

c. Kepala Shift

Mengkoordinasikan asuhan keperawatan di instalasi tersebut pada shift pagi, sore, malam dan libur.

d. Pelaksana perawatan di unit rawat jalan

Melaksanakan asuhan keperawatan di unit rawat jalan

e. Pelaksana perawatan di unit rawat inap

Melaksanakan asuhan keperawatn di unit rawat inap

f. Koordinator Obgin

Mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan asuhan kebidanan di kamar bersalin dan perinatologi yang berada di wilayah tanggung jawabnya.



BAB IV

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

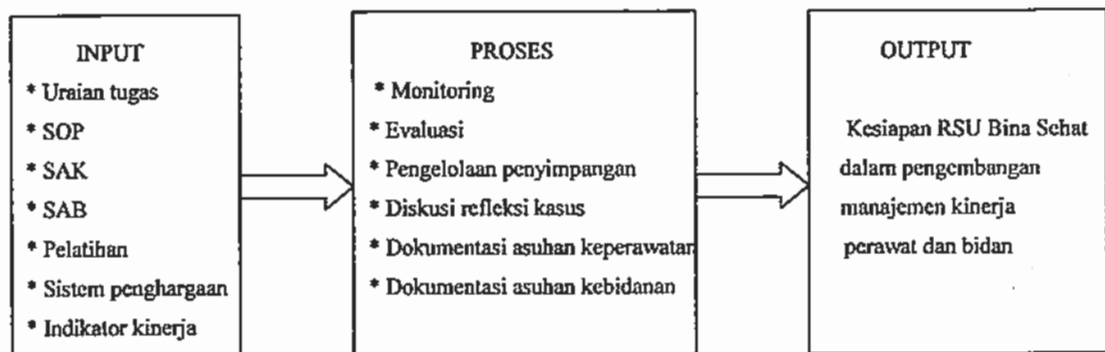
4.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang diambil peneliti berdasarkan konsep Pengembangan Manajemen Kinerja perawat/bidan dari Kepmenkes No.836/Menkes/VI/2005.

Pendekatan sistem PMK perawat/bidan mencakup input, proses dan output. Output yang akan dicapai adalah sejauh mana kesiapan organisasi (RSU Bina Sehat) dalam upaya melaksanakan program PMK berdasarkan hasil pengkajian dan telaah dari input dan proses yang akan diteliti.

Ruang lingkup penelitian dibatasi hanya pada lini manajemen keperawatan, dan perwakilan dari beberapa perawat/bidan yang langsung berhubungan dengan pasien. Tidak semua input dan proses yang ada dalam teori dapat diteliti mengingat keterbatasan peneliti dan disesuaikan dengan kondisi di RSU Bina Sehat. Maka model kerangka konsep dari penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Bagan 4.1 . Kerangka Konsep



Unsur input dan proses yang ada dalam konsep penelitian ini berisi komponen utama yang harus dipersiapkan untuk menghasilkan output yang diharapkan.

Tingkat kesiapan RSUD Bina Sehat dalam Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) perawat/bidan dilakukan dengan penilaian terhadap faktor input dan proses.

4.2. Definisi Istilah

Tabel 4.1. Definisi Istilah

NO	VARIABEL	DEFINISI ISTILAH	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR
A	INPUT				
1	Uraian tugas	Penjabaran tugas yang harus dilaksanakan di wilayah kerja petugas masing-masing, yang telah disahkan Direktur Rumah Sakit.	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list & lembar isian, pedoman wawancara	Kesesuaian dokumen dengan acuan dan kenyataan di lapangan
2	SOP (<i>Standar Operating Procedure</i>)	Tata cara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list & lembar isian, pedoman wawancara	Kesesuaian dokumen dengan acuan dan kenyataan di lapangan
3	SAK (<i>Standar Asuhan Keperawatan</i>)	Acuan dalam proses atau kegiatan praktek keperawatan yang diberikan kepada klien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list & lembar isian, pedoman wawancara	Kesesuaian dokumen dengan pedoman dan kenyataan di lapangan

NO	VARIABEL	DEFINISI ISTILAH	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR
4	SAB (Standar Asuhan Kebidanan)	Acuan dalam proses atau kegiatan praktek kebidanan dan kandungan yang diberikan kepada klien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list & lembar isian, pedoman wawancara	Kesesuaian dokumen dengan pedoman dan kenyataan di lapangan
5	Pelatihan	Pertemuan guna meningkatkan pengetahuan dan keurampilan perawat/bidan yang diadakan di luar rumah sakit atas biaya rumah sakit	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list & lembar isian, pedoman wawancara	Mengetahui ada/tidaknya perencanaan pelatihan dan pelatihan yang pernah diikuti perawat/bidan
6	Sistem penghargaan	Kompensasi yang diberikan oleh RS kepada karyawan karena prestasi atau insentif	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list & lembar isian, pedoman wawancara	Mengetahui ada / tidaknya kebijakan dalam pengaturan sistem penghargaan dan sistem yang dijalankan saat ini
7	Indikator kinerja	Ukuran hasil pelaksanaan kegiatan perawat / bidan dalam waktu tertentu yang telah disepakati bersama.	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list & lembar isian, pedoman wawancara	Mengetahui ada/tidaknya dokumen mengenai indikator kinerja
B	PROSES				
1	Monitoring	Kegiatan pengumpulan dan analisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan/program itu berjalan sesuai rencana.	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list, pedoman wawancara	Mengetahui ada/tidaknya jadwal/rencana monitoring, pedoman monitoring, pelaksanaan monitoring dan hasil monitoring.

NO	VARIABEL	DEFINISI ISTILAH	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR
2	Evaluasi	Kegiatan pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak dari suatu program	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list, pedoman wawancara	Mengetahui ada/tidaknya jadwal/rencana evaluasi, pedoman evaluasi, pelaksanaan dan hasil evaluasi.
3	Pengelolaan penyimpangan	Kegiatan untuk mengelola masalah penyimpangan tindakan yang tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list, pedoman wawancara	Mengetahui ada/tidaknya kebijakan RS tentang pengendalian mutu, tim / gugus kendali mutu, mekanisme pelaksanaan, kegiatan yang telah dilakukan dalam pengelolaan penyimpangan
4	Diskusi Refleksi Kasus (DRK)	Kegiatan yang merefleksikan pengalaman klinis perawat dan bidan dalam praktek keperawatan /kebidanan sehari-hari.	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list, pedoman wawancara	Mengetahui ada/tidaknya ketentuan/aturan tentang pelaksanaan DRK. Diketahuinya gambaran tentang pelaksanaan DRK, manfaat DRK.

NO	VARIABEL	DEFINISI ISTILAH	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR
5	Dokumentasi asuhan keperawatan	Catatan tentang status dan perkembangan kondisi kesehatan klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list, pedoman wawancara	Kesesuaian Pedoman asuhan keperawatan dengan yang digunakan di RS. Dan ada/tidaknya Pembinaan dari kepala instalasi /koordinator.
6	Dokumentasi asuhan kebidanan	Catatan tentang status dan perkembangan kondisi kesehatan klien serta semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan pelaksana	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Check list, pedoman wawancara	Kesesuaian Pedoman asuhan kebidanan dengan yang digunakan di RS. Dan ada/tidaknya Pembinaan dari kepala instalasi /koordinator.
OUTPUT					
1	Kesiapan RSU BS dalam PMK perawat/bidan	Penilaian status kesiapan RSU BS untuk metaksanakan PMK berdasarkan hasil penilaian faktor input dan proses.	Dilakukan penilaian pada setiap item (30 item) , nilai antara 0-2. Menetapkan status kesiapan dengan rumus: total nilai/60x 100%. Range nilai 0-60.	Pedoman penilaian kesiapan RSU BS dalam PMK hasil CDMG	*Siap : jika mencapai angka 75%-100% * Tidak siap jika mencapai angka <75%

BAB V

METODE PENELITIAN

5.1 Jenis Penelitian

Penelitian menggunakan metode deskriptif analitik dengan pendekatan kualitatif.

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Bina Sehat Jl. Raya Dayeuhkolot No. 325 Kabupaten Bandung, dilaksanakan pada bulan Maret 2009.

5.3 Etika Penelitian

Penelitian dimulai setelah mendapat izin dari Direktur RSUD Bina Sehat Kabupaten Bandung, kemudian berkoordinasi dengan Kepala Seksi Pelayanan Medik dan PKMRS, Kasi Keperawatan, Kasi SDM dan Kepala Instalasi untuk memberikan penjelasan terhadap teknik penelitian yang akan dilakukan.

5.4 Teknik Pengumpulan dan Sumber Data

Sebelum dimulai penelitian, di awal Maret, terlebih dahulu dilakukan CDMG (*Consensus Decision Making Group*) bersama lini manajemen (Kasi dan Kepala Instalasi) untuk menetapkan kriteria penilaian kesiapan rumah

sakit dalam menerapkan PMK. Adapun tahapan dari CDMG adalah sebagai berikut :

1. Penjelasan tujuan : fasilitator menjelaskan tujuan pertemuan, dan apa yang akan dibahas.
2. Penjelasan masalah : apa yang akan dicari, aspek yang akan dinilai.
3. Tahap objektif : pengumpulan ide-ide dari peserta. Pada tahap ini dibahas range penilaian, kriteria nilai, rumus yang akan digunakan dan kategori kesiapan rumah sakit.
4. Tahap reflektif : mengulas terhadap berbagai informasi yang telah dikumpulkan secara umpan balik.
5. Tahap interpretatif : pengkajian secara kritis informasi yang diperoleh pada tahap sebelumnya, mengerucutkan berbagai ide yang sudah mengarah membuat keputusan.
6. Tahap decisional : memutuskan point penting sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.
7. Konfirmasi dan penutupan : mereview secara singkat hasil keputusan, dan ditanyakan kepada peserta adakah yang merasa belum puas atas proses diskusi atau ada yang perlu ditambahkan.

Pada tahap penelitian, lingkup dibatasi pada lini organisasi yang bertanggungjawab terhadap terlaksananya fungsi-fungsi manajemen keperawatan.

Data primer diambil dari wawancara mendalam terhadap informan. Prinsip pemilihan informan didasarkan pada kesesuaian (*appropriateness*) dan

kecukupan (*adequacy*). Informan dalam penelitian ini berjumlah 13 orang dengan rincian sebagai berikut :

1. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan PKMRS,
2. Kepala Seksi Keperawatan,
3. Kepala Seksi SDM,
4. Kepala Perawatan Instalasi Rawat Inap,
5. Kepala Perawatan Instalasi Rawat Jalan,
6. Kepala Instalasi Gawat Darurat,
7. Kepala Perawatan Instalasi Bedah Sentral,
8. Koordinator Kebidanan,
9. Kepala Shift,
10. Ketua Tim,
11. Perawat pelaksana 2 orang
12. Bidan pelaksana 1 orang

Data primer juga didapat dari *Focus Group Discussion* (FGD) yang dibagi dalam 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok pelaksana. Masing-masing berjumlah 7 dan 6 orang peserta, dilaksanakan pada waktu yang berbeda.

Urutan pelaksanaan FGD adalah sebagai berikut :

- a. Persiapan : menyiapkan kelompok FGD, menentukan peserta yang akan diundang, memilih waktu dan tempat yang tepat.
- b. Pelaksanaan : penjelasan tentang tujuan FGD, pemaparan hasil temuan, tanggapan peserta terhadap hasil temuan, hambatan

dalam PMK dan langkah-langkah yang diambil dalam memperbaiki kinerja dan sistem manajemen. Terakhir penutupan.

Data sekunder diambil dari telaah dokumen yang berhubungan dengan materi penelitian antara lain :

1. Berkas-berkas fungsi manajemen keperawatan
2. Data kepegawaian
3. Buku notulen rapat/pertemuan
4. Buku Program Kerja dan Rencana Pendapatan & Anggaran Belanja
RSU Bina Sehat tahun 2007/2008
5. Buku laporan tahunan

5.6 Analisis Data Kualitatif

Tahap-tahap analisa data :

1. Pengumpulan data primer dan sekunder
2. Data sekunder dari telaah dokumen dibandingkan dengan pedoman yang telah disusun dan ditampilkan dalam bentuk tabel-tabel.
3. Data primer berupa hasil wawancara dibuat dalam bentuk matriks untuk melihat perbedaan dan persamaan setiap jawaban informan.
4. Hasil analisa dideskripsikan dengan berpedoman pada hasil data primer dan sekunder.
5. Kategori kesiapan rumah sakit ditetapkan berdasarkan penilaian terhadap faktor input dan proses.

6. Dalam FGD dihasilkan tanggapan mereka terhadap hasil temuan, hambatan yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan, serta langkah-langkah yang diambil dalam memperbaiki kondisi rumah sakit saat ini.

5.7 Validitas Hasil penelitian

Untuk menjaga validitas penelitian, dilakukan uji validitas (triangulasi) yaitu:

1. Triangulasi sumber : sumber diambil dari informan baik di dalam maupun di luar manajemen keperawatan (Kasi SDM, perawat/bidan pelaksana)
2. Triangulasi metode : metode yang digunakan beberapa cara yaitu telaah dokumen, wawancara mendalam dan FGD.
3. Triangulasi data/analisa : umpan balik terhadap hasil temuan dan melakukan curah pendapat terhadap kondisi rumah sakit.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan sepanjang bulan Maret 2009 meliputi telaah dokumen yang dilaksanakan selama 1 minggu (pada minggu ke- 2 Maret 2009), wawancara mendalam selama 2 minggu, dan pada akhir Maret dilakukan FGD (*Focus Group Discussion*). Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti.

Sebelum dimulai penelitian di awal Maret dengan beberapa Kasi dan Kepala Instalasi dilakukan CDMG (*Consensus Decision Making Group*) guna menetapkan kriteria penilaian terhadap item yang akan diteliti, serta rumus yang akan dipakai untuk menentukan tingkat kesiapan rumah sakit.

Telaah dokumen dilakukan di ruang Kasi Keperawatan dan ruang administrasi yang terletak di lantai 3 RSU Bina Sehat, serta di ruang instalasi . Dokumen yang diperlukan sesuai dengan materi penelitian. Wawancara mendalam dilaksanakan selama 2 minggu secara terpisah di ruang masing-masing dengan informan sebanyak 13 orang dari pihak manajemen dan pelaksana. Pedoman wawancara dibuat berdasarkan faktor input dan faktor proses.

Untuk selanjutnya pelaksanaan FGD guna membahas hasil temuan serta kesiapan dan kondisi rumah sakit dalam pengembangan manajemen kinerja perawat/bidan.

Hasil penelitian sebagai berikut.

6.1.FAKTOR INPUT

6.1.1 Uraian Tugas

Uraian tugas atau lebih dikenal dengan *job description* menunjukkan pekerjaan apa yang harus dijalankan perawat/bidan, yang mencerminkan tugas dan tanggung jawab yang harus diemban. Deskripsi pekerjaan harus tertata dengan jelas, realistis, ringkas, dan disesuaikan dengan kondisi yang ada.

Setiap perawat harus memahami apa yang diharapkan oleh organisasi untuk mereka kerjakan. Karena akan menentukan penilaian terhadap kinerja perawat/bidan dan sebagai dasar upaya promosi terhadap jenjang karir yang lebih tinggi.

Deskripsi pekerjaan akan menjadi hambatan bila tidak akurat, tidak lengkap dan ketinggalan zaman, sebab akan menimbulkan rasa tidak puas, dan dapat menurunkan semangat kerja.

a. Realisasi Uraian Tugas

Berdasarkan telaah dokumen deskripsi pekerjaan yang telah dibuat pihak rumah sakit sebagian sudah cukup jelas untuk perawat dan bidan pelaksana, sumber yang diambil berasal dari Buku Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit, yang dikeluarkan oleh Dirjend Pelayanan Medik Depkes RI tahun 1999. Namun deskripsi pekerjaan pada tingkat manajemen memiliki kekhususan karena susunan organisasi keperawatan di RSU Bina Sehat agak berbeda dari yang biasanya, merupakan modifikasi dari pihak rumah sakit dan disesuaikan dengan struktur organisasi di instalasi.

Di rumah sakit ini tidak terdapat kepala ruangan dan pengawas perawatan. Di bawah kepala perawatan instalasi terdapat penanggung jawab, koordinator, kepala shift dan ketua tim.

Kepala perawatan instalasi mempunyai wilayah tanggung jawab ke semua ruang rawat (bedah, penyakit dalam, anak, HCU, Obgin).

Koordinator tugasnya dapat dikatakan hampir sama dengan kepala ruangan, yang bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan di ruang rawat bersangkutan, termasuk merencanakan kebutuhan tenaga dan peralatan. Pada saat penelitian ini, baru ada 1 koordinator yaitu bagian kebidanan.

Kepala shift membawahi ketua tim (tim anak, tim HCU, tim bedah, tim penyakit dalam), bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan selama masa shift-nya.. Ada 4 kepala shift yang bertugas secara bergantian, rotasi dilakukan tiap minggu. Kepala shift dalam deskripsinya turut merencanakan kebutuhan tenaga, dan peralatan.

Ketua tim masing-masing mengatur tugas dan fungsi 3-4 perawat, serta bertanggung jawab terhadap berlangsungnya kegiatan di ruangnya.

Ada lagi yang disebut sebagai penanggung jawab, yang bertanggung jawab secara langsung terhadap kepala perawatan instalasi. Tanggung jawab mereka dibagi menjadi 4 bagian yaitu penanggung jawab asuhan keperawatan, alat kesehatan, diklat & SDM dan linen. Masing-masing membawahi 4 bagian perawatan yaitu bedah, anak, HCU dan penyakit dalam.

Realisasi uraian tugas Kepala Perawatan Instalasi cukup sulit dalam hal mengatur waktu dan perhatiannya, karena tanggung jawabnya cukup besar dalam mengontrol dan mengkoordinasi para stafnya. Tata letak ruang perawatan juga

kurang mendukung kinerja kepala perawatan, secara teknis sulit dilakukan, seperti letak ruang perawatan yang menyebar di lantai 1 sampai 3. Ruang penyakit dalam kelas 2 dan 3, serta ruang isolasi terletak di lantai 1, ruang bedah kelas 1, ruang kebidanan dan neonatus serta kelas VIP terdapat di lantai 2. Lantai 3 ruang perawatan anak. Kegiatan seperti visite dokter biasanya dilakukan oleh perawat yang ada pada saat itu.

Di instalasi rawat inap terdapat juga penanggung jawab askep, alkes, diklat dan SDM serta linen, yang langsung bertanggung jawab terhadap kepala perawatan instalasi. Namun tugasnya tidak fokus karena mencakup beberapa unit rawat inap.

Pada wawancara yang dilakukan terhadap informan dikatakan bahwa mereka sudah menerima deskripsi pekerjaan dan sudah dijelaskan point-point yang menjadi tugas dan tanggung jawab mereka.

Tugas yang selama ini mereka lakukan pada saat wawancara pada umumnya dijawab belum sistematis dan beraneka ragam, dan banyak kegiatan yang dilakukan diluar deskripsi pekerjaan mereka. Secara garis besar tugas keperawatan / kebidanan dibagi menjadi 3 tipe/bentuk kegiatan yaitu : asuhan langsung, asuhan tidak langsung dan non keperawatan / kebidanan. Asuhan langsung artinya kegiatan yang langsung berhubungan dengan asuhan yang diberikan kepada pasien contoh catatan pasien, monitoring, dll. Asuhan tidak langsung, kegiatan yang tidak langsung diberikan kepada pasien, tetapi mempunyai dampak pada perawatan pasien, contoh diskusi refleksi kasus, memesan makanan pasien dan non keperawatan/kebidanan seperti pengisian kuitansi pembayaran, mengantar pasien, mengambil hasil rontgen, dll.

Tugas rangkap masih banyak dilakukan, seperti yang dikatakan oleh salah satu informan :

"Tugas yang saya lakukan sehari-hari adalah mengatur jadwal, ya, kadang-kadang merangkap pelaksana. Saya juga memonitoring asuhan keperawatan, membuat perencanaan, menyusun anggaran, melakukan revisi terhadap protap-protap serta membahas protap. Juga melakukan revisi terhadap asuhan keperawatan. Kerja administrasi juga saya lakukan seperti menghitung biaya" (Informan 1)

Keluhan dari sebagian besar petugas di ruang rawat karena merangkap kerja yang seharusnya dilakukan oleh pekarya (POS). Seperti mengambil obat di farmasi yang berada di lantai dasar, mengantar pasien untuk rontgen atau fisioterapi, menyetorkan hasil penghitungan biaya tindakan dan pemakaian alkes ke kasir yang juga terletak di lantai dasar, terlihat dari petikan wawancara berikut:

"Saat saya sedang bertugas melakukan overan dengan teman yang jaga sebelumnya. Ada 2 overan yaitu overan buku dan overan keliling. Terus perbeden atau mengatur bed pasien. Disini kami bekerja secara tim, jadi ada bagian pemberian obat, mendampingi dokter visite dan lain-lain. Kami menghitung alkes yang dipakai beserta rincian biayanya, demikian pula tindakan yang dilakukan dengan biayanya. Selain itu juga kami mengecek obat, mengambil obat ke farmasi, mengambil tabung oksigen, mengambil alat ke bagian lain bila diperlukan, dan steril ruangan, mengantar pasien. Kalau dinas malam pekerjaan kami bertambah lagi yaitu menyiapkan spons pasien, membuat jadwal makan pasien, jadwal suntik, jadwal operasi. Kami juga mengantar pasien ke ruang fisioterapi atau radiologi". (Informan 7)

Saat ditanyakan apakah perlu direvisi uraian tugas yang ada saat ini, rata-rata menjawab bahwa pekerjaan di luar tugas merekah yang perlu dilihat lagi, karena beban kerja yang selama ini dilakukan terasa cukup berat. Mereka minta supaya lebih fokus ke pelayanan pasien, tidak terbebani oleh tugas di luar tanggung jawab mereka. Seperti dikatakan oleh salah satu informan :

"Kalau bisa diperjelas lagi, artinya tidak merangkap kerja lain, sehingga perawat dapat bekerja sesuai dengan deskripsi pekerjaan." (Informan 3)

Komentar informan lainnya :

" Kalau bisa lebih fokus lagi, sehingga tugas yang seharusnya dilakukan oleh pekary atau POS tidak lagi kami yang mengerjakan, selain itu penghitungan biaya administrasi ada petugas khusus yang mengerjakannya". (Informan 10)

Secara ringkas beberapa temuan telaah dokumen tentang uraian tugas adalah sebagai berikut :

Tabel 6. 1. Ringkasan Realisasi Uraian Tugas RSUD Bina Sehat

No	Uraian Tugas	Hasil Temuan	Hasil Analisis
1	Kasi keperawatan	Merupakan gabungan dari deskripsi pekerjaan kepala bidang perawatan dan kasi perawatan. Sudah cukup lengkap dan jelas, menunjukkan spesifikasi pekerjaan.	Sesuai dengan pedoman Depkes. Secara teknis cukup berat karena tanggung jawab cukup besar.
2	Kepala perawatan instalasi	Sudah lengkap, merupakan gabungan dari tugas kepala perawatan dan kepala ruang.	Secara teknis sulit dikerjakan, karena wilayah tanggung jawab cukup luas dan tidak semua bisa dikerjakan seperti tidak semua visite dokter dapat didampingi, sulit dalam koordinasi karena ruang rawat menyebar ke 3 lantai
3	Kepala shift	Cukup lengkap dan jelas, namun ada beberapa yang kurang spesifik, seperti merencanakan jumlah ketenagaan, fasilitas dan alat yang diperlukan, hal ini sama dengan tugas dari kepala perawatan	Karena jadwal rotasi yang cepat, dan juga tugas utamanya bukan merencanakan tapi kebenaran dan ketepatan mendayagunakan petugas dan peralatan. Kesulitan dalam koordinasi karena mencakup beberapa ruangan

No	Uraian Tugas	Hasil Temuan	Hasil Analisis
3	Koordinator kebidanan	Sudah cukup lengkap, jelas, menunjukkan spesifikasi pekerjaan.	Sesuai dengan pedoman Depkes. Secara teknis dapat dilaksanakan
4	Penanggung jawab rawat inap (Askep, Alkes, Diklat & SDM, Linen)	Sudah jelas namun belum spesifik, karena membawahi seluruh ruangan.	Secara teknis akan sulit dilakukan. Tidak fokus dalam pekerjaan karena harus bertanggung jawab pada seluruh ruang rawat inap, sedangkan masing-masing ruang memiliki kebutuhan dan karakteristik tersendiri. Keefektifannya masih perlu dipertimbangkan.
5	Ketua Tim (Anak, bedah, penyakit dalam dan HCU)	Cukup lengkap, jelas dan spesifik.	Dikembangkan oleh Manajemen RS. Secara teknis dapat dilaksanakan. Hanya belum dimasukkan dalam susunan organisasi.
6	Perawat pelaksana di unit rawat jalan	Sudah cukup lengkap, jelas, menunjukkan spesifikasi pekerjaan.	Sesuai dengan pedoman Depkes. Secara teknis dapat dilaksanakan, namun pekerjaan diluar uraian tugas cukup mengganggu tugas pokok
7	Perawat pelaksana di ruang rawat	Sudah cukup lengkap, jelas, menunjukkan spesifikasi pekerjaan,	Sesuai dengan pedoman Depkes. Secara teknis dapat dilaksanakan, namun pekerjaan nonkeperawatan di luar uraian tugas cukup membebani dan mengganggu asuhan keperawatan.

No	Uraian Tugas	Hasil Temuan	Hasil Analisis
8	Perawat pelaksana di IGD	Sudah cukup lengkap, jelas, menunjukkan spesifikasi pekerjaan.	Sesuai dengan pedoman Depkes. Secara teknis dapat dilaksanakan, namun sama dengan tugas perawat lainnya bahwa tugas di luar deskripsi pekerjaan cukup banyak.
9	Bidan pelaksana di kamar bersalin	Sudah cukup lengkap, jelas, menunjukkan spesifikasi pekerjaan,	Sesuai dengan pedoman Depkes. Secara teknis dapat dilaksanakan, pekerjaan di luar uraian tugas cukup memberatkan.

b. Evaluasi Uraian Tugas & Posisi Klinik

Evaluasi terhadap uraian tugas dan posisi klinik termasuk menghitung beban kerja perawat/bidan dalam 3 tahun terakhir belum pernah dilakukan, seperti kutipan wawancara berikut :

"Dalam waktu dekat ini, belum pernah dilakukan" (Informan 11).

Demikian juga komentar dari informan lain:

"Dulu sudah pernah, dalam 3 tahun ini belum lagi dihitung". (Informan 12)

Dari telaah dokumen juga tidak ditemukan evaluasi terhadap uraian tugas, posisi klinik dan beban kerja perawat/bidan dalam 3 tahun terakhir.

c. Posisi/jabatan dalam struktur organisasi

Dari hasil wawancara dan melihat struktur organisasi terdapat beberapa jabatan yang belum terisi seperti kepala Bidang Yanmed dan Keperawatan serta Koordinator HCU. Ketua Tim belum terdapat dalam struktur instalasi rawat inap,

sehingga kejelasan dalam penjenjangan karir masih dipertanyakan. Hasil kutipan wawancara :

"Ketua Tim memang belum ada di struktur organisasi rawat inap, sedangkan tanggung jawab kegiatan di HCU masih dilaksanakan oleh Ketua Tim, belum Koordinator seperti yang tercantum dalam struktur." (Informan 1)

Pada saat FGD disepakati untuk meninjau kembali uraian tugas yang lebih realistis untuk dikerjakan, menghitung beban kerja perawat/bidan dan lebih mengefektifkan kinerja manajer lini bawah dengan meninjau ulang struktur keperawatan. Serta menambah pekarya (POS) untuk tugas-tugas non keperawatan. Tata letak ruang rawat perlu dibenahi lagi agar dapat mempermudah pekerjaan perawat terutama kepala perawatan dan kepala shift.

6.1.2 SOP (*Standar Operating Procedure*)

Standar sangat penting artinya bagi perawat/bidan dalam upaya menjaga kualitas pelayanan terhadap pasien. Standar dibuat untuk mengarahkan cara pelayanan yang akan diberikan serta hasil yang ingin dicapai.

Kualitas mengikuti standar sangat dipengaruhi oleh faktor SDM –nya sendiri disamping sarana dan alat yang menunjang serta manajemen yang baik. Di bawah ini hasil telaah dokumen, wawancara mendalam dan FGD tentang SOP.

a. Format SOP

Standar Operating Procedure yang telah ada di RSUD Bina Sehat secara kuantitas sudah mulai berangsur dilengkapi, saat ini berjumlah 115 buah dengan uraian sebagai berikut:

Tabel 6.2. Jumlah SOP yang telah Dibuat RSUD Bina Sehat

NO	RUANG/INSTALASI	JUMLAH SOP
1	Pelayanan Keperawatan	59
2	Rawat Inap	23
3	Instalasi rawat jalan	7
4	Instalasi bedah sentral	26
	Total	115

Belum ada aturan khusus tentang bagaimana pembuatan SOP atau tahapan pembuatan SOP di RSUD Bina Sehat, sehingga ketika menilik format SOP ditemukan ketidaksamaan kerangka atau format antara satu SOP dengan yang lain. Ketika ditanya tentang tahap pembuatan SOP, informan menyatakan :

"Kalau untuk sehari-hari sebelumnya memang sudah ada, kami tinggal melengkapi kekurangan. Yah, dengan cara observasi langsung, melihat kesulitan-kesulitan yang ada di lapangan. Kami juga lakukan modifikasi disesuaikan dengan kondisi dan saran di rumah sakit, tanpa menghilangkan prinsip-prinsip dasar. Sumber dari berbagai buku, dan tentu saja bekerja sama / konsultasi dengan dokter." (Informan 11)

Pada saat dilakukan pengecekan terhadap lembar SOP ditemukan bahwa antara SOP satu dengan yang lain memiliki kerangka atau format dan istilah yang berbeda. Kemudian beberapa SOP masih belum melengkapi prinsip-prinsip pembuatan SOP seperti tidak mencantumkan kebijakan rumah sakit.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.3. Penilaian Format SOP RSU Bina Sehat

No	Unsur yang Dikandung	Ada	Tidak ada	Tidak semua
1	Merumuskan tujuan protap : menentukan judul	√		
2	Menentukan kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan protap			√
3	Membuat aliran proses : Bentuk bagan yang menggambarkan proses atau urutan jalannya suatu produk/tata cara (flow of work)		√	
4	Menyusun prosedur atau pelaksanaan kegiatan berdasarkan pertanyaan-pertanyaan: <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan : apa sebenarnya yang dikerjakan dan mengapa • Tempat : dimana saja dilakukan dan mengapa • Urutan : kapan dilakukan dan mengapa waktu itu • Petugas : siapa yang melakukan dan mengapa oleh dia • Cara : metode apa yang dipakai dan mengapa dengan cara itu 			√

Keterangan : Ada : terdapat di semua dokumen
Tidak ada : tidak satupun terdapat dalam dokumen
Tidak semua : bisa ada atau tidak dalam dokumen

b. Proses Pembuatan SOP

Dalam penentuan prioritas pembuatan SOP di RSUD Bina Sehat dibuat berdasarkan hasil temuan di lapangan dan urgensi masalah dan sudah dilakukan koordinasi dengan unit terkait misalnya instalasi rawat inap, rawat jalan, IGD, dll, namun keterlibatan tim multidisiplin masih belum berperan secara aktif. Seperti yang diungkapkan informan berikut:

"Yah, kalau prioritas melihat hasil temuan lapangan, sesuai dengan permasalahan yang ada atau urgensi masalah itu sendiri. Mengatasi masalah memerlukan kebijakan. Koordinasi lintas sektoral atau instalasi lain dan multidisiplin mutlak diperlukan agar SOP yang dibuat bisa diterima di seluruh kalangan, namun pada kenyataannya sangat sulit dilakukan karena kesibukan masing-masing, kerja sama secara tim belum dapat dikelola dengan baik".
(Informan 13)

Pernyataan informan lain :

"Yang diprioritaskan kegiatan sehari-hari seperti tindakan infus, kateter dan lain-lain. Perlu kerja sama dengan instalasi terkait, belum ada tim khusus."
(Informan 11)

Dari telaah dokumen tidak ditemukan kebijakan tentang pembentukan tim pembuatan SOP. Dokumentasi pembahasan SOP masih bergabung dengan rapat rutin bulanan.

c. Sosialisasi SOP

Pelaksanaan sosialisasi terhadap SOP yang baru disahkan oleh Direktur RS telah dilakukan di seluruh jenjang pelayanan. Di ruangan, biasanya SOP ditempel di dinding atau diletakkan di atas meja, diberitahukan ke staf masing-masing dan bila ada yang bertanya baru dijelaskan secara detail oleh kepala instalasi atau kepala shift dan koodinator. Seperti hasil kutipan wawancara berikut:

"Biasanya saya beritahu staf perawat saya, ditempel di dinding atau di atas meja. Bila ada yang bertanya saya jelaskan." (Informan 1)

Informan lain mengatakan :

"SOP ada di ruangan. Kalau kami belum paham akan bertanya dan pasti dijelaskan". (Informan 10)

d. Pengawasan SOP

Terhadap pengawasan SOP, sebagian besar kepala perawatan menjawab hal tersebut telah dilakukan sehari-hari, mereka sering mendampingi perawat pelaksana saat tugas pagi, namun bila untuk shift siang dan malam dilakukan oleh kepala shift. Pengawasan masih bersifat umum, belum menjadi bagian dari evaluasi asuhan pasien. Seperti diungkapkan oleh informan berikut :

"Pengawasan masih bersifat umum. Kalau dinas pagi saya dampingi mereka, Bila perawat junior / baru kerja terus saya evaluasi selama 3 bulan. Namun untuk yang sudah lama pengawasan hanya sekali-kali. Untuk shift siang dan malam pengawasan saya limpahkan ke kepala shief masing-masing."(Informan 1)

Komentar informan lain:

"Kalau sehari-hari tentu saja kami mendampingi sambil mengawasi. Juga kami rutin melakukan rapat koordinasi di ruangan 1 kali dalam sebulan. Saya juga sering mengecek buku catatan keperawatan, kalau ada hal-hal di luar prosedur." (Informan 5)

Kutipan wawancara dengan informan lainnya :

"Pengawasan sehari-hari rutin saya lakukan, Terkadang kami juga latihan cara mempraktekkan SOP secara intern saja misalnya cara aseptik antiseptik". (Informan 3)

e. Hambatan Pelaksanaan SOP

Hambatan dalam pelaksanaan SOP, pada umumnya karena keterbatasan sarana/fasilitas/alat serta SDM sehingga SOP belum dapat dilaksanakan secara sempurna. Seperti dikatakan oleh informan berikut:

"Sulitnya masih kurangnya alat untuk tindakan terutama saat kunjungan pasien banyak.. Kami sulit menerapkan SOP. Selain itu juga ada perawat yang kurang disiplin dalam melaksanakan tahapan SOP". (Informan 4)

Pnedapat informan lain :

"Hambatannya terletak pada kurangnya alat-alat, sehingga idealnya sangat sulit dikerjakan. Saya juga melihat kualitas SDM masih kurang terutama skill atau ketrampilan, sehingga saya sering mengusulkan pelatihan untuk perawat agar mutunya meningkat". (Informan 1)

Hasil FGD menunjukkan bahwa masih sedikitnya kebijakan yang berkaitan dengan pembuatan SOP, serta kurangnya partisipasi aktif dari lini manajemen bawah.

6.1.3 Standar Asuhan Keperawatan (SAK) & Standar Asuhan Kebidanan (SAB)

Beberapa aspek dalam merancang standar bahwa standar hendaknya merefleksikan asuhan spesifik yang diperlukan pasien, permbuatannya harus melibatkan tim, monitoring dan perbaikan standar diperlukan untuk memelihara agar penggunaan standar dapat mencerminkan kualitas pelayanan.

a. Format SAK/SAB

Berdasarkan hasil telaah dokumen, SAK tentang pemenuhan kebutuhan dasar manusia sudah lengkap, di luar itu standar asuhan yang telah dibuat di RSU Bina Sehat adalah sebagai berikut :

Tabel 6.4. Standar Asuhan Keperawatan/Kebidanan yang telah Dibuat
di RSUD Bina Sehat

No	JENIS SAK/SAB	UNIT
1	Penurunan kesadaran	HCU
2	Haemorrhoid	Bedah
3	Appencitis	Bedah
4	Fraktur	Bedah
5	BPH	Bedah
6	TB Paru	Penyakit dalam
7	DM	Penyakit dalam
8	Gastritis	Penyakit dalam
9	Stroke	Penyakit dalam
10	Hipertensi	Penyakit dalam
11	Kejang	Perinatologi
12	Hiperbilirubinemia	Perinatologi
13	Sepsis neonatologi	Perinatologi
14	Typhoid	Anak
15	Asma	Anak
16	DHF	Anak
17	Bronkopneumoni	Anak
18	Asuhan Persalinan Normal	Obgin
19	Post SC dengan panggul sempit	Obgin

Penilaian terhadap format standar sebagai berikut :

Tabel 6.5. Penilaian Format SAK / SAB RSUD Bina Sehat

No	Unsur Materi	Ada	Tidak Ada	Tidak semua
1	Dimulai dengan pernyataan standar		√	
2	Identifikasi kriteria outcomes dalam bentuk pernyataan, siap dimonitor			√
3	Identifikasi proses yang dibutuhkan untuk mencapai outcomes (apa yang harus dikerjakan)	√		
4	Identifikasi struktur (apa yang dibutuhkan untuk melaksanakan proses untuk mencapai outcomes)			√
5	Ringkaskan, identifikasi kriteria kunci		√	
6	Menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti	√		
7	Menggunakan kata-kata yang dapat diukur			√
8	Outcomes mengukur pernyataan standar		√	

Keterangan : Ada : terdapat di semua dokumen
 Tidak ada : tidak satupun terdapat dalam dokumen
 Tidak semua : bisa ada atau tidak dalam dokumen

b. Proses Pembuatan SAK/SAB

Di RSUD Bina Sehat penentuan prioritas standar yang dibuat tidak melalui proses tertentu, hanya berdasarkan penyakit terbanyak yang terdapat di ruangan/instalasi. Keterlibatan jenjang manajemen terhadap pembuatan standar tidak tergambar pada pendokumentasian. Koordinasi yang dilakukan sehubungan dengan pembuatan standar dilakukan secara tidak terstruktur.

Penentuan prioritas pembuatan standar seperti yang disebutkan di atas, berdasarkan penyakit terbanyak yang diamati selama 3 bulan terakhir, seperti yang dikatakan oleh salah satu informan:

"Berdasarkan kasus terbanyak dalam 3 bulan terakhir". (Informan 11)

Disini nampak bahwa koordinasi yang dilakukan dengan unit terkait dilakukan secara tidak langsung, artinya manajemen bawah tidak ikut aktif menentukan prioritas standar asuhan. Proses ini seharusnya dilakukan karena keterikatan secara emosional sangat penting untuk mempertahankan kelangsungan suatu program selain itu juga meningkatkan efektifitas dan efisiensi waktu. Mereka baru diikutsertakan saat proses sedang berjalan, seperti hasil wawancara dengan salah satu informan:

"Kami mengumpulkan bahan dari berbagai sumber seperti buku-buku keperawatan dan kedokteran. Bila kasus berbeda, pengkajian dilakukan secara langsung dengan mengambil sampel. Diskusi dengan kepala-kepala instalasi." (Informan 11)

Untuk kebidanan mereka masih menggunakan format standar asuhan keperawatan. Untuk format tersendiri masih dalam tahap pembuatan, seperti yang dikatakan oleh salah satu informan:

"Ya, untuk kebidanan kami masih menggunakan format lama. Khusus kebidanan kami masih mencari formularium yang tepat, sekarang sedang dalam proses dan terus diperbaharui" (Informan 5)

c. Sosialisasi SAK/SAB

Sosialisasi terhadap standar asuhan sepertinya tidak mengalami kendala yang berarti, rata-rata mengatakan sudah mengadakan sosialisasi dan bagi perawat sudah menerimanya. Namun ada satu ruang dimana kegiatan sosialisasi ini dilakukan secara lebih baik yaitu mereka dikumpulkan secara bersama-sama

dalam menerima penjelasan tentang standar tersebut, seperti yang dikatakan oleh salah satu informan:

"Kami dikumpulkan oleh kepala ruangan terus dibahas secara bersama-sama." (Informan 9)

d. Pengawasan Standar Asuhan

Dalam hal pengawasan beberapa informan menyadari bahwa hal ini lebih sulit dilakukan dibandingkan dengan pengawasan terhadap SOP. Kesulitan itu tercermin dari jawaban mereka tentang pengawasan terhadap standar asuhan, yaitu :

"Saya lihat dokumen asuhan keperawatannya bila belum lengkap supaya dilengkapi, tapi sulit juga pengawasannya karena kesibukan. Dan tergantung pada individu masing-masing". (Informan 1)

" Saya anjurkan diisi dengan lengkap, tapi kadang tak sempat memeriksa karena tuntutan pekerjaan yang cukup banyak. Sudah dianjurkan supaya diisi dengan lengkap, tapi balik lagi ke orangnya, kadang susah juga menegurnya, dan tugas yang cukup banyak". (Informan 5)

e. Hambatan dalam Pelaksanaan SAK/SAB

Kendala dalam menerapkan standar asuhan, rata-rata beralasan sulit diterapkan karena tuntutan pekerjaan yang tinggi dan kurangnya sarana serta alat sehingga mengganggu proses asuhan, beberapa mengatakan karena alasan SDM..

Seperti yang terungkap oleh salah satu informan :

"Sarana dan alat yang kurang serta pekerjaan yang tumpang tindih jadi tidak fokus, kebanyakan diisi seadanya. Selain itu juga SDM nya kurang ada motivasi untuk belajar. Yang jelas prinsip dasar tidak dilupakan." (Informan 1)

" Saya kira, karena waktu, tenaga kurang, mungkin ditambah tidak ada motivasi untuk belajar." (Informan 6)

Informan lainnya mengatakan :

"Yah sibuk dengan tugas lain, jadi diisi seadanya saja, tidak sempat melihat acuan." (Informan 7)

Dalam FGD sama halnya dengan SOP, belum optimalnya bimbingan serta masih lemahnya partisipasi di semua tingkat manajemen dan rendahnya motivasi dari petugas untuk melaksanakan SAK/SAB.

6.1.4 Pelatihan

Pelatihan atau pertemuan yang menambah pengetahuan dan ketrampilan sangat diperlukan, mengingat tuntutan terhadap profesi keperawatan/kebidanan semakin tinggi, di samping berbagai kemajuan ilmu dan teknologi yang berkembang harus diimbangi dengan mengikutsertakan tenaga perawat/bidan agar pelayanan yang diberikan semakin berkualitas dan meningkatkan kepuasan terhadap pasien, selain menekan segala bentuk upaya tuntutan yang dapat berakibat buruk bagi rumah sakit.

Tenaga trampil dan berpengetahuan juga akan meningkatkan kinerja rumah sakit, efektif dan efisien karena akan mengurangi pemakaian sumber daya yang berlebihan. Di bawah ini gambaran RSUD Bina Sehat dalam upaya peningkatan kualitas SDM-nya.

a. Perencanaan Pelatihan

Pelatihan atau upaya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan telah dimasukkan dalam setiap anggaran tahunan, baik untuk perawat atau bidan. Pelatihan yang dimasukkan dalam anggaran merupakan upaya untuk memenuhi kompetensi perawat, misalnya perawat IGD diikutsertakan dalam PPGD, petugas

HCU juga diikutsertakan dalam pertemuan pengelolaan HCU untuk perawat, serta untuk pelayanan kebidanan dan perinatologi. RSUD Bina Sehat juga ikut menyertakan tenaga perawat/bidan terhadap pelatihan/seminar yang sifatnya insidental, bila kondisi keuangan RS cukup baik. Rata-rata pertahun RSUD Bina Sehat mengirimkan 6-7 kali pelatihan di luar rumah sakit.

Usulan pelatihan/upaya peningkatan mutu SDM telah dilakukan secara rutin setiap tahun oleh masing-masing kepala perawatan instalasi, seperti yang dikatakan salah satu informan:

"Ya, saya sering mengusulkan, karena perawatan memiliki masalah yang paling kompleks dalam asuhan pasien, sehingga skill SDM sangat diperlukan. Ada beberapa yang terealisasi tapi kebanyakan terbentur dana sehingga tidak dapat diikutsertakan.. (Informan 1)

Saat ditanyakan tentang tujuan jangka panjang pengembangan SDM dinyatakan bahwa belum sampai pada tahap program pengembangan, tapi masih dalam tahap rencana tahunan. Seperti kutipan wawancara berikut:

"Biasanya berpatokan pada program kerja tahunan, untuk jangka panjang 3 tahun atau 5 tahunan belum ada. Secara umum hanya pemenuhan kompetensi perawat misalnya PPGD dan mengikuti kemajuan teknologi / perkembangan jaman seperti pemakaian alat-alat. Biasanya sifatnya insidental dan tergantung juga pada ketersediaan dana RS". (Informan 12)

Untuk tahun ini prioritas peningkatan pengetahuan ditekankan pada asuhan keperawatan, dengan melibatkan tenaga ahli dari dalam RS terlebih dahulu seperti dikatakan oleh salah satu informan:

"Ya mulai dimasukkan dalam anggaran tiap tahun. Tahun ini fokus pada pelatihan asuhan keperawatan mulai dari perencanaan sampai penegakan diagnosa keperawatan. Juga peningkatan ketrampilan perawat. Mungkin lebih diutamakan secara intern dulu". (Informan 11)

"Tujuan jangka panjang belum ada, hanya sampai tahunan saja. Biasanya juga masih bersifat intern (in house training)" (Informan 13)

b. Dokumen Pelatihan yang Pernah Diikuti Petugas

Catatan tentang kegiatan pelatihan/dapat dilihat di tabel berikut sepanjang tahun 2008 :

Tabel 6.6. Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga Perawat/Bidan RSUD Bina Sehat Tahun 2008

No	JUDUL PERTEMUAN	DITUJUKAN UNTUK
1	Resusitasi neonatal	Perawat/bidan neonatus
2	Perawatan luka	Perawat zaal bedah
3	Trend dan issue keperawatan klinis	Kepala perawatan
4	Pelatihan EKG	Perawat zaal penyakit dalam
5	Resusitasi kardiopulmonal otak pada bayi dan anak	Bidan neonatus / perawat zaal anak
6	Infus pump dan syring pump	Perawat zaal anak /penyakit dalam
7	Analisis tanda vital	Perawat IGD

c. Tindak Lanjut Pasca Pelatihan

Ketika ditanya kelanjutan bagi perawat/bidan sepulang dari mengikuti kegiatan di luar adalah melatih/menyebarluaskan informasi ke teman yang lain, seperti kutipan wawancara berikut:

"Selesai mengikuti pelatihan diwajibkan setiap perawat atau bidan sharing dengan perawat / bidan yang lain (in house training), dengan cara pemaparan, memperbanyak bahan yang didapat. Kepala ruangan/instalasi biasanya memantau hal-hal yang baru dijalankan" (Informan 11)

Dokumen tentang kebijakan terhadap evaluasi pasca pelatihan tidak ditemukan, namun saat ditanyakan tentang pengaruh kinerja bagi tenaga yang ikut serta pelatihan, semua informan menjawab sangat berpengaruh positif, artinya mereka yang ikut lebih trampil, lebih baik dibanding dengan yang belum

ikut. Namun semua ini juga dipengaruhi oleh ketersediaan sarana atau alat yang ada, sehingga ilmu dan ketrampilan yang sudah didapat tidak dapat dipraktekkan bila alat/sarananya tidak tersedia, sehingga pihak manajemen RS harus seleksi dalam memilih pelatihan sehingga bisa bermanfaat dan dapat diterapkan di rumah sakit. Seperti yang dikatakan oleh salah satu informan berikut:

"Pasti ada manfaatnya, tapi bila peralatan yang diperlukan tidak ada, jadi balik lagi ke pola lama." (Informan 1)

Dari FGD sebagian besar peserta menyatakan bahwa keikutsertaan mereka lebih ditingkatkan lagi untuk tahun-tahun selanjutnya, dan untuk meningkatkan kinerja pasca pelatihan, maka perlu evaluasi terhadap uraian tugas, SOP atau SAK sehingga kinerja pasca pelatihan dapat dipertahankan.

d. Kendala dalam Mengikutsertakan Perawat/bidan dalam Pelatihan di Luar RS

Kendala dalam mengikutsertakan perawat /bidan pada umumnya menjawab tergantung pada ketersediaan dana RS dan ada juga karena belum terpenuhinya syarat/kriteria sebagai peserta pelatihan seperti dikatakan oleh salah satu informan :

"Kami membuat usulan tiap tahun. Tapi kadang terbentur oleh persyaratan peserta pelatihan atau kondisi keuangan RS" (Informan 5)

6.1.5 Sistem Penghargaan

Sistem penghargaan merupakan salah satu upaya untuk memberikan kepuasan kerja terhadap para petugas, memicu motivasi yang pada akhirnya meningkatkan kinerja perawat/bidan. Penghargaan baik berupa piagam atau imbalan materi merupakan bentuk perhatian atau apresiasi rumah sakit dalam

menyikapi hasil kerja pegawainya. Sistem penghargaan saat ini sudah menjadi kebutuhan yang patut diperhitungkan bila menginginkan hubungan yang baik dan harmonis antara pekerja dan pimpinan. Hasil penelitian terhadap sistem penghargaan RSUD Bina Sehat tergambar sebagai berikut.

a. Kebijakan dan Dokumen Penghargaan

Kebijakan terhadap penghargaan sudah ada dan tercantum dalam buku Peraturan Kepegawaian RSUD Bina Sehat , tertanggal 1 Januari 2008, yang disahkan Direktur RS. Masalah penghargaan tercantum dalam Pasal 17 mengenai Penghargaan atas Masa Bakti / Prestasi Karyawan.

Terdapatnya dokumen/catatan tentang pemberian penghargaan dan imbalan uang yang diberikan kepada karyawan teladan setiap tahun serta penerimaan uang insentif setiap 6 bulan sekali terhadap seluruh karyawan yang dihitung berdasarkan kinerja.

Hampir sama dengan dokumen yang ditemukan oleh peneliti hasil wawancara dengan informan ketika ditanya tentang bentuk penghargaan yang berlaku di RSUD Bina Sehat:

"Penghargaan diberikan berupa insentif yang dihitung berdasarkan kinerja pegawai setiap 6 bulan. Point penghitungan kinerja dilakukan oleh kepala perawatan instalasi masing-masing Setahun sekali diadakan pemilihan karyawan teladan, penghargaan dalam bentuk piagam, sejumlah uang dan promosi jabatan serta diusulkan untuk disekolahkan." (Informan 12)

b. Penilaian terhadap Sistem Penghargaan Saat Ini

Ketika ditanyakan bagaimana tanggapan terhadap sistem penghargaan yang berjalan sampai saat ini, dijawab oleh informan:

"Diakui sampai saat ini masih ada yang merasa kurang objektif, terutama mengenai insentif, sehingga masih mencari cara/teknis penilaian yang tepat sehingga dapat memuaskan setiap pegawai. Penilaian kinerja dikembalikan ke unit / instalasi masing-masing. Harapannya nilai materinya dapat ditingkatkan lagi melebihi sekarang". (Informan 12)

Harapan tersebut sama dengan yang dikemukakan oleh informan lainnya bahwa saat ini penghitungan kinerja masih belum objektif serta nilainya dirasakan masih kurang. Seperti yang dikatakan oleh beberapa informan:

"Memurut saya belum baik. Usulannya bedakan nilai materinya antara pelayanan langsung dan tidak langsung" (Informan 5)

"Pembagian intensif lebih bijak lagi. Kemudian pemilihan teladan berdasarkan profesi." (Informan 9)

Sistem penghargaan yang ada saat ini masih belum bisa meningkatkan kinerja pegawainya, hal ini terungkap ketika ditanya apakah penghargaan yang berjalan saat ini sudah berdampak pada peningkatan kinerja pegawai, semua menyatakan belum kelihatan hasilnya. Salah satu jawaban informan:

"Saya rasakan belum ada efeknya" (Informan 3)

Sistem penghargaan yang berjalan saat ini masih belum dapat memberikan kepuasan petugas, seperti dikatakan oleh informan:

"Sekarang ini masih kurang, kami minta lebih bijak saja dalam menetapkan nominalnya"

"Kalau kami inginnya lebih dari sekarang". (Informan 2)

Dari FGD juga diusulkan bahwa perlu diadakan peninjauan ulang terhadap sistem penghargaan yang dapat menjembatani ke dua belah pihak.

6.1.6 Indikator Kinerja

Indikator kinerja belum menjadi prioritas di tingkat manajemen RSU Bina Sehat, hal ini disimpulkan berdasarkan hasil telaah dokumen, wawancara dan FGD.

a. Dokumentasi Indikator Kinerja

Tidak ditemukan dokumen yang berhubungan dengan rancangan dan penetapan indikator kinerja, baik di anggaran tahunan, catatan, maupun hasil pertemuan atau diskusi.

Beberapa informan menyatakan hal yang sama, ketika ditanyakan tentang kebijakan rumah sakit tentang indikator kinerja, dan apakah sudah ada upaya untuk membuat indikator kinerja, jawabannya:

"Belum ada". (Informan 11 & 13)

b. Hambatan dalam Membuat Indikator Kinerja

Ketika ditanya apa kendala atau hambatannya sehingga belum ada rencana membuat indikator kinerja, dijawab informan :

"Kami masih membenahi manajemen dan administrasi, serta mengaktifkan fungsi-fungsi kepala instalasi dan koordinator". (Informan 11)

Dari FGD ditemukan bahwa belum ada gerakan dari manajemen atas yang mendorong pembuatan indikator kinerja, demikian juga koordinasi dan kerja sama lintas sektor belum terwujud.

6.2 FAKTOR PROSES

6.2.1 Monitoring

Monitoring merupakan suatu proses untuk mencapai tujuan organisasi. Monitoring berdasarkan standar yang telah dibuat bersama dan digunakan untuk menilai sejauh mana kegiatan pelayanan kesehatan telah dilakukan. Hasil monitoring sangat berhubungan erat dengan kualitas kinerja yang ditampakkan oleh seluruh klinisi termasuk perawat dan bidan. Dengan monitoring juga, maka bentuk penyimpangan akan lebih mudah diketahui sehingga pengelolaannyapun akan lebih cepat. Gambaran mengenai kegiatan monitoring di RSUD Bina Sehat belum terkelola dengan baik, hal ini dapat dilihat pada uraian di bawah ini.

a. Pendokumentasian Kegiatan Monitoring

Dalam telaah dokumen, peneliti mencari catatan tentang rencana monitoring dan hasil monitoring. Rencana monitoring belum terdokumentasi dengan baik, sebagian sudah diketik dengan rapi, sebagian lagi masih dicatat dalam buku catatan. Dalam rencana kegiatan tujuan dan sasaran monitoring sudah ada, hanya tidak lengkap dicatat seperti berapa sasaran yang akan dimonitor, serta hanya sedikit menjelaskan tentang bagaimana mengimplementasikannya. Demikian juga dengan hasil monitoring masih merupakan catatan saja dan belum menunjukkan suatu hasil yang dapat ditindaklanjuti lebih jauh. Hasil monitoring berisi tentang kekurangan alat atau sarana dan hanya sebagian kecil saja yang membahas tentang hasil suatu kegiatan.

Pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dalam wawancara dengan salah satu informan menunjukkan bahwa sistem koordinasi terhadap lini manajemen di bawahnya masih lemah dan jadwal yang sudah dibuat tidak dapat dipatuhi, jawabannya :

"Jadwal ada, sebagian sudah didelegasikan ke lini manajemen di bawah, namun tampaknya belum berjalan optimal. Kebanyakan jadwal tersebut tidak terpenuhi karena banyaknya pekerjaan yang harus saya kerjakan. Jadi kebanyakan bersifat insidental saja." (Informan 11)

Demikian juga terhadap manajemen lini bawah tergambar bahwa mereka belum melakukan monitoring secara terencana karena belum mendapat pengarahan dan tidak mengetahui apa saja yang harus dimonitor seperti jawaban beberapa informan:

"Monitoring dilakukan tapi sedikit yang terjadwal dan terdokumentasi. Pengetahuan kami masih kurang tentang kegiatan monitoring" . (Informan 1)

"Belum sampai ke program, yah monitoring biasa saja." (Informan 4)

b. Bimbingan dan Arahan terhadap Kegiatan Monitoring

Belum terencananya kegiatan monitoring serta *goal* dari suatu monitoring selintas tergambar dari jawaban informan saat ditanyakan tentang kelanjutan monitoring, seperti kutipan wawancara berikut:

"Pemberian SP untuk beberapa perawat, misalnya beberapa hari tidak absensi, pengecekan terhadap pendokumentasian, peralatan, dll. Tapi semuanya belum terprogram, kebanyakan insidental. Dan tindak lanjutnya dengan berkoordinasi dengan pihak yang terkait" (Informan 11)

Kebanyakan petugas belum mengetahui apa yang harus dimonitoring, kapan harus melapor, apa tujuannya dan bagaimana memonitornya, karena mereka belum pernah merencanakan dan membahas masalah tersebut. Cermin

kondisi tersebut terlihat dari beberapa pendapat mereka tentang kelanjutan dari kegiatan monitoring :

"Laporan saja ke manajemen atas, bila ada hal-hal yang perlu diusulkan atau dibenahi". (Informan 1)

"Ada laporan atau memberi informasi bila sewaktu-waktu diperlukan". (Informan 4)

" Laporan tertulis atau bila ada kunjungan bagian manajemen baru kami beri masukan" (Informan 5)

c. Hambatan Kegiatan Monitoring

Hambatan dalam pelaksanaan monitoring masih berkisar tentang pengetahuan SDM, tuntutan pekerjaan dan kurang bimbingan/arahan. Monitoring belum dijalankan, masih berkuat terhadap kegiatan sehari-hari, bahwa pekerjaan perawat/bidan hanya sebatas pada pemenuhan instruksi dokter masih melekat erat dalam kegiatan sehari-hari di ruangan, seperti yang dikatakan oleh beberapa informan :

"Saya kira karena kurangnya kemampuan, kurang paham atau penguasaan terhadap materi misalnya tentang asuhan keperawatan, sehingga hal tersebut perlu ditingkatkan lagi. Saya lihat kebanyakan pekerjaan terpaku pada instruksi dokter saja dan hal-hal yang bersifat administrasi." (Informan 11)

"Kami sebenarnya kurang memahami secara benar apa itu monitoring. Selama ini belum ada arahan bagaimana monitoring yang sebenarnya. Selain itu juga pekerjaan di luar job desk cukup menyita waktu." (Informan 1)

"Belum ada role model, sehingga kami bingung untuk memulainya apalagi mengerjakannya. Jadi monitoring terhadap pekerjaan bidan saja bukan terhadap program" (Informan 5)

Untuk manfaat monitoring sebagian besar memberikan jawaban yang sama seperti :

"Mungkin lebih mengarah ke introspeksi diri ya, jadi kelemahan atau kekurangan dapat sedikit teratasi". (Informan 3)

"Dengan adanya monitoring dapat mengurangi kekurangan dan hambatan kerja." (Informan 5)

Dari FGD keinginan untuk melaksanakan monitoring sudah ada di setiap instalasi, hanya belum ada bimbingan dan arahan dari top manajemen, sehingga tidak tahu bagaimana seharusnya melakukan monitoring.

6.2.2 Evaluasi

Evaluasi memiliki lingkup kegiatan yang lebih luas dibandingkan dengan monitoring. Dalam evaluasi melihat kembali kegiatan secara keseluruhan, menilai dampak dan efektifitas suatu tahap atau keseluruhan program.

a. Pendokumentasian Kegiatan Evaluasi

Sama seperti pendokumentasian monitoring, belum tertata rapi baik perencanaan, hasil evaluasi dan tindak lanjut. Pencatatan hasil evaluasi bersifat umum (lintas sektoral) dan membahas hambatan yang ditemui pada pelayanan.

b. Pelaksanaan Evaluasi di RSUD Bina Sehat

Dapat dikatakan bahwa kegiatan atau proses evaluasi di RSUD Bina Sehat sama seperti monitoring, belum dikelola dengan lebih baik dan lebih spesifik, pembahasan terhadap evaluasi program masih bersifat umum, dan pembahasan berkisar tentang masalah yang timbul bukan pencapaian suatu indikator kinerja tertentu atau target program.

Jawaban dari salah satu informan :

"Sudah ada jadwal dan biasanya berjalan. Kami mengadakan rapat pelayanan per triwulan secara lintas sektoral, Disitu dibahas masalah yang berkembang dan bagaimana solusinya. Kalau untuk rapat rumah sakit diadakan persemester dan tahunan. Sedangkan diinstalasi masing-masing mereka mengadakan tiap 2 minggu yaitu rapat layanan". (Informan 1)

Namun untuk manajemen tengah dan teknis, evaluasi belum berjalan karena belum ada arahan atau bimbingan dari manajemen di atasnya :

"Sampai saat ini sepertinya belum sampai pada tahap evaluasi." (Informan 2)

Hasil dari FGD, bahwa semua peserta menginginkan informasi, bimbingan dan arahan yang lebih baik terhadap kegiatan monitoring dan evaluasi yang berlandaskan pada fungsi masing-masing lini manajemen.

6.2.3 Pengelolaan Penyimpangan

Pengelolaan penyimpangan didapat dari temuan monitoring dan laporan baik dari sesama perawat/bidan maupun dari pasien. Pengelolaan penyimpangan seharusnya dikelola dengan baik dan sungguh-sungguh sehingga dapat menekan angka kejadian yang tidak menyenangkan atau bahkan *adverse event*.

Gambaran pengelolaan penyimpangan di RSUD Bina Sehat dapat dilihat pada uraian berikut :

a. Kebijakan dan Pendokumentasian Pengelolaan Penyimpangan

Pada telaah dokumen, peneliti mencari kebijakan serta aturan tentang pengelolaan penyimpangan. Pengelolaan penyimpangan yang ada di RSUD Bina Sehat saat ini masih dalam tahap revisi, karena selama ini masih menggunakan Etik Keperawatan sebagai pedomannya sehingga yang hanya terlibat di dalamnya

hanya di tingkat keperawatan. Sedangkan penanganan kasus ada beberapa yang sudah dibuat BAP-nya.

Kebijakan dan Pembentukan Tim khusus masih dalam proses dan direncanakan selesai pada tahun ini. Hal ini diketahui dari dokumen pertemuan lintas sektoral yang membahas masalah tersebut.

Pandangan terhadap kasus penyimpangan, maka seluruh informan menyatakan bahwa hal tersebut merupakan sesuatu yang urgen dan harus segera ditanggulangi:

"Ya rutin, cepat ditanggapi tidak pernah ditunda-tunda." (Informan 11)

"Ya cepat kami tanggapi, karena bila tidak segera akan menimbulkan masalah lain". (Informan 3)

b. Pengelolaan Penyimpangan Saat ini di RSUD Bina Sehat

Dari telaah dokumen dalam Mekanisme Penanganan Masalah Etik Keperawatan, penanganan masalah dibagi menjadi 3 kategori yaitu penanganan terhadap pelanggaran ringan, sedang dan berat. Pembagian kategori didasarkan terhadap besarnya kerugian baik secara ekonomis, fisiologis dan psikologis. Sedangkan mekanisme penanganan dibagi menjadi 3 tingkat sesuai dengan berat ringannya masalah. Untuk pelanggaran ringan memakai pedoman penanganan tiga tingkat, empat tingkat untuk yang sedang, dan lima tingkat untuk pelanggaran berat.

Pada saat wawancara mendalam tentang aturan/acuan pengelolaan penyimpangan yang dipakai di RSUD Bina Sehat, komentar dari beberapa informan :

"Kalau pedoman belum ada, hanya kasus-kasus tertentu biasanya dipresentasikan atau dibicarakan dan ada yang dibuatkan berita acaranya bila menyangkut hubungan interpersonal biasanya dengan tenaga medis, berhubungan dengan penanganan pasien dan menyangkut koordinasi antar sektor atau instalasi". (Informan 13)

"Masih mengacu pada etika keperawatan belum ada pedoman khusus, dalam etika itu ada batasan-batasannya, bila ringan cukup diselesaikan di ruangan. Tapi bila sudah sampai level 3 baru dibahas ditingkat manajemen atas. Insya Allah tahun ini akan segera dibahas tentang pengendalian mutu dan pengelolaan penyimpangan". (Informan 11)

Sedangkan tindak lanjut dalam pengelolaan penyimpangan, belum ada patokan khusus, jawaban dari pihak manajemen masih bersifat umum:

"Biasanya dikontrol oleh kepala instalasi/shief" (Informan 11)

"Kami amati saja jangan sampai terulang lagi". (Informan 1)

c. Kendala dalam Pengelolaan Penyimpangan

Dari hasil FGD, bahwa kegiatan yang dilakukan di instalasi diakui masih belum terorganisir dengan baik, sedangkan dalam pengelolaan diperlukan kerja tim yang solid dan sifat kepemimpinan yang dapat merangkul semua kalangan. Diusulkan agar dibuat tim pengelolaan penyimpangan dan menunjuk SDM yang kredibel dalam menguasai permasalahan di rumah sakit.

6.2.4 Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

Diskusi refleksi kasus merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan profesionalisme perawat/bidan di rumah sakit, terutama bila dilakukan secara konsisten. Juga bermanfaat untuk membangun pemahaman diantara perawat/bidan pelaksana terhadap tugas dan tanggung jawab dan standar dengan

pelaksanaan pelayanan yang dilakukan sehari-hari. Pelaksanaan DRK di RSUD Bina Sehat dapat digambarkan sebagai berikut :

a. Kebijakan dan Pendokumentasian DRK

Kebijakan rumah sakit tentang diskusi refleksi kasus belum tercantum dalam tata kelola rumah sakit, sehingga laporan kegiatan DRK belum tertata rapi. Yang kebetulan tercatat dapat dilihat di buku kegiatan ruangan, namun tidak mendetail termasuk tidak mencantumkan daftar hadir.

b. Kegiatan DRK di RSUD Bina Sehat

Seluruh ruangan sudah melaksanakan kegiatan DRK, hal ini terlihat dari jawaban dari salah satu informan :

"Kalau dilakukan sudah, kami biasanya menyebutnya 'sharing' bila ada yang menemukan satu kasus. Biasanya dilakukan perawat dalam satu shift. Tapi tidak terdokumentasi dengan baik, absensi maupun hasil diskusi. Hasil diskusi kami catat di buku masing-masing". (Informan 1)

Ada ruangan yang melakukannya secara rutin, namun rata-rata bersifat insidental. Seperti komentar beberapa informan:

"Selama ini pernah sih diskusi dengan kepala ruangan bila ada satu kasus". (Informan 8)

"Kalau kami yang rutin dilakukan satu bulan sekali membahas apa saja dengan staf, tapi bila diperlukan yang sifatnya insidental sering juga dilakukan." (Informan 3)

Informan menyadari pentingnya DRK dalam menambah wawasan dan sebagai pelajaran berdasarkan pengalaman diri dan rekan-rekannya, sehingga tampaknya sudah menjadi suatu kebutuhan :

"Banyak ya, yang jelas menambah wawasan tentang satu kasus, sehingga bisa jadi bahan pelajaran untuk kami. Dan pengalaman itu sangat berharga". (Informan 7)

" Yang jelas nambah wawasan. Ilmu bertambah, hal-hal yang keliru supaya tidak terulang kembali". (Informan 9)

Dari hasil FGD diketahui bahwa mereka belum menyadari pentingnya suatu pendokumentasian, sehingga apa yang telah mereka upayakan tidak begitu tampak hasilnya padahal sebenarnya kegiatan tersebut telah mereka kerjakan.

6.2.5 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap yang berisi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan/kebidanan serta respon pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Agar dokumentasi yang dibuat baik dan benar diperlukan pemahaman dan ketrampilan perawat/bidan dalam menerapkan standar dengan baik.

Dokumentasi tidak hanya merupakan catatan saja, tapi juga bermanfaat untuk melindungi pasien, perawat atau bidan secara sah, sehingga diharapkan perawat/bidan bekerja secara profesional sesuai standar.

Pemakaian format tertentu bisa tidak sama antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya tergantung pada kebutuhan dan kemudahan untuk dilaksanakan di institusi masing-masing.

Kegiatan pendokumentasian di RSUD Bina Sehat dapat digambarkan sebagai berikut :

a. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Terhadap ketersediaan dokumen, peneliti hanya melihat jumlah pemesanan buku status pasien yang berisi asuhan keperawatan dan jumlah pasien rawat inap, hasil temuan, masih cukup berimbang.

Mengenai status pasien semua menyatakan cukup di ruangan, tapi belum cukup pada lampiran atau lembar tertentu, seperti dikatakan oleh beberapa informan berikut:

"Kalau dokumen askep cukup, tapi ada yang masih kurang seperti lembar observasi dan buku timbang terima dengan petugas OK. Cara mengatasinya kami fotokopi sendiri." (Informan 1)

"Ada sebagian format yang masih kurang sehingga kami upayakan sendiri" (Informan 3)

Asuhan keperawatan yang digunakan masih menggunakan pedoman dari Depkes tentang dokumentasi asuhan keperawatan tahun 1997.

b. Sosialisasi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dari telaah dokumen didapat bahwa secara spesifik tidak ditemukan suatu pertemuan yang membahas khusus tentang askep tapi disinggung secara umum dalam rapat-rapat koordinasi yang diselenggarakan setiap bulan.

Dari hasil wawancara tentang kegiatan sosialisasi askep dikatakan oleh beberapa informan:

"Sudah dilakukan, berjenjang, jadi sosialisasi dengan kepala instalasi sampai ke kepala shift dan kepala tim. Selanjutnya kepala instalasi / kepala shift / kepala tim ke perawat pelaksana. Beberapa revisi asuhan keperawatan telah kami lakukan sehingga disesuaikan dengan kondisi yang ada". (Informan 11)

"Ya sudah dilakukan sosialisasi, sambil langsung dipraktekkan" (Informan 1)

c. Pengawasan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Pengawasan masih lemah terutama dari manajemen lini bawah yang langsung berhubungan dengan pelaksana. Alasan utamanya karena kesibukan di ruangan sehingga kontrol pendokumentasian Askep tidak dapat rutin dilakukan. Selain itu persepsi perawat pelaksana yang merasa hal tersebut tidak wajib diisi lengkap, yang terpenting order dokter telah berjalan.

Mengenai tidak lengkapnya pengisian dokumen, alasan yang dikemukakan menyangkut keterbatasan waktu, tenaga, tingkat kedisiplinan dan pengetahuan SDM, serta motivasi yang kurang, seperti kutipan wawancara berikut:

"Karena keterbatasan waktu dan tenaga sehingga terkadang teman-teman perawat belum menerapkan apa yang menjadi acuan dalam asuhan keperawatan. Jadi yang setahunya mereka saja. Kebanyakan memang mengerjakan apa yang menjadi order dokter." (Informan 7)

"Sepertinya menyangkut kedisiplinan dan motivasi SDM nya saja. Sebenarnya tidak sulit bila terus menerus digunakan". (Informan 9)

Ketika ditanya apa yang diharapkan sehingga pengisian dokumen asuhan tidak menjadi beban bagi perawat, mereka berharap agar format dibuat lebih sederhana dan simpel, seperti dikatakan oleh salah satu orang informan :

" Inginnya formatnya dipermudah karena tuntutan pekerjaan yang banyak, sehingga tidak sempat lagi mengisi dokumen secara lengkap" (Informan 7)

6.2.6 Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Masalah pada pendokumentasian di ruang kebidanan dan kandungan tidak jauh beda dengan ruang perawatan lainnya. Dapat digambarkan sebagai berikut :

a. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Bagian kebidanan belum memiliki format khusus, sehingga menggunakan format yang sama dengan bagian keperawatan.

Mengenai kecukupan berkas dokumentasi di ruangan, komentar dari salah satu informan :

"Untuk asuhan kebidanan kan belum ada format yang khusus, masih dalam tahap pembahasan, jadi masih memakai format yang lama, sedangkan untuk acuannya sudah ada beberapa yang dibuat". (Informan 8)

Terhadap dokumentasi kebidanan itu sendiri, pendapat informan :

"Kami menginginkan agar asuhan kebidanan memiliki format tersendiri dibedakan dengan keperawatan, karena ada kekhususan tersendiri, pemeriksaan lebih detail baik ibu dan bayi , belum lagi untuk pre dan pasca operasi. Tapi mereka juga meminta agar dibuat sederhana tapi tidak meninggalkan prinsip dasar. Usulan ini sudah sampai ke manajemen atas dan tahun ini rencana tersebut Insya Allah terealisasi." (Informan 5)

b. Pengawasan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Jawaban hampir sama dengan bagian keperawatan, pendapat dari salah satu informan :

"Di ruang kami sibuk sehingga tidak sempat mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan baik, kebanyakan mengerjakan order dokter , ditambah dengan tugas diluar pekerjaan kami yang cukup menyita waktu." (Informan 5)

Dari FGD diketahui bahwa sama halnya dengan ruang keperawatan, pengawasan masih lemah terhadap bidan pelaksana dalam mengisi dokumen asuhan kebidanan.

6.4 Kesiapan RSU Bina Sehat dalam Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat/Bidan

Untuk melihat status kesiapan RSU Bina Sehat, maka peneliti melakukan penilaian yang didasarkan pada prinsip penting terhadap faktor input dan proses yang tercantum dalam pedoman Depkes dan literatur lainnya, berdasarkan kriteria / rumusan yang telah disepakati sebelumnya. Hasilnya sebagai berikut :

TABEL 6.7 PENILAIAN KESIAPAN RSU BINA SEHAT DALAM PMK

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI (0-2)	TOTAL NILAI
Faktor Input			
I. Uraian Tugas			
1.	Realisasi uraian tugas	1	
2	Evaluasi uraian tugas & posisi klinik	0	
3	Kesesuaian posisi/jabatan dalam struktur organisasi	1	
	Jumlah nilai I		2
II. SOP			
4	Format SOP	1	
5	Sosialisasi	1	
6	Pengawasan	1	
	Jumlah nilai II		3
III. SAK/SAB			
7	Format SAK/SAB	1	

8	Sosialisasi	1	
9	Pengawasan	1	
	Jumlah nilai III		3
IV. Pelatihan			
10	Perencanaan	1	
11	Tindak Lanjut Pasca Pelatihan	1	
	Jumlah nilai IV		2
V. Sistem Penghargaan			
12	Kebijakan	1	
13	Motivasi kerja	0	
	Jumlah nilai V		1
VI. Indikator Kinerja			
14	Perancangan	0	
15	Penetapan	0	
	Jumlah nilai VI		0
Faktor Proses			
VII. Monitoring			
16	Perencanaan	1	
17	Implementasi	0	
18	Tindak lanjut	0	
	Jumlah nilai VII		1
VIII. Evaluasi			
19	Perencanaan	0	
20	Implementasi	0	
21	Tindak lanjut	0	
	Jumlah nilai VIII		0
IX. Pengelolaan Penyimpangan			
22	Kebijakan	0	
23	Pelaksanaan	1	

	Jumlah nilai IX		1
X. Diskusi Refleksi Kasus			
24	Jadwal	1	
25	Daftar Hadir	0	
26	Notulen	0	
	Jumlah nilai X		1
XI. Dokumen Asuhan Keperawatan			
27	Kelengkapan dokumen	1	
28	Pengawasan pendokumentasian	1	
	Jumlah nilai XI		2
XII. Dokumen Asuhan Kebidanan			
29	Kelengkapan dokumen	1	
30	Pengawasan pendokumentasian	1	
	Jumlah nilai XIII		2
	Total Nilai (I-XIII)		18

Dari hasil penghitungan di atas total nilai adalah 18, sehingga tingkat kesiapan RSU Bina Sehat adalah : $18 / 60 \times 100\% = 30\%$ termasuk dalam kategori **TIDAK SIAP** artinya saat ini RSU Bina Sehat belum dapat melaksanakan PMK perawat/bidan, perlu terlebih dahulu melakukan pembenahan / perbaikan sistem manajemen keperawatan/kebidanan yang sudah ada yang berhubungan atau mempengaruhi kinerja perawat/bidan maupun melalui peningkatan pengetahuan / ketrampilan melalui pelatihan-pelatihan, studi banding dan lain-lain.

Terhadap ketidaksiapan RSU Bina Sehat tersebut, 6 dari 7 peserta FGD di tingkat manajemen dan 4 dari 6 peserta di tingkat pelaksana menyatakan masih optimis bisa dilaksanakan dengan catatan memakan waktu yang cukup lama,

paling tidak mengatasi faktor input dan proses serta mengurangi berbagai hambatan yang akan terjadi bila Kepmenkes tersebut dilaksanakan.

Alasan peserta yang pesimis terhadap kemampuan RSUD Bina Sehat dalam mengimpelentasikan PMK adalah kondisi dan keadaan rumah sakit yang tidak mungkin lagi dapat diubah, *turn over* karyawan yang tinggi serta sarana dan prasarana yang tidak menunjang. Sedangkan peserta yang masih optimis PMK ini dapat dilaksanakan bahwa dengan adanya penelitian ini mereka berharap akan membuka wawasan, memotivasi pimpinan rumah sakit, *owner*, para manajer dan perawat/bidan pelaksana bahwa inilah gambaran kondisi yang terjadi saat ini, bahwa RSUD Bina Sehat harus mengalami perubahan dan perbaikan sedikit demi sedikit dengan mengacu pada hasil-hasil temuan penelitian.

6.4 Hambatan yang Mungkin Timbul Saat Implementasi PMK

Selain masih perlu diadakan pembenahan faktor input dan faktor proses yang cukup memakan waktu, pikiran dan tenaga maka dalam curah pendapat memunculkan beberapa faktor lain yang dapat menghambat implementasi PMK. yaitu :

1. Kurangnya dukungan terhadap program

Dukungan dari pimpinan, menurut peserta, merupakan hal yang paling utama dalam memulai suatu kegiatan / program. Dukungan dapat berupa kebijakan yang dikeluarkan dalam menggerakkan kegiatan tertentu, dukungan terhadap pemenuhan kebutuhan / kekurangan dan dukungan lain yang dapat memotivasi kerja karyawan. Berdasarkan hasil pendapat peserta, dukungan dari pimpinan harus pula diikuti dukungan seluruh staf, yang akan

melengkapi kelancaran program, sehingga akan menjadi lebih kuat karena semua staf merasa dilibatkan. Kurangnya keterlibatan dari staf selama ini hendaknya dapat diperbaharui pada masa yang akan datang.

2. Kurangnya Kualitas dan Kuantitas SDM

SDM merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan pelayanan dan pencapaian kinerja yang optimal. Sehingga baik kualitas dan kuantitasnya harus diperhitungkan dan direncanakan sebaik mungkin. Para peserta setuju bahwa hal ini harus mendapat porsi yang lebih besar dibandingkan dengan yang lain. Peningkatkan kemampuan SDM dengan cara mengikuti pelatihan baik klinis maupun manajerial.

3. Sarana dan prasarana

Tidak dapat ditampik, bahwa sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor yang menopang kelancaran dan keberhasilan pelayanan disamping SDM. Perhatian pimpinan terhadap kelengkapan sarana dan prasarana, menurut peserta, harus lebih ditingkatkan lagi.

4. Motivasi kerja

Motivasi kerja karyawan terutama perawat/bidan, menurut peserta FGD harus mendapat perhatian khusus, sebelum membudaya sehingga akan semakin sulit diberantas. Sifat malas, lemahnya semangat dan kepuasan kerja, membuat rumah sakit akan stagnasi, tidak ada kemajuan dari waktu ke waktu. Pencapaian pelayanan / kegiatan program tidak akan tumbuh bahkan

mungkin saja dapat mengalami kemunduran. Peserta FGD, menyarankan agar mencari solusi yang tepat dalam upaya meningkatkan motivasi dan semangat kerja karyawan terutama perawat/bidan dan lini manajemen.



Tabel 6.8. Hasil Penelitian dan Analisis Faktor Input

NO	FAKTOR INPUT	HASIL PENELITIAN	HASIL ANALISIS
1	Uraian tugas	Uraian tugas untuk perawat pelaksana di seluruh unit dapat dikatakan sudah lengkap, jelas dan secara teknis dapat dilaksanakan, demikian juga deskripsi pekerjaan untuk Kasi Keperawatan. Namun untuk kepala perawatan secara teknis sulit dilaksanakan. Kepala shift dan penanggung jawab masih perlu dipertimbangkan lagi keefektifannya bila tugas yang dilakukan masih belum fokus dan jelas. Secara struktur organisasi keua tim belum dimasukkan dalam bagan susunan organisasi keperawatan, sehingga perlu dipertimbangkan lagi untuk penjejanan karir perawat. Masih banyak tugas non keperawatan/kebidanan yang dilakukan oleh petugas sehingga tugas utamanya dalam pengasuhan pasien menjadi tidak berjalan optimal. Belum ada dokumen yang menunjukkan evaluasi terhadap uraian tugas dan beban kerja perawat/bidan dalam 3 tahun terakhir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uraian tugas baru sebagian yang terealisasi 2. Kegiatan belum fokus pada asuhan keperawatan, masih banyak tugas rangkap yang dikerjakan oleh petugas 3. Masih ada jabatan yang masih kosong atau belum tercantum dalam struktur organisasi 4. Evaluasi belum pernah dilaksanakan dalam 3 tahun terakhir
2	SOP	SOP yang telah dibuat sebanyak 116 (rawat jalan, rawat inap, OK dan IGD), pedoman pembuatan berasal dari berbagai sumber (buku pedoman bedah, Asuhan keperawatan, dll). Penulisan SOP belum lengkap serta belum memiliki format yang standar sehingga antara SOP satu dengan yang lain masih berbeda misalnya dalam penggunaan istilah dan tidak semua mencantumkan kebijakan rumah sakit yang terkait dengan SOP.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum ada format baku dan masih ada yang belum sesuai dengan standar pembuatan SOP 2. Sosialisasi masih bersifat pemberitahuan belum semua ruang aktif membahas SOP

NO	FAKTOR INPUT	HASIL PENELITIAN	HASIL ANALISIS
		Tidak ditemukan jadwal dan laporan sosialisasi SOP secara khusus. Beberapa sudah dilaksanakan, namun ada yang belum ditunjang dengan sarana atau alat yang tersedia. SDM yang memiliki pengetahuan yang cukup, trampil dan tingkat kedisiplinan dalam melaksanakan SOP perlu diperhatikan sehingga fungsi dari pengawasan dan bimbingan harus diatur dalam kebijakan RS.	3. Pengawasan masih lemah.
3	SAK/SAB	SAK pemenuhan kebutuhan dasar manusia telah tersedia lengkap, diluar itu telah dibuat 18 SAK/SAB (HCU, Bedah, PDL, Perinatologi, anak dan Obgin). Prioritas pembuatan berdasarkan penyakit terbanyak di ruangan. Penulisan SAK/SAB belum standar (belum ada kriteria outcomes dan kriteria struktur) sedangkan proses berdasarkan 5 tahap asuhan keperawatan. Jadwal / laporan sosialisasi secara khusus tidak ada. Pada umumnya pengawasan belum dilakukan secara optimal mengingat tuntutan pekerjaan non keperawatan/kebidanan yang cukup menyita waktu dan tenaga.	1. Belum ada format baku dan masih ada yang belum sesuai dengan standar pembuatan SAK/SAB 2. Sosialisasi masih bersifat pemberitahuan belum semua ruang aktif membahas SAK/SAB 3. Pengawasan masih lemah.
4	Pelatihan	Pelatihan yang terjadwal sudah dimasukkan dalam anggaran tahunan (seperti bedah dasar, PPGD), tapi diluar itu rata-rata masih bersifat insidental.. Rata-rata tiap tahun pelatihan/seminar yang diikuti perawat/bidan sebanyak 6-7 x pertemuan.	1. Belum dilakukan identifikasi kebutuhan dan prioritas pelatihan, sebagian besar masih bersifat insidental

NO	FAKTOR INPUT	HASIL PENELITIAN	HASIL ANALISIS
		<p>RS mewajibkan perawat/bidan yang telah ikut pelatihan melakukan sosialisasi kepada teman-teman sejawatnya yang lain (<i>in house training</i>), hal ini diketahui dari absensi dan hasil pertemuan . Belum ada prioritas pelatihan dan pengembangan SDM, lebih banyak bersifat insidentil, masih ditemui pelatihan yang belum dapat diaplikasikan mengingat ketersediaan sarana/alat yang belum siap. Sangat tergantung dari kondisi keuangan RS.</p>	<p>2. Tindak lanjut masih bersifat sosialisasi</p>
5	Sistem penghargaan	<p>Terdapat dalam buku Peraturan Kepegawaian RSU Bina Sehat tahun 2008. (Pasal Penghargaan atas masa bakti/prestasi karyawan)</p> <p>Catatan tentang penghargaan berupa piagam dan materi diberikan tiap tahun untuk karyawan teladan serta pemberian insentif untuk seluruh karyawan tiap 6 bulan berdasarkan kinerja. Masih belum dapat memberikan kepuasan karyawan dan belum dapat menjadi motivator dalam peningkatan kinerja karyawan.</p>	<p>1. Masih dirasakan belum sesuai dengan harapan perawat/bidan 2. Belum mempengaruhi motivasi kerja perawat/bidan</p>
6	Indikator kinerja	<p>Jadwal, pedoman dan dokumen lain tentang indikator kinerja belum ada. Masih membenahi manajemen dan administrasi, serta mengaktifkan fungsi-fungsi kepala instalasi dan koordinator.</p>	<p>Belum dilaksanakan</p>

Tabel 6.9. Hasil Penelitian dan Analisis Faktor Proses

NO	FAKTOR PROSES	HASIL PENELITIAN	HASIL ANALISIS
1	Monitoring	Rencana kegiatan, format dan hasil monitoring belum dikelola dan terdokumentasi dengan baik. Kegiatan monitoring masih bersifat umum. Pada level manajemen tengah dan teknis belum ada arahan yang jelas tentang kegiatan monitoring, belum terlibat dalam perencanaan dan belum ada ukuran keberhasilan target pelayanan sebagai bahan acuan dalam monitoring.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan monitoring masih bersifat umum 2. Jadwal monitoring belum dipatuhi oleh lini manajemen 3. Bimbingan dan arahan belum berjalan baik
2	Evaluasi	Rencana kegiatan, format dan hasil evaluasi belum dikelola dan terdokumentasi dengan baik. Evaluasi masih bersifat umum, terutama fokus pada masalah yang berhubungan dengan pelayanan dibahas dalam pertemuan lintas sektoral, belum ada evaluasi program secara lebih spesifik sehingga koordinasi level manajemen dan tindak lanjutnya belum berjalan optimal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan evaluasi masih bersifat umum 2. Belum terjadwal 3. Belum ada tindak lanjut 4. Bimbingan dan arahan belum berjalan baik
3	Pengelolaan penyimpanan	Belum ada kebijakan RS dan pedoman yang mengatur tentang pengelolaan penyimpanan yang melibatkan tim multidisiplin. Mekanisme pengelolaan penyimpanan masih menggunakan Etik Keperawatan. Ditemukan beberapa dokumen Surat Peringatan dan BAP terhadap perawat yang lalai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masih menggunakan etik keperawatan 2. Belum melibatkan tim multidisiplin

HASIL PENELITIAN		HASIL ANALISIS
NO	FAKTOR PROSES	
4	DRK	<p>Belum ada kebijakan RS tentang DRK.</p> <p>Tidak rutin didokumentasikan, masih tercantum di buku catatan. Absensi, waktu dan tempat tidak lengkap dicatat. Telah dilakukan di semua ruangan, hanya sebagian kecil yang melakukannya secara rutin, kebanyakan bersifat insidental.</p>
5	Dokumen asuhan keperawatan	<p>Mengikuti pedoman dari Depkes tahun 1997 berdasarkan 5 tahap asuhan keperawatan. Jumlah dokumen aspek cukup, kecuali untuk lampiran masih kurang. Sosialisasi dilakukan berjenjang dan melibatkan kepala perawat masing-masing. Sudah dilakukan di ruang masing-masing namun masih sedikit yang aktif. Hambatan pelaksanaan karena kesibukan di ruangan dan SDM yang belum termotivasi melaksanakannya. Usulan agar dibuat format yang lebih sederhana.</p>
6	Dokumen asuhan kebidanan	<p>Belum ada lembar khusus asuhan kebidanan. Menggunakan format yang sama dengan asuhan keperawatan. Jumlah dokumen cukup, kecuali lampiran masih ada yang kurang. Sosialisasi asuhan kebidanan secara khusus belum ada.</p>

NO	FAKTOR PROSES	HASIL PENELITIAN	HASIL ANALISIS
		<p>Asuhan kebidanan diusulkan dibuat tersendiri, dan sederhana guna memudahkan pengisian, mengingat kesibukan di ruangan. Tugas diluar deskripsi pekerjaan cukup menyita waktu, sehingga sistim pendokumentasian asuhan kebidanan dan pengawasan belum berjalan dengan baik</p>	

c. Tugas Manajemen

Pengaturan manajemen tentang pelaksanaan asuhan kebidanan, melalui pertemuan khusus diluar asuhan keperawatan, karena spesifikasi pasien yang berbeda dengan pasien umum. Selain melibatkan tenaga medis obstetri dan ginekologi, juga perlu dipikirkan pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal bagi tenaga bidan yang belum kompeten dari segi kemampuan klinis maupun manajerial.

7.3 Kesiapan RSUD Bina Sehat

Hasil dari penilaian kesiapan rumah sakit dalam Pengembangan Manajemen dan Kinerja Perawat/bidan menunjukkan bahwa RSUD Bina Sehat termasuk dalam kategori tidak siap, artinya PMK belum dapat dilaksanakan atau persentase kesiapan baru mencapai 30%. Manajemen keperawatan/kebidanan yang berlangsung saat ini belum dapat mengoptimalkan kinerja perawat/bidan, sehingga harus diadakan pembenahan dan introspeksi lebih lanjut, selain itu juga kelengkapan administrasi, kecukupan SDM perlu dikedepankan, hal ini memerlukan waktu yang cukup lama. Dari hasil FGD, para peserta menanggapi permasalahan yang cukup kompleks di RSUD Bina Sehat, yaitu selain membenahi faktor input dan proses, diusulkan melalui 10 langkah yang perlu dipertimbangkan dalam upaya percepatan pembenahan manajemen dan kinerja perawat/bidan, sebagai berikut :

BAB VII

PEMBAHASAN

Seperti yang dikemukakan oleh James AF Stoner bahwa manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pengelolaan manajemen rumah sakit sangatlah kompleks mengingat didalamnya merupakan gabungan dari berbagai keahlian, kegiatan, keuangan, pemasaran, dll dengan risiko keamanan dan keselamatan yang tinggi, perubahan pengetahuan dan teknologi yang cepat sehingga harus dikelola secara profesional dan memerlukan waktu, pikiran dan tenaga yang lebih dibandingkan dengan usaha jasa lainnya.

Secara umum manajemen khususnya keperawatan di RSUD Bina Sehat belum dikelola dengan baik dan belum mencapai hasil yang optimal. Pembinaan harus segera dilakukan secara bertahap dengan menetapkan tujuan apa yang ingin dicapai, menetapkan prioritas dan membuat perencanaan yang matang dan dapat dilaksanakan. Arah/alur proses setiap program harus dibuat agar koordinasi dan kerjasama lintas ahli dan lintas sektor dapat berjalan lebih jelas dan terarah.

Beberapa faktor yang dijadikan dasar/pedoman dalam memajemen kinerja perawat/bidan telah dibuat oleh Departemen Kesehatan melalui Kepmenkes RI No. 836/Menkes/SK/VI/2005. Pelaksanaan dan pengembangan manajemen tergantung pada kondisi rumah sakit bersangkutan. Peneliti menelaah beberapa hasil temuan lapangan di

RSU Bina Sehat, dan mengetengahkan alternatif solusi yang mungkin dapat dipertimbangkan oleh pihak manajemen.

7.1 Faktor Input

7.1.1 Uraian tugas

a. Realisasi Uraian Tugas

Wilayah tanggung jawab dan tugas kepala perawatan dilihat dari deskripsi pekerjaannya terlalu luas sehingga ada yang tidak dapat dikerjakan seperti visite dokter yang akhirnya dilaksanakan oleh perawat/bidan yang ada pada saat itu. Untuk mentolerir hal tersebut menurut peneliti sebaiknya setiap ruang rawat inap dipegang oleh seorang kepala ruangan saja (menggantikan penanggung jawab dan ketua tim), sedangkan kepala shift mungkin lebih bermakna bila digantikan dengan pengawas perawatan (supervisor).

Sedangkan deskripsi pekerjaan untuk kepala shift, ada beberapa yang perlu ditelaah kembali seperti merencanakan jumlah ketenagaan pada saat jaga shift dan kebutuhan peralatan, hal ini tidak realistis dilakukan karena jadwal dinasnya berubah setiap minggu, lebih efektif hal ini dikelola langsung oleh kepala perawatan instalasi, atau bila ada, kepala ruangan. Keefektifan Kepala shift pagi sebenarnya perlu ditinjau lagi, karena sudah ada kepala perawatan instalasi di pagi hari, akan lebih baik bila dibagi menjadi kepala shift sore, malam dan hari libur.

Pelaksanaan tugas secara teknis juga tergantung pada pengaturan tata letak ruang perawatan, hal ini dapat menentukan kinerja seseorang. Bila tidak layak justru

akan menambah beban petugas dan pekerjaan menjadi tidak terarah terutama kepala perawatan yang memiliki tugas dan tanggung jawab yang paling besar. Sehingga terhadap tata letak ruang rawat RSUD Bina Sehat akan lebih baik bila unit yang sama terletak di lantai yang sama, sehingga seluruh kegiatan akan mudah dikontrol.

Deskripsi pekerjaan yang jelas, spesifik untuk suatu pekerjaan tertentu, dan memiliki garis koordinasi yang jelas diharapkan dapat mengoptimalkan kemampuan karyawan, namun bila tidak spesifik dan tumpang tindih dengan tugas yang lain justru akan menyulitkan koordinasi dan keberhasilan pencapaian suatu tugas dan tanggung jawab. Uraian tugas menjadi tidak berguna, tidak bermanfaat bila tidak sesuai dengan keadaan yang ada. Sehingga evaluasi, dan pembaharuan terhadap uraian tugas sangat penting dilakukan dalam memberikan kenyamanan dan kepuasan kerja perawat/bidan.

b. Evaluasi Uraian Tugas dan Posisi Klinik

RSUD Bina Sehat, tampaknya belum mengoptimalkan uraian tugas sebagai sesuatu yang patut diperhitungkan untuk diaplikasikan di lapangan. Misalnya penanggung jawab asuhan keperawatan membawahi unit-unit penyakit dalam, bedah, anak dan HCU. Masing-masing unit memiliki kebutuhan dan karakteristik tersendiri, akan sulit menguasai atau menggali suatu permasalahan dalam banyak bidang. Jadi sebaiknya tidak terlalu menyebar di berbagai unit tapi bila terfokus akan lebih baik. Uraian tugas atau deskripsi pekerjaan memiliki fungsi yang cukup berperan dalam menentukan dan mengembangkan kinerja perawat/bidan, terutama di

saat memulai suatu pekerjaan. Hendaklah deskripsi pekerjaan tidak hanya sebagai persyaratan administrasi semata, namun difungsikan sebagai ukuran keberhasilan karyawan dalam mengemban tugas dan tanggung jawabnya, dan bila berhasil sebaiknya diberikan penghargaan, namun bila sebaliknya akan mendapat teguran atau hukuman. Untuk itu evaluasi terhadap uraian tugas dan posisi klinik sebaiknya dilakukan setiap 6 bulan atau minimal 1 tahun sekali. (Modul Pelatihan Ketrampilan Manajerial, 2002)

Dengan evaluasi dan pemberian tugas yang tepat kepada orang yang tepat, maka perawat/bidan dapat bekerja sesuai dengan kemampuannya, bersikap lebih profesional, melaksanakan asuhan keperawatan secara baik dan akan lebih memperhatikan kualitas layanan, pengawasan dan penilaian kinerja perawat akan lebih mudah.

Demikian pula tugas non keperawatan harus dibatasi dan diberikan kepada orang yang tepat. Seperti mengantar pasien, mengambil obat diberikan kepada pekary/ Pembantu Orang Sakit (POS), hitungan biaya diserahkan ke kasir, pengantar / pengecekan obat dilakukan oleh petugas farmasi.

c. Posisi Jabatan dalam Struktur Organisasi

Keefektifan tugas harus diperhitungkan karena akan berguna dalam pengembangan rumah sakit terutama sumber daya manusianya. Bila terlalu banyak penanggung jawab tapi tidak fokus maka hasil yang dicapai tidak akan optimal. Menurut peneliti, dalam struktur keperawatan harus dirancang seefektif mungkin,

seperti kepala shift, penanggung jawab dan ketua tim cukup digantikan dengan kepala ruangan.

Jenjang karir harus diperhitungkan untuk profesi perawat/bidan, hal ini dapat terlihat dari struktur organisasi perawatan secara umum maupun di unit masing-masing. Ketidakjelasan status sebenarnya merugikan perawat/bidan, seperti Ketua Tim yang belum terdapat di struktur organisasi sehingga akan mengakibatkan ketidakjelasan dalam penjenjangan karirnya. Semestinya ada timbal balik antara pekerja dan pemilik rumah sakit. Hal ini harus menjadi perhatian bagi Komite Keperawatan rumah sakit.

d. Upaya Mengoptimalkan Kinerja Perawat/Bidan Melalui Uraian Tugas

Upaya yang diusulkan peneliti terhadap pihak manajemen RSUD Bina Sehat dalam mengoptimalkan kinerja perawat/bidan :

1. Menilai kembali sejauh mana deskripsi pekerjaan dapat dikerjakan di lapangan
2. Menghitung beban kerja perawat/bidan
3. Melakukan perbaikan menyangkut deskripsi pekerjaan atau menempatkan SDM pada pekerjaan yang lebih sesuai

7.1.2 SOP (*Standar Operating Procedure*)

a. Keterlibatan Semua Lini Manajemen dan Multidisiplin dalam Menetapkan SOP

Membuat prioritas SOP harus melalui kesepakatan bersama, sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, urgensi masalah dan menyangkut keselamatan baik bagi pasien maupun petugas serta lingkungan. Hal ini harus disertai dengan kebijakan Rumah Sakit sebagai landasan bagi pembuatan SOP. Tampaknya hal ini belum dilaksanakan secara keseluruhan, terbukti saat telaah SOP hanya ada beberapa saja yang mencantumkan kebijakan.

b. Perbaiki Format SOP

Format yang digunakan sebaiknya dibakukan dengan menggunakan istilah yang sama sehingga mempermudah pengerjaan dan tersusun dengan rapi, demikian pula tambahan dari beberapa bagian dari SOP yang belum dicantumkan seperti aliran proses dan prosedur SOP.

b. Pengelolaan dan Pengawasan SOP

Kesesuaian SOP hendaknya terus menerus dilakukan tanpa meninggalkan prinsip-prinsip dasar. Kepala perawatan instalasi, koordinator atau kepala shift harus memunculkan SOP dan mengajak stafnya untuk menerapkannya dalam setiap tindakan, karena bila tidak demikian maka SOP akan menjadi tumpukan bahan saja di lemari tanpa diaplikasikan. Di RSUD Bina Sehat hanya sebagian kecil saja kepala perawatan yang melakukan simulasi dan memotivasi stafnya untuk terus

meningkatkan ketrampilan dalam menerapkan SOP. Ke depan tampaknya hal ini menjadi perhatian bagi pihak manajemen RSUD Bina Sehat. Rumah sakit harus mendukung penyediaan sarana atau alat kesehatan agar SOP dapat dijalankan.

Dalam hal pengawasan terhadap setiap tindakan keperawatan /kebidanan, hendaklah lebih ditingkatkan lagi, agar petugas dapat lebih berhati-hati dan lebih termotivasi untuk bekerja sesuai dengan standar. Kesadaran dan persepsi pentingnya penggunaan standar harus terus disosialisasikan.

d. Peningkatan Kinerja dengan SOP

Selain untuk kepentingan keamanan dan keselamatan pasien dan petugas, SOP akan meningkatkan kualitas pelayanan. Kinerja perawat otomatis akan bertambah baik seiring dengan bertambahnya SOP yang diterapkan di rumah sakit. Sehingga kualitas dan kuantitas SOP yang dibuat menjadi sangat penting, untuk itu proses pembuatan SOP hendaknya mendapat perhatian dari semua lini manajemen. Keterlibatan dan koordinasi manajemen belum menampakkan hasil yang optimal berdasarkan temuan di lapangan. Sifat kepemimpinan mungkin perlu dikembangkan lebih jauh.

7.1.3 SAK/SAB (Standar Asuhan Keperawatan/Standar Asuhan Kebidanan)

a. Keterlibatan Semua Lini Manajemen Keperawatan/Kebidanan dan Multidisiplin dalam Membuat SAK/SAB

Sama halnya dengan SOP, SAK/SAB perlu melibatkan lini manajemen dan beberapa keahlian. Pembuatan prioritas SAK/SAB ditentukan melalui rapat manajemen keperawatan/kebidanan dengan mempertimbangkan beberapa hal seperti faktor urgensi, beratnya kasus atau banyaknya kasus yang ditemui, serta ketersediaan sarana dan alat. Lebih efektif bila dilakukan secara terencana / terjadwal.

b. Format SAK/SAB

Usulan tentang format standar asuhan keperawatan yang sederhana dan mudah dikerjakan tampaknya perlu ditanggapi dengan segera, tentu saja dengan tidak mengabaikan prinsip-prinsip dasar. Asuhan kebidanan dibuat khusus sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

c. Pengelolaan dan Pengawasan SAK/SAB

Penerapan SAK/SAB hendaknya dibudayakan di RSU Bina Sehat, caranya dengan menggunakan SAK/SAB pada setiap kesempatan, hal ini disadari memerlukan waktu dan tenaga yang cukup besar. Diskusi-diskusi harus terus dilaksanakan, hubungan interpersonal dipererat sehingga dapat saling memberikan masukan dan teguran.

Pengawasan dan pembenahan dilakukan secara terus menerus sehingga dapat menjamin bahwa SAK/SAB benar-benar dapat dilaksanakan.

d. Peningkatan Kinerja dengan Penerapan SAK/SAB

Perawat/bidan yang bekerja dengan mengikuti standar asuhan keperawatan/kebidanan otomatis memiliki ketrampilan, pengetahuan dan kinerja yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang melakukannya secara setengah-setengah. Waktu yang diberikan untuk pasiennya pasti lebih banyak, dan pasien merasa nyaman dan diperhatikan dengan lebih baik.

7.1.4 Pelatihan

a. Perencanaan Pelatihan

Pelatihan baik diluar maupun di dalam rumah sakit merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan akhirnya berpengaruh pada kualitas layanan. SDM merupakan aset yang dimiliki rumah sakit yang paling berharga untuk mendatangkan pasien untuk berobat ke rumah sakit. Walaupun setiap tahun anggaran RSUD Bina Sehat mengirimkan perawat/bidan untuk mengikuti pelatihan, namun belum memiliki kebijakan yang jelas dalam pengembangan SDM. Untuk ke depan sebaiknya mulai dilakukan identifikasi dan prioritas kebutuhan SDM, sehingga pelatihan yang diikuti dapat bermanfaat seiring dengan kemajuan rumah sakit.

Yang harus diperhitungkan dalam mengirimkan petugas untuk mengikuti pelatihan adalah kesesuaian antara materi/ tujuan pelatihan dengan kondisi dan tersedianya alat serta nilai kemanfaatannya. Termasuk menunjuk petugas yang akan dikirim ke pelatihan. Hal ini untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi dana yang digunakan.

b. Tindak Lanjut Pasca Pelatihan

Pihak manajemen RSUD Bina Sehat sebaiknya mengevaluasi pelatihan yang pernah diikuti sampai sejauh mana dapat diterapkan. Dari wawancara ditemui beberapa pelatihan yang tidak dapat diaplikasikan karena belum tersedianya alat atau tidak tepat memilih peserta pelatihan.

Upaya mengikutsertakan perawat/bidan seharusnya dapat dianggarkan setiap tahun melalui pelatihan di luar rumah sakit, namun karena keterbatasan dana maka upaya untuk menyebarluaskan informasi pasca pelatihan telah dilakukan secara rutin oleh manajemen RSUD Bina Sehat, *in house training* harus dipertahankan dan ditingkatkan dengan pengawasan kinerja perawat/bidan pelaksana.

Penyesuaian terhadap uraian tugas, SOP dan SAK/SAB dilakukan sebagai salah satu upaya untuk mempertahankan kinerja perawat/bidan yang telah mengikuti pelatihan.

7.1.5 Sistem Penghargaan

a. Objektivitas Penilaian Kinerja Perawat/Bidan

Usulan dari berbagai elemen baik tingkat manajemen tengah dan teknis serta pelaksana bahwa sistem penghargaan di RSUD Bina Sehat hendaklah lebih objektif dan berkeadilan. Sistem penghargaan yang berjalan belum dapat memicu semangat atau memotivasi kerja petugas. Seperti yang dikatakan oleh salah satu Kasi bahwa sangat sulit untuk memuaskan semua pihak. Hal itu memang benar tapi profesionalisme perawat/bidan sepatutnya lebih diperhitungkan. Citra rumah sakit, kepuasan pasien lebih banyak dilakukan oleh perawat/bidan dibandingkan dengan profesi lainnya disamping tenaga medis. Jumlah nominal tidak terlalu menjadi pokok permasalahan karena mereka menyadari hal itu tergantung keuangan rumah sakit, namun bagaimana penilaian itu menjadi lebih bijak itulah yang patut diperhatikan.

b. Upaya agar Karyawan Termotivasi

Usulan peneliti adalah meninjau kembali cara penghitungan insentif berdasarkan kinerja, upayakan dapat menjembatani antara kepentingan karyawan (terutama memilah antara pelayanan dan non pelayanan) dan tuntutan rumah sakit, memberikan kesempatan yang lebih luas terhadap perawat/bidan untuk berprestasi dengan pemilihan khusus paramedis teladan disamping profesi lainnya. Hal tersebut akan menambah semangat kerja dan motivasi perawat/bidan dalam

meningkatkan kinerjanya. Juga tidak ada salahnya bila seiring dengan meningkatnya jumlah kunjungan maka besaran nilai insentifnya ditingkatkan.

7.1.6 Indikator Kinerja

a. Perancangan Indikator Kinerja

Indikator kinerja berfungsi sebagai acuan untuk mengukur kinerja perawat dan bidan dan menilai keberhasilan suatu kegiatan atau program, secara lebih terstruktur, lebih akurat, mudah dalam pengerjaan.

Indikator kinerja belum tersentuh sama sekali oleh pihak manajemen rumah sakit baik oleh keperawatan maupun medis. Untuk saat ini seharusnya sudah menjadi bahan pertimbangan pimpinan dan manajer untuk segera merencanakan dan membuat indikator kinerja secara bertahap.

Untuk tahap awal, maka penyamaan persepsi terhadap indikator kinerja harus dilakukan, kemudian melakukan rancangan/perencanaan dengan menetapkan tujuan, selanjutnya membuat tahap-tahap pembuatan indikator kinerja. Kerja sama dan koordinasi lintas sektor dan multidisiplin harus terjalin dengan baik agar kegiatan memiliki nilai manfaat yang optimal.

b. Penetapan Indikator Kinerja

Rapat koordinasi lintas sektoral khusus mengidentifikasi permasalahan yang berkembang di rumah sakit, kemudian menetapkan indikator kinerja yang disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan rumah sakit dengan berbagai keahlian

serta teknis pelaksanaannya. Mengidentifikasi indikator yang tepat untuk suatu tindakan klinis memerlukan pertimbangan yang selektif, sehingga apa yang akan dimonitor dan dievaluasi akan menjadi jelas bagi kedua belah pihak.

7.2 Faktor Proses

7.2.1 Monitoring

a. Perencanaan Monitoring yang Lebih Terarah

Pada dasarnya monitoring mencakup seluruh program yang sedang berjalan. Namun untuk lebih efektif dan efisiensi waktu dan tenaga, dan menampakkan hasilnya maka sebelum proses monitoring, harus melakukan identifikasi masalah keperawatan/kebidanan yang timbul, langkah korektif apa yang akan diambil, bagaimana mengukur pencapaian sasaran/target serta mengkaji kecenderungan status kesehatan pasien yang mendapat pelayanan.

Monitoring yang dilakukan di RSUD Bina Sehat masih belum terarah dan belum menampakkan hasil yang optimal. Apa yang menjadi tujuan monitoring serta apakah telah mencapai target program tampak belum jelas. Dari temuan lapangan pada umumnya manajemen lini bawah belum mengetahui langkah-langkah monitoring yang selanjutnya mereka kerjakan, belum ada pengarahan dari atasan dan belum adanya *role model* merupakan alasan mereka sehingga belum mengetahui langkah-langkah tersebut. Hal ini bagi peneliti merupakan masukan yang berharga bagi RSUD Bina Sehat untuk lebih melibatkan semua lini manajemen dalam menjalankan program sehingga koordinasi dan tujuan program dapat tercapai.

b. Implementasi Monitoring yang Realistis

Implementasi monitoring haruslah realistis dan dapat dikerjakan di seluruh lini manajemen, karena merupakan kesepakatan bersama. Data yang dikumpulkan tidak perlu terlalu berlebihan, berikan *feedback* pada waktu tertentu dan menggunakan laporan yang mudah dimengerti.

Pembagian tugas dan tanggung jawab terhadap monitoring harus diatur secara transparan sehingga proses monitoring dapat benar-benar dijalankan. Proses monitoring tidak dijalankan secara sempurna dalam waktu cepat tapi memerlukan proses belajar yang terus menerus.

c. Tindak Lanjut Monitoring

Pada setiap kegiatan termasuk monitoring hasilnya harus ditindaklanjuti agar dapat memberikan hasil yang nyata, yaitu dengan meningkatnya kinerja karyawan, meningkatnya kunjungan atau kepuasan pasien. Tanpa tindak lanjut, permasalahan tidak akan pernah selesai. Dan ini tentu saja sangat tergantung pada keaktifan pihak manajemen.

Seorang manajer selain konseptor juga memiliki kemampuan membimbing (*coaching*) terhadap staf manajemen di bawahnya. Sebagai panutan seorang manajer harus belajar banyak sehingga dapat mengendalikan dan memimpin stafnya. Bagi peneliti hal itu juga harus dimiliki oleh manajer di RSUD Bina Sehat dalam menjalankan program monitoring.

7.2.2. Evaluasi

a. Perencanaan Evaluasi yang Lebih Terarah

Evaluasi merupakan upaya untuk melihat keseluruhan kegiatan atau suatu program. Pada tahap awal tentukan dulu apa yang menjadi target evaluasi, nilai ukur, *tools* serta pembagian tugas dan tanggung jawab, menentukan jadwal proses evaluasi serta pembahasannya dan *feedback* dalam pertemuan/rapat tingkat manajerial. Kematangan dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan proses evaluasi dan tentu saja termasuk komitmen bersama untuk memajukan rumah sakit.

Perencanaan dibuat secara matang dan teliti, sehingga hambatan yang mungkin timbul akan dapat diprediksi dan ditekan seminimal mungkin.

b. Implementasi Evaluasi yang Realistis

Sama halnya dengan monitoring, evaluasi hendaklah sederhana, khusus dan jelas. Format evaluasi dibuat tidak terlalu rumit, namun realistis untuk dikerjakan.

c. Tindak Lanjut Evaluasi

Selain perencanaan yang matang dan implementasi yang dijalankan dengan kedisiplinan, maka tahap selanjutnya adalah menindaklanjuti hasil evaluasi suatu program. Evaluasi dilakukan sesuai dengan konsep yang telah dirancang, melibatkan pihak yang terkait. Tanpa kerja sama, keberhasilan suatu program tidak akan berhasil.

Seorang manajer harus peka terhadap gejala/issue yang berkembang di lapangan, yang dirangkum dalam suatu konsep program. Hubungan baik dan komunikasi yang lancar merupakan modal dasar bagi seorang manajer dalam mengajak stafnya untuk bekerja sama dan melaksanakan kegiatan yang harus dikerjakan. Sehingga seorang manajer di RSUD Bina Sehat harus memiliki kepekaan yang tinggi, memupuk hubungan interpersonal, berpengetahuan dan menjadi panutan bagi stafnya.

7.2.3 Pengelolaan Penyimpangan

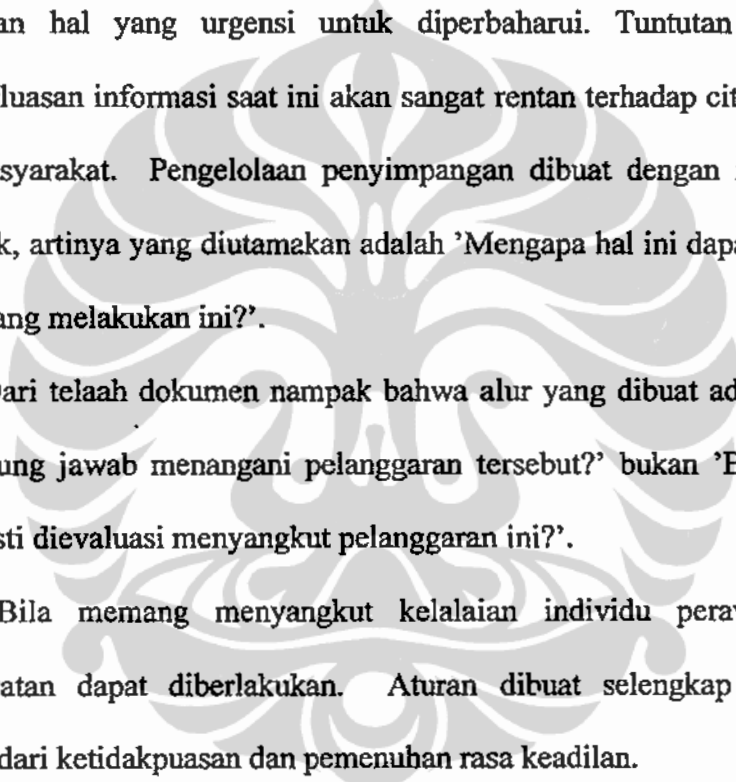
a. Kebijakan RS tentang Pengelolaan Penyimpangan

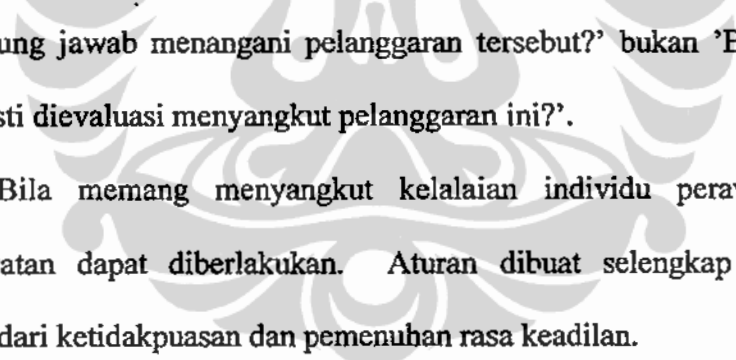
Pengelolaan penyimpangan sebaiknya berbentuk tim dari berbagai lini baik tingkat manajemen maupun klinisi, karena kelalaian atau penyimpangan terhadap standar harus diketahui dan menjadi tanggung jawab bersama, penanganannya harus dilakukan secara teliti, menyeluruh dan objektif, karena kesalahan dapat disebabkan oleh berbagai hal sehingga penanganannya tidak hanya dari kalangan perawat saja namun melibatkan berbagai komponen dan keahlian. Karena menyangkut keselamatan pasien, maka penanganan harus segera ditindaklanjuti.

Dukungan dari pimpinan rumah sakit berupa kebijakan tentang pengelolaan rumah sakit serta keterlibatan Komite Medik dan Komite Keperawatan sangat mendukung upaya pembentukan tim pengelolaan

penyimpangan. Hal ini nampaknya baru akan dijalankan RSUD Bina Sehat dalam tahun ini.

b. Pelaksanaan Pengelolaan Penyimpangan

Pengelolaan penyimpangan bagi peneliti dan seluruh informan merupakan hal yang urgensi untuk diperbaharui. Tuntutan dan mudahnya penyebarluasan informasi saat ini akan sangat rentan terhadap citra rumah sakit di mata masyarakat. Pengelolaan penyimpangan dibuat dengan mekanisme yang lebih baik, artinya yang diutamakan adalah 'Mengapa hal ini dapat terjadi?' bukan 'Siapa yang melakukan ini?'.


Dari telaah dokumen nampak bahwa alur yang dibuat adalah 'Siapa yang bertanggung jawab menangani pelanggaran tersebut?' bukan 'Bagian mana saja yang mesti dievaluasi menyangkut pelanggaran ini?'.


Bila memang menyangkut kelalaian individu perawat, maka Etik Keperawatan dapat diberlakukan. Aturan dibuat selengkap mungkin untuk menghindari ketidakpuasan dan pemenuhan rasa keadilan.

7.2.4 Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

a. Pendokumentasian DRK

Kegiatan pendokumentasian nampaknya belum menjadi bagian penting rumah sakit. Beberapa manfaat pendokumentasian adalah sebagai sumber informasi dan sarana pendidikan serta sebagai salah satu sarana penilaian kinerja.

Informasi yang didapat dari dokumentasi digunakan sebagai bahan perencanaan dan untuk menindaklanjuti fenomena yang terjadi. Suatu kegiatan juga tidak dapat dipantau kemajuannya bila tidak didokumentasikan.

Pendokumentasian hendaknya lebih dibenahi lagi, banyak manfaat yang bisa diambil dari hal ini selain untuk kepentingan hukum dan pembelajaran / penelitian juga dapat dipakai sebagai bahan penilaian kinerja kepala perawatan / instalasi dan merupakan salah satu pertimbangan promosi jabatan.

b. Pelaksanaan DRK

Tanggung jawab profesi akan tumbuh dan terbina secara tidak langsung dalam kegiatan DRK, seluruh informan menyadari pentingnya DRK, karena tindakan keperawatan sangat rentan dengan kesalahan mulai dari resiko ringan hingga dapat mencederai bahkan menimbulkan kematian pasien. DRK sebagai media dalam memupuk profesionalisme berdasarkan penerapan teori, pengalaman dan penggunaan standar pelayanan. Media ini belum begitu dimanfaatkan, hal ini berdasarkan temuan lapangan bahwa kepala perawatan/koordinator sebagian besar melakukannya dalam keadaan insidental saja. yang seharusnya dilakukan secara rutin minimal 1 bulan sekali, artinya DRK baru dilakukan bila terjadi "sesuatu", sedangkan DRK sendiri tidak hanya mendiskusikan hal yang buruk, tapi juga pengalaman yang baik.

c. Langkah yang Ditempuh Manajemen Rumah Sakit

Menurut peneliti hal yang mesti dilakukan bagi pihak manajemen adalah mengusulkan pimpinan rumah sakit untuk membuat suatu kebijakan dan tata kelola tentang kegiatan DRK, seperti bagaimana bentuk kegiatan DRK, kapan dilaksanakan, bagaimana pendokumentasiannya, bagaimana tindak lanjutnya dll.

7.2.5 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

a. Kelengkapan dokumen

Dari hasil di lapangan bahwa jumlah status pasien dan dokumentasi asuhan keperawatan mencukupi, namun belum pada lembar tambahan, seperti lembar observasi dan buku laporan. Hal ini patut menjadi perhatian karena bila sarana belum lengkap tetap akan menjadi hambatan dalam bekerja.

b. Pengawasan Pendokumentasian Askep

Sebelum pengawasan terhadap pendokumentasian dilakukan, sebaiknya diidentifikasi terlebih dahulu apa kesulitan dalam pelaksanaan pendokumentasian. Bila menyangkut teknis, maka perlu dilatih secara bertahap atau diperagakan sehingga dapat menjadi contoh untuk dipraktekkan langsung ke pasien.

Selain itu, yang dapat ditangkap dari peneliti dari berbagai sumber, hambatan baik pendokumentasian maupun pengawasan adalah karena tuntutan kerja yang tinggi di ruang rawat, terutama kegiatan non keperawatan/kebidanan

yang menjadi alasan utama, kemudian dari SDM nya sendiri belum trampil dan belum memiliki pengetahuan yang cukup tentang asuhan. Motivasi untuk mengatasi kekurangan tersebut masih rendah, disamping format isian pendokumentasian, menurut mereka terasa masih merepotkan.

Hambatan ini harus segera mendapat tanggapan dari pimpinan dan manajerial atas, karena bila berjalan terus akan mengakar dan membudaya, yang semakin lama semakin sulit diperbaiki. Perubahan harus segera dilakukan secara bertahap dan dimulai dari hal yang kecil.

Bila hambatan ini sudah teratasi maka pengawasan atau kontrol terhadap pendokumentasian harus segera dilaksanakan. Pendokumentasian dapat menjadi bahan penilaian kinerja perawat.

c. Tindakan Manajemen Keperawatan

Tugas manajemen salah satunya adalah konseptor yaitu bagaimana kegiatan asuhan ini dapat berjalan lancar dan baik. Rapat koordinasi sebagai langkah awal pembenahan diperlukan sebagai media komunikasi antar manajemen dan pimpinan rumah sakit untuk membuat suatu rencana dan pengaturan di masing-masing lini manajemen. Semua harus terlibat dan masing-masing memiliki porsi secara jelas tentang tugas dan tanggung jawabnya dalam pembinaan dan pengawasan asuhan. Evaluasi sebagai bagian dari perencanaan harus benar-benar dilaksanakan, bila tidak maka yang menjadi tujuan manajemen tidak akan mencapai hasil sesuai rencana. Evaluasi tidak hanya dilakukan satu

kali, tapi terus menerus dilakukan sambil membenahi kekurangan sesuai kondisi lapangan.

7.2.6 Dokumentasi Asuhan Kebidanan

a. Kelengkapan Dokumen

Untuk dokumentasi asuhan, bagian obgin menggunakan format asuhan yang sama dengan asuhan keperawatan, format asuhan kebidanan sendiri belum ada. Seperti ruang rawat lain, ada lembar lampiran yang masih kurang seperti lembar partograf. Hal ini juga cukup mengganggu bila tidak segera diatasi oleh bagian pengadaan barang.

b. Pengawasan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Sama dengan ruang rawat lainnya, masih sedikitnya penggunaan standar asuhan kebidanan, karena tuntutan kerja yang tinggi, motivasi kurang, kemampuan SDM kurang dan pengisian format asuhan masih menjadi beban bagi mereka, sehingga diusulkan untuk merubah teknis pengisian menjadi lebih mudah. Hambatan ini sedikit demi sedikit diatasi, agar pengawasan dapat berjalan efektif.

Pengawasan terhadap pendokumentasian asuhan kebidanan sama halnya dengan asuhan keperawatan, harus dilakukan secara rutin, sehingga pelaksana akan termotivasi untuk melakukan yang terbaik. Penilaian kinerja bidan dapat diambil dari kelengkapan pengisian asuhan.

1. Struktur Organisasi RS dan Instalasi

Pada tahap awal struktur organisasi RSU Bina Sehat harus diperbaiki dan ditinjau ulang. Kepala bidang yang belum terisi yaitu Kabid Pelayanan Medik dan PKMRS, hendaknya segera diisi dengan menunjuk orang yang berkompeten di bidangnya. Garis komando dan garis koordinasi harus disesuaikan dengan kedudukan, tugas dan tanggung jawab masing-masing.

Bila struktur organisasi RS sudah sesuai maka pembenahan dilanjutkan terhadap struktur di setiap instalasi. Pertimbangkan efektifitas, realitas dan spesifikasi pekerjaan serta jenjang karir perawat/bidan yang berada pada posisi struktural. Sesuaikan antara yang tercantum pada struktur dengan kenyataan di lapangan, artinya semua yang memegang jabatan tertentu harus dimasukkan dalam struktur atau sebaliknya.

Bila inipun sudah berjalan baik, maka ruang / unit masing-masing dapat membuat struktur organisasinya.

2. Kebijakan Pimpinan Rumah Sakit

Kebijakan pimpinan rumah sakit merupakan salah satu bentuk dukungan terhadap semua kegiatan atau program yang akan dikerjakan. Hal ini merupakan kunci utama dan fondasi yang penting bagi seorang manajer dapat bekerja dalam koridor yang telah digariskan oleh rumah sakit.

Kebijakan rumah sakit merupakan pengejawantahan dari visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan sebelumnya. Tanpa kebijakan maka seorang manajer tidak mengetahui tujuan yang akan dicapai.

3. Komitmen visi, misi, tujuan rumah sakit dari seluruh komponen rumah sakit

Visi, misi dan tujuan rumah sakit akan menentukan perjalanan dan masa depan rumah sakit. Seluruh komponen harus mengetahui dan memiliki komitmen yang sama terhadap visi dan misi rumah sakit. Tanpa komitmen bersama maka apa yang telah menjadi ketetapan hanya sebatas semboyan belaka. Komitmen harus diikuti dengan tindakan nyata berupa kebijakan rumah sakit, pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan program kerja, peningkatan profesionalisme dan peningkatan pelayanan masyarakat seperti yang tercantum dalam tujuan rumah sakit Bina Sehat yaitu : mengutamakan standar kualitas pelayanan, mengusahakan terbentuknya sumber daya manusia yang unggul sebagai tenaga profesional yang beriman dan bertakwa, menjadikan *total quality management* sebagai jiwa rumah sakit dalam meningkatkan kinerja dan kualitas berkesinambungan, secara bertahap meningkatkan kesejahteraan karyawan rumah sakit.

4. Kepemimpinan

Sifat kepemimpinan harus dimiliki oleh setiap insan rumah sakit, semua orang menjadi pemimpin atas tugas dan tanggung jawabnya. Lebih-lebih seorang manajer harus ditunjang oleh sifat kepemimpinan yang baik karena untuk keberhasilan suatu program seorang manajer harus merangkul semua kalangan baik manajemen maupun klinisi. Sifat ini dapat dipelajari dan diperbaharui terus menerus dengan mengikuti pelatihan / seminar tentang kepemimpinan, dan dari berbagai media lainnya seperti buku, televisi, dll.

5. Ketrampilan klinis dan manajerial

Dalam upaya peningkatan kualitas SDM maka peningkatan pengetahuan dan ketrampilan baik klinis maupun manajerial di RSUD Bina Sehat sebaiknya lebih mendapatkan porsi yang lebih besar untuk masa-masa mendatang. Mengikutsertakan tenaga pelaksana dalam ketrampilan klinis dan bagi tenaga manajerial dalam pertemuan atau *workshop* yang berhubungan dengan pengelolaan rumah sakit atau mengadakan studi banding ke rumah sakit yang memiliki karakter yang tidak jauh berbeda. Seorang manajer harus memiliki ketrampilan manajerial (*management skill*), ketrampilan melakukan hubungan antar manusia (*human relation skill*) dan ketrampilan teknis (*technical skill*) sesuai dengan tingkatan dan kedudukannya dalam organisasi. Kedudukan manajer dalam organisasi dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu : manajer tingkat tinggi (*top level manager*), manajer tingkat menengah (*middle level manager*) dan manajer tingkat bawah (*low level manager*). Kemampuan dan ketrampilan berdasarkan pembagian tersebut tentu akan berbeda pula.

6. Deskripsi pekerjaan dan beban kerja

Deskripsi pekerjaan merupakan tugas utama yang harus dilaksanakan oleh setiap perawat/bidan. Uraian tugas baik lini manajemen maupun perawat/bidan pelaksanaan menurut peneliti perlu ditinjau ulang. Penilaian beban kerja, realisasi dan spesifikasi perlu dinilai kembali. Beberapa tugas di tingkat manajemen ada yang tidak dapat dikerjakan atau tumpang tindih dengan tugas di lini manajemen yang lain. Selain itu juga terjadi ketidakseimbangan antara tugas keperawatan/kebidanan dengan non

keperawatan/kebidanan. Tugas non keperawatan/kebidanan justru menjadi alasan utama perawat/bidan tidak melakukan asuhan keperawatan/kebidanan dengan baik.

RSU Bina Sehat harus segera menindaklanjuti temuan ini, sehingga kepuasan kerja perawat/bidan dapat ditingkatkan yang akan berdampak pada kepuasan pasien terhadap pelayanan.

7. Tata letak ruang rawat

Tata letak ruang yang baik dan estetik akan memberikan kenyamanan dan kemudahan baik bagi pasien maupun karyawan dalam bekerja. RSU Bina Sehat hendaknya menata kembali ruang-ruang perawatan yang dapat mendorong kinerja karyawannya.

8. Sarana dan alkes

Salah satu faktor yang menunjang kualitas layanan dan jumlah kunjungan adalah ketersediaan sarana dan alat kesehatan. Identifikasi kebutuhan di tiap ruang dan secara berangsur-angsur dilengkapi dimulai dari hal-hal yang kecil seperti tensimeter, minor surgery, alat monitor, dll. Kepuasan kerja klinisi baik medis dan paramedik dapat meningkat dengan ketersediaan sarana dan alkes. Termasuk penerapan SOP akan lebih terjamin.

9. Sistem penghargaan

Dari berbagai teori dan penelitian menyatakan bahwa sistem penghargaan mempengaruhi motivasi kerja perawat/bidan. Hal ini nampaknya belum tercapai di RSUD Bina Sehat. Hendaklah sistem yang dibuat dapat menjembatani antara kebutuhan karyawan dengan kemampuan rumah sakit. Sebaiknya manajemen RSUD Bina Sehat harus lebih komunikatif dan terbuka untuk penyelesaian masalah ini.

10. Tim dan pembelajaran

Selain memiliki tugas dan tanggung jawab masing-masing, secara keseluruhan keberhasilan suatu kegiatan atau program merupakan hasil kerja tim. Sehingga kekompakan perlu dijaga, saling mengisi dan saling mengingatkan. Teman kerja adalah mitra. Persaingan sehat harus terus dijaga dan terus menerus berada dalam proses pembelajaran. Seorang pemimpin harus dapat menjadi contoh bagi staf dibawahnya dalam membuat suasana yang kolusif melalui komunikasi yang terbuka, mendengarkan aspirasi di bawahnya dan mementingkan kepentingan organisasi di atas kepentingan pribadi.

7.5 Keterbatasan Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini terbatas pada faktor input dan proses dari pengembangan manajemen kinerja perawat/bidan, sedangkan permasalahan yang dihadapi oleh RSUD Bina Sehat cukup kompleks baik di tingkat manajerial maupun kinerja perawat / bidannya dan antara satu masalah saling berkaitan dengan masalah

yang lain, untuk menggali lebih jauh hal yang melatarbelakangi permasalahan ini, penulis menerima masukan, pandangan dan umpan balik dari peserta melalui kegiatan *Focus Group Discussion* baik di tingkat manajemen maupun pelaksana.

Dalam Kepmenkes No. 836/2005 belum disertakan petunjuk pelaksana dan petunjuk teknis serta kriteria penilaian untuk menetapkan kesiapan rumah sakit dalam pelaksanaan PMK, maka untuk mengatasi hal tersebut peneliti melakukan kegiatan CDMG (*Concensus Decision Making Group*) dengan pihak manajemen RSUD Bina Sehat, yang menetapkan aspek penting dalam faktor input dan proses yang akan dinilai, kriteria penilaian, skoring, dan kategori kesiapan rumah sakit.

Data yang diambil sangat mungkin melibatkan subjektivitas peneliti, guna mengantisipasi hal tersebut, peneliti melakukan triangulasi sumber, metode dan analisa, sehingga data yang diperoleh dianggap cukup valid.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Dari hasil temuan telaah dokumen, wawancara mendalam dan hasil *Focus Group Discussion* maka secara umum dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penilaian program pengembangan manajemen kinerja dari faktor input menunjukkan bahwa kegiatan manajemen yang berhubungan dengan kinerja perawat/bidan RSUD Bina Sehat sebagian besar masih bersifat superfisial dan belum berjalan dengan baik, demikian pula faktor proses belum berjalan optimal seperti yang diharapkan dalam Kepmenkes RI No. 836/Menkes/SK/VI/2005. Sehingga dari penilaian terhadap aspek penting kedua faktor tersebut maka disimpulkan bahwa RSUD Bina Sehat **tidak siap** dalam menerapkan kebijakan tentang Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat/Bidan atau kesiapan baru mencapai 30%.
2. Teknik pendokumentasian masih kurang, sistim manajerial masih lemah, koordinasi dan partisipasi aktif dari semua lini manajemen belum berjalan optimal.
3. Hambatan dalam pelaksanaan PMK ke depan adalah lemahnya dukungan terhadap program, kurangnya kualitas dan kuantitas SDM, sarana dan prasarana yang belum memadai dan masih rendahnya motivasi kerja perawat/bidan.
4. Langkah yang diambil dalam mengatasi permasalahan manajemen dan kinerja yaitu selain melengkapi kekurangan faktor input dan proses, secara umum diusulkan melalui 10 langkah perbaikan yaitu perbaikan struktur organisasi rumah sakit dan instalasi; kebijakan pimpinan rumah sakit; komitmen visi, misi, tujuan rumah sakit dari seluruh komponen rumah sakit; memupuk sifat kepemimpinan; peningkatan ketrampilan klinis dan manajerial; perbaikan deskripsi pekerjaan dan beban kerja; menilai kembali tata letak ruang rawat;

melengkapi sarana dan alkes; memperbaharui sistem penghargaan; mengembangkan kerja tim dan pembelajaran.

8.2 Saran

Saran dari peneliti terhadap kebijakan tentang PMK dan ketidaksiapan RSUD Bina Sehat dalam penerapan PMK :

1. Terhadap Pembuat Kebijakan Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat/Bidan
 - a. Mendorong keterlibatan jajaran / instansi terkait mulai dari tingkat provinsi dan kabupaten dalam mensosialisasikan kebijakan dan memotivasi rumah sakit dalam melaksanakan program PMK.
 - b. Membuat petunjuk pelaksanaan secara lebih jelas dan rinci sehingga dapat dipelajari / dilaksanakan secara mandiri oleh rumah sakit.
 - c. Membuat pedoman kriteria penilaian sehingga dapat diketahui sampai sejauh mana rumah sakit telah siap untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut.
2. Terhadap Pimpinan RSUD Bina Sehat
 - a. Mensosialisasikan kembali visi, misi dan tujuan rumah sakit serta membuat komitmen bersama dalam memajukan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan.
 - b. Memberikan porsi pelatihan yang cukup untuk meningkatkan kualitas SDM baik pengetahuan dan ketrampilan klinik maupun manajerial.
3. Terhadap Pihak Manajemen
 - a. Bersama-sama dengan pimpinan rumah sakit mengidentifikasi kembali kekurangan, kebutuhan dan membuat prioritas tahunan serta target apa yang diharapkan agar perbaikan dapat dicapai sesuai dengan kondisi dan kemampuan rumah sakit.

- b. Membuat penelitian tentang kepuasan kerja perawat/bidan untuk mengidentifikasi apa saja yang menjadi kebutuhan, keinginan, dan faktor yang memotivasi kerja para pelaksana di ruangan.
 - c. Lebih terbuka, koordinatif dan melibatkan semua lini manajemen dalam menjalankan program.
4. Terhadap Perawat/Bidan Pelaksana
- a. Melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebaik mungkin
 - b. Memberikan masukan atau saran bagi kemajuan rumah sakit
 - c. Ikut serta secara aktif dalam pertemuan-pertemuan yang diadakan oleh kepala shift/kepala perawatan/manajer dan pimpinan rumah sakit.
5. Terhadap Peneliti Lain
- Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang melatarbelakangi permasalahan di tingkat organisasi (rumah sakit) dalam pelaksanaan PMK baik di tingkat manajerial atau kinerja perawat/bidan dengan menggunakan metode dan instrumen yang lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1996, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Clarke, L. 1994, *The Essence of Change*, Prentice Hall International, NY.
- Depkes RI. 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- Depkes RI. 1999, *Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit*, Cetakan II, Dirjen Pelayanan medik, Jakarta.
- Depkes RI. 1998, *Standar Asuhan Keperawatan* oleh Tim Depkes RI, Direktorat RSU & Pendidikan dan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta.
- Depkes RI. 2001, *Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan* oleh Tim Depkes RI, Direktorat Pelayanan Keperawatan dan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta
- Depkes RI. 2000, *Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2000 -- 2010*, Jakarta
- Depkes RI. 2006, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*, Jakarta
- Direktorat UMDK, Dit.Jend.Yan.Med.DepkesRI. 1995, *Petunjuk Teknis Penyusunan Prosedur Tetap Kegiatan Rumah Sakit Swadana*, Jakarta

- Heidemann, E.G. 1993, *The Contemporary Use of Standards in Health Care*, Geneva, WHO.
- Gartinah, T. 2003, *Mencegah Clinical Error* dalam Pelayanan Keperawatan, Kongres PERSI
- Gibson, James L. et al. 1987, *Organisasi dan Manajemen: Perilaku, Struktur, Proses*, terjemahan Djarkasih, Jilid 1, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Gillies, A.D. 1989, *Nursing Management, A System Approach*, 3rd Edition, Wb Saunders Company, Philadelphia.
- Hamid, A.Y. 2001, *Peran Organisasi Profesi dan Persiapan Sumber Daya Manusia untuk Praktik Keperawatan*, Makalah Tidak Dipublikasikan, Jakarta.
- Hennesy, D. 2001, *Reflective Case Discussion*, Modul of Clinical Performance and Development Management System, Jogjakarta.
- Husin, M. 1993, *Ners dan Peranannya dalam meningkatkan dan Membina Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Simposium Keperawatan di Jakarta*.
- Ilyas Yaslis. 2003, *Kinerja Teori Penilaian Penelitian*, Edisi Ketiga, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok.
- Kuntjoro Tjahyono. 2005, *Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan Sebagai Strategi dalam Peningkatan Mutu Klinis*, Balai Pelatihan Teknis profesi Kedokteran, Gombong, Jawa Tengah
(<http://www.jmpk.online.net/filws/3.tjahyono.pdf> download 8 Februari 2009)
- Moleong, Lexy. J. 1991, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Penerbit PT Remaja Rosdakarya, Bandung.

- Muninjaya, A.A. Gde. 2004, *Manajemen Kesehatan*, Edisi 2, EGC, Jakarta
- Nursalam. 2001, *Proses & Dokumentasi Keperawatan Konsep & Praktik*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam. 2007, *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Pohan, Imbalo. S. 2002, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*, Penerbit EGC, Jakarta
- Ruky, A. 2004, *Sistem Manajemen Kinerja*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Smith, D.K. 1996, *Taking Change of Change*, Addison Wesley, MA.
- Sopiah.2008, *Perilaku Organisasional*, Penerbit ANDI, Jakarta
- Suhendra, K. 2008, *Manajemen dan Organisasi dalam Realita Kehidupan*, Penerbit Mandar Maju, Bandung.
- Swansburg, R.C. 1996, *Management and Leadership for Nurse Managers*, Jones and Barleet Publishers, England.
- Taylor, C., LeMone, P. 1997, *Fundamentals of Nursing: The Art and science of Nursing Care*, Lippincott Compant, Penssylvania.
- Modul Pelatihan Ketrampilan Manajerial SPMK, 2002/2003 (<http://irc-kmpk-ugm.ac.id/id/UP-PDF/> download 8 Februari 2009)



Lampiran 1.

HASIL PELAKSANAAN CDMG

Tanggal : 2 Maret 2009
Tempat : Ruang Rapat RSUD Bina Sehat
Peserta : 3 Kasi dan 4 Kepala Instalasi
Bahasan : Format dan Kriteria Penilaian Kesiapan Rumah Sakit terhadap Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat/Bidan

A. Penentuan aspek penilaian

Berdasarkan aspek penting terhadap faktor input dan proses dengan berpedoman pada Depkes, modul pelatihan manajemen dan sumber kepustakaan lainnya. Ada 12 aspek penilaian dengan total item 30.

B. Kriteria penilaian

Diputuskan untuk memberi penilaian terhadap setiap item dengan range 0-1 dengan kriteria tertentu. Total Nilai terendah : 0, dan tertinggi : 60.

C. Penentuan Rumus Kesiapan Rumah Sakit

Rumus tingkat kesiapan : $\text{Total Nilai} / 60 \times 100\%$

D. Penentuan kategori kesiapan

Disepakati untuk mengelompokkan menjadi 2 kategori yaitu siap, dan tidak siap, dengan ketentuan :

1. Siap bila mencapai angka 75% - 100%

2. Tidak siap bila kurang dari 75%

E. Format dan kriteria penilaian secara lengkap sebagai berikut :

**FORMAT PENILAIAN KESIAPAN RSU BINA SEHAT DALAM
PMK PERAWAT/BIDAN**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI (0-2)	TOTAL NILAI
	Faktor Input		
I. Uraian Tugas			
1.	Realisasi uraian tugas		
2	Evaluasi uraian tugas & posisi klinik		
3	Kesesuaian posisi/jabatan dalam struktur organisasi		
	Jumlah nilai I		
II. SOP			
4	Format SOP		
5	Sosialisasi		
6	Pengawasan		
	Jumlah nilai II		
III. SAK/SAB			
7	Format SAK/SAB		
8	Sosialisasi		
9	Pengawasan		
	Jumlah nilai III		
IV. Pelatihan			
10	Perencanaan		
11	Tindak Lanjut Pasca Pelatihan		
	Jumlah nilai IV		
V. Sistem Penghargaan			
12	Kebijakan		
13	Motivasi kerja		
	Jumlah nilai V		
VI. Indikator Kinerja			

14	Perancangan		
15	Penetapan		
	Jumlah nilai VI		
	Faktor Proses		
VII. Monitoring			
16	Perencanaan		
17	Implementasi		
18	Tindak lanjut		
	Jumlah nilai VII		
VIII. Evaluasi			
19	Perencanaan		
20	Implementasi		
21	Tindak lanjut		
	Jumlah nilai VIII		
IX. Pengelolaan Penyimpangan			
22	Kebijakan		
23	Pelaksanaan		
	Jumlah nilai IX		
X. Diskusi Refleksi Kasus			
24	Jadwal		
25	Daftar Hadir		
26	Notulen		
	Jumlah nilai X		
XI. Dokumen Asuhan Keperawatan			
27	Kelengkapan dokumen		
28	Pengawasan pengisian dokumen		
	Jumlah nilai XI		
XII. Dokumen Asuhan Kebidanan			
29	Kelengkapan dokumen		
30	Pengawasan pengisian dokumen		
	Jumlah nilai XII		
	Total nilai (I-XII)		

PEDOMAN KRITERIA PENILAIAN

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	KRITERIA
Faktor Input			
I. Uraian Tugas			
1.	Realisasi uraian tugas	2	Semua tugas dapat terealisasi dengan baik
		1	Sebagian tugas dapat terealisasi dengan baik
		0	Tidak ada tugas yang dapat terealisasi dengan baik
2	Evaluasi uraian tugas & posisi klinik	2	Dilakukan, rutin tiap tahun
		1	Pernah dilakukan, tapi tidak rutin
		0	Belum pernah dilakukan
3	Kesesuaian posisi/jabatan dalam struktur organisasi	2	Semuanya sesuai
		1	Sesuai sebagian
		0	Tidak sesuai sama sekali
II. SOP			
4	Format SOP	2	Semuanya sesuai dengan pedoman
		1	Sesuai sebagian
		0	Tidak sesuai sama sekali
5	Sosialisasi	2	Dilaksanakan secara rutin
		1	Dilaksanakan, tidak rutin
		0	Tidak dilaksanakan
6	Pengawasan	2	Dilaksanakan dan merupakan bagian dari asuhan pasien
		1	Dilaksanakan, belum menjadi bagian asuhan pasien
		0	Tidak dilaksanakan
III. SAK /SAB			
7	Format SAK/SAB	2	Semuanya sesuai dengan pedoman
		1	Sesuai sebagian
		0	Tidak sesuai sama sekali

8	Sosialisasi	2	Dilaksanakan secara rutin
		1	Dilaksanakan, tidak rutin
		0	Tidak dilaksanakan
9	Pengawasan	2	Dilaksanakan secara rutin
		1	Dilaksanakan, tidak rutin
		0	Tidak dilaksanakan
IV. Pelatihan			
10	Perencanaan	2	Dibuat secara rinci
		1	Masih bersifat umum
		0	Tidak dibuat
11	Tindak lanjut Pasca Pelatihan	2	Ada, dengan penyesuaian indikator kinerja
		1	Ada, namun belum disesuaikan dengan indikator kinerja
		0	Belum dilaksanakan
V. Sistem Penghargaan			
12	Kebijakan	2	Sudah ada, mewakili keinginan perawat/bidan
		1	Sudah ada, tapi belum mewakili keinginan perawat/bidan
		0	Belum ada
13	Motivasi kerja	2	Sangat mempengaruhi motivasi kerja perawat/bidan
		1	Cukup mempengaruhi motivasi kerja perawat/bidan
		0	Tidak berpengaruh terhadap motivasi kerja perawat/bidan
VI. Indikator Kinerja			
14	Perancangan	2	Ada, terinci
		1	Ada, belum rinci
		0	Tidak ada

15	Penetapan	2 1 0	Ada, terinci Ada, belum rinci Tidak ada
Faktor Proses			
VII. Monitoring			
16	Perencanaan	2 1 0	Ada, terinci Ada, belum rinci Tidak ada
17	Implementasi	2 1 0	Dilaksanakan sesuai jadwal Dilaksanakan tidak sesuai jadwal Hanya sebagian kecil yang dilaksanakan atau tidak ada
18	Tindak lanjut	2 1 0	Dilaksanakan sesuai jadwal Dilaksanakan tidak sesuai jadwal Hanya sebagian kecil yang dilaksanakan atau tidak ada.
VIII. Evaluasi			
19	Perencanaan	2 1 0	Ada, terinci Ada, belum rinci Tidak ada
20	Implementasi	2 1 0	Dilaksanakan sesuai jadwal Dilaksanakan tidak sesuai jadwal Hanya sebagian kecil yang dilaksanakan atau tidak ada
21	Tindak lanjut	2 1 0	Dilaksanakan sesuai jadwal Dilaksanakan tidak sesuai jadwal Hanya sebagian kecil yang dilaksanakan atau tidak ada.
IX. Pengelolaan Penyimpangan			
22	Kebijakan	2 1 0	Sesuai dengan pedoman Sebagian sesuai pedoman Tidak sesuai sama sekali

23	Pelaksanaan	2	Ada, melibatkan tim multidisiplin
		1	Ada, belum melibatkan tim multidisiplin
		0	Tidak ada
X. Diskusi Refleksi Kasus			
24	Jadwal	2	Ada, di semua unit
		1	Ada, hanya sebagian unit
		0	Tidak ada yang memiliki jadwal
25	Daftar Hadir	2	Ada, rutin
		1	Sebagian besar ada
		0	Sebagian kecil atau tidak ada sama sekali
26	Notulen	2	Ada, rutin
		1	Sebagian besar ada
		0	Sebagian kecil atau tidak ada sama sekali
XI. Dokumen Asuhan Keperawatan			
27	Kelengkapan dokumen	2	Lengkap
		1	Masih kurang
		0	Belum ada
28	Pengawasan pengisian dokumen	2	Rutin
		1	Kadang-kadang
		0	Sangat kurang
XII. Dokumen Asuhan Kebidanan			
29	Kelengkapan dokumen	2	Lengkap
		1	Masih kurang
		0	Belum ada
30	Pengawasan pengisian dokumen	2	Rutin
		1	Kadang-kadang
		0	Sangat kurang

Lampiran 2

FORMAT TELAAH DOKUMEN

TANGGAL :

TEMPAT :

FAKTOR INPUT

1. Uraian tugas

a. Berkas Uraian Tugas yang ditemui :

No	Uraian Tugas	Ada	Tidak ada
1	Kasi Keperawatan		
2	Kepala Perawatan Instalasi		
3	Koordinator Kebidanan		
4	Kepala Shift		
5	Penanggung jawab		
6	Ketua Tim		
7	Perawat Pelaksana		

b. Acuan pembuatan uraian tugas

-
-
-

c. Membandingkan uraian tugas yang satu dengan yang lain

Hasil Temuan sebagai berikut :

No	Uraian Tugas	Hasil temuan	Keterangan
1	Kasi keperawatan		
2	Kepala perawatan instalasi		
3	Kepala shift		
3	Koordinator kebidanan		
4	Penanggung jawab rawat inap		
5	Perawat pelaksana di unit rawat jalan		
6	Perawat pelaksana di ruang rawat		
7	Perawat pelaksana di IGD		
8	Perawat pelaksana di kamar bersalin		

d. Kesesuaian dengan struktur organisasi / instalasi

1.
2.
3.

e. Dokumen evaluasi uraian tugas dan beban kerja perawat/bidan

.....

2. SOP (Standar Operasiona Procedure)

a. Berkas SOP yang sudah dibuat

NO	INSTALASI	JUMLAH SOP	Ket
1			
2			
3			
4			
	Total		

b. Standar/acuan pembuatan SOP

.....

c. Format SOP

▪ Format SOP :

▪ Hasil temuan format SOP di RSUD Bina Sehat dibandingkan dengan Petunjuk

Teknis Penyusunan Prosedur Tetap Kegiatan RS Swadana, 1995

No	Unsur yang Dikandung	Ada	Tidak sama sekali	Tidak semua
1	Merumuskan tujuan protap : menentukan judul			
2	Menentukan kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan protap			
3	Membuat aliran proses : Bentuk bagan yang menggambarkan proses atau urutan jalannya suatu produk/tata cara (flow of work)			
4	Menyusun prosedur atau pelaksanaan kegiatan berdasarkan pertanyaan-pertanyaan : <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan : apa sebenarnya yang dikerjakan dan mengapa • Tempat : dimana saja dilakukan dan mengapa • Urutan : kapan dilakukan dan mengapa waktu itu • Petugas : siapa yang melakukan dan mengapa oleh dia Cara : metode apa yang dipakai dan mengapa dengan cara itu			

e. Daftar hadir, laporan pembahasan SOP

.....

f. Kebijakan tentang Tim SOP

.....

g. Pengawasan SOP

.....

3. SAK

a. Berkas SAK yang sudah dibuat

▪

▪

No	SAK/SAB	UNIT	KET
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

b. Standar/acuan pembuatan SAK

➤
.....
.....

➤ Penentuan prioritas

No	Unsur Materi	Ada	Tidak
1	Matriks prioritas dimensi dan fungsi keperawatan dan kebidanan yang diprioritaskan untuk diolah ke dalam standarisasi		

Ket :

c. Format SAK

No	Unsur Materi	Ada	Tidak
1	Dimulai dengan pernyataan standar		
2	Identifikasi kriteria outcomes dalam bentuk pertanyaan, siap dimonitor		
3	Identifikasi proses yang dibutuhkan untuk mencapai outcomes (apa yang harus dikerjakan)		
4	Identifikasi struktur (apa yang dibutuhkan untuk melaksanakan proses untuk mencapai outcomes)		
5	Ringkaskan, identifikasi kriteria kunci		
6	Menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti		
7	Menggunakan kata-kata yang dapat diukur		
8	Outcomes mengukur pernyataan standar		

d. Jadwal sosialisasi SAK

.....
.....

e. Daftar hadir, laporan pembahasan SAK

.....

f. Kebijakan tentang Tim SAK

.....

g. Dokumentasi tentang Pengawasan SAK

.....

4. Pelatihan

a. Perencanaan pelatihan untuk bidan/perawat

.....
.....
.....
.....
.....

b. Pelatihan yang pernah diikuti : Rata-rata / tahun.....

Pelatihan yang diikuti tahun 2008 sebagai berikut :

No	JUDUL PERTEMUAN	DITUJUKAN UNTUK
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Catatan :

.....
.....

c. Dokumen Evaluasi pasca pelatihan

.....

5. Sistem Penghargaan

a. Kebijakan rumah sakit tentang sistem penghargaan

.....
.....
.....
.....

b. Catatan tentang pemberian penghargaan

No	Jenis Dokumen	Ada	Tidak ada	Keterangan
1				
2				

6. Indikator Kinerja

Tabel hasil temuan :

No	Jenis Dokumen	Ada	Tidak ada
1	Kebijakan RS tentang indikator kinerja		
2	Jadwal pertemuan membahas indikator kinerja		
3	Pedoman pembuatan indikator kinerja		
4	Dokumen indikator kinerja		

FAKTOR PROSES

1. Monitoring

Hasil temuan :

No	Jenis Dokumen	Ada, lengkap	Ada, tidak lengkap	Tidak ada	Keterangan
1	Rencana kegiatan monitoring				
2	Format monitoring				
3	Hasil monitoring				

2. Evaluasi

Hasil temuan :

No	Jenis Dokumen	Ada, lengkap	Ada, tidak lengkap	Tidak ada	Keterangan
1	Rencana kegiatan evaluasi				
2	Format evaluasi				
3	Hasil evaluasi				

3. Pengelolaan penyimpangan

Hasil temuan :

No	Jenis Dokumen	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	Kebijakan RS tentang pengendalian mutu			
2	Pedoman pengendalian mutu			
3	Mekanisme pengelolaan penyimpangan			

4	Tim gugus pengendali mutu			
5	Laporan pengelolaan penyimpangan			

4. DRK (Diskusi Refleksi Kasus)

Hasil temuan :

No	Jenis Dokumen	Ada, lengkap	Ada, tidak lengkap	Tidak ada	Keterangan
1	Kebijakan RS tentang DRK				
2	Laporan kegiatan DRK				

5. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hasil temuan :

No	Jenis Dokumen	Keterangan
1	Pedoman pembuatan dokumen asuhan keperawatan	
2	Ketersediaan berkas dokumen	
3	Jadwal sosialisasi askep	

6. Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Hasil temuan :

No	Jenis Dokumen	Keterangan
1	Pedoman pembuatan dokumen asuhan kebidanan	
2	Ketersediaan berkas dokumen	
3	Jadwal sosialisasi asbid	

Lampiran 3

PEDOMAN WAWANCARA

Nama informan :
Jabatan : Kasi Keperawatan RSUD Bina Sehat
Hari/tanggal :
Tempat :

FAKTOR INPUT

A. Uraian tugas

1. Apakah sudah pernah menghitung beban kerja perawat/bidan?

.....

2. Bila sudah pernah, bagaimana hasilnya?

.....

B. SOP

1. Bagaimana menentukan prioritas SOP?

.....

.....

2. Bagaimana tahap membuat SOP?

.....

.....

C. SAK

1. Bagaimana menentukan prioritas SAK?

.....

2. Bagaimana tahap membuat SAK?

.....

D. Pelatihan

1. Apakah pelatihan dimasukkan dalam anggaran tahunan? Bila ya, apakah berdasarkan prioritas?

.....
.....

2. Apakah kelanjutan setelah perawat/bidan mengikuti pelatihan?

.....
.....

E. Indikator Kinerja

1. Indikator apa saja yang sudah dibuat?

.....

2. Apa hambatan dalam pembuatan indikator kinerja?

.....
.....

FAKTOR PROSES

A. Monitoring

1. Apakah sudah ada jadwal monitoring? Bila ada, apakah jadwal tersebut dipatuhi?

.....

2. Apa hambatan dalam monitoring?

.....
.....

3. Apa kelanjutan setelah dilakukan monitoring?

.....

B. Evaluasi

1. Apakah sudah ada jadwal evaluasi? Bila ada apakah jadwal tersebut dipatuhi?

.....

2. Apa hambatan dalam evaluasi?

.....

3. Apa kelanjutan dalam evaluasi?

.....

4. Apa manfaat yang dirasakan dari kegiatan evaluasi?

.....

C. Pengelolaan penyimpangan

1. Apakah sudah ada pedoman pengelolaan penyimpangan? Bagaimana yang dilakukan saat ini?

.....

.....

2. Apakah dikelola oleh Tim Gugus Kendali Mutu atau pernah ada tapi tidak aktif?

.....

3. Apakah pengelolaan terhadap penyimpangan rutin dilakukan?

.....

.....

4. Bagaimana tindak lanjutnya?

.....

D. Dokumentasi Asuhan Keperawatan / Asuhan Kebidanan

- 1. Apakah sudah pernah dilakukan sosialisai dokumen askep /asbid?**



Lampiran 4

PEDOMAN WAWANCARA

Nama informan :
Jabatan : Kasi Pelayanan Medik dan PKMRS RSU Bina Sehat
Hari/tanggal :
Tempat :

FAKTOR INPUT

A. SOP

1. Bagaimana menentukan prioritas SOP?

.....
.....

B. Pelatihan

1. Apakah sudah ada prioritas pelatihan dalam jangka panjang untuk perawat/bidan?

.....
.....

2. Apa kendala dalam mengikutsertakan perawat/bidan dalam pelatihan?

.....
.....

C. Indikator Kinerja

1. Apa sudah ada kebijakan tentang indikator kinerja?

.....

FAKTOR PROSES

A. Pengelolaan penyimpangan

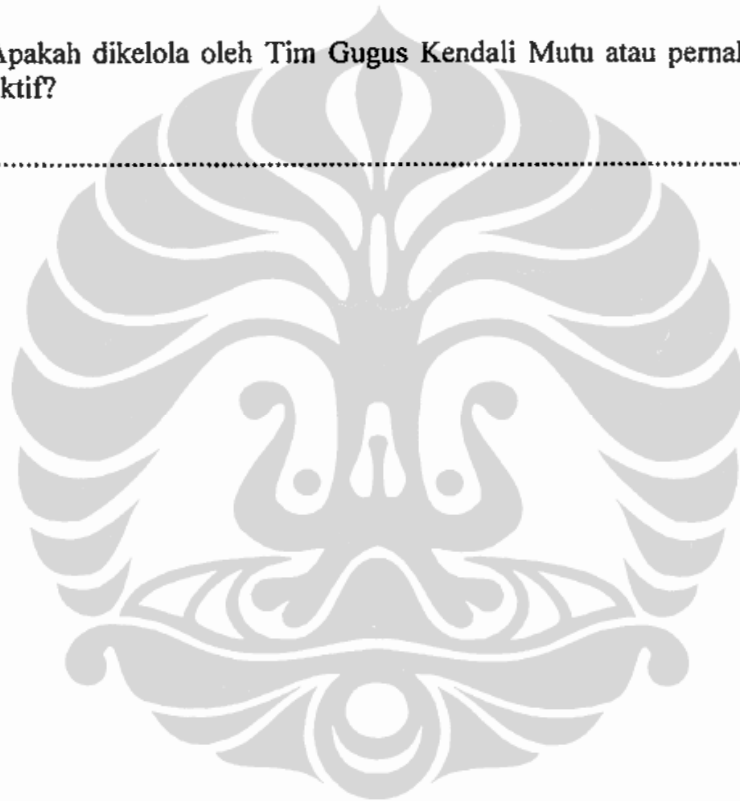
1. Apakah sudah ada pedoman pengelolaan penyimpangan? Bagaimana yang dilakukan saat ini?

.....

.....

2. Apakah dikelola oleh Tim Gugus Kendali Mutu atau pernah ada tapi tidak aktif?

.....



Lampiran 5

PEDOMAN WAWANCARA

Nama informan :
Jabatan : Kasi SDM RSUD Bina Sehat
Hari/tanggal :
Tempat :

FAKTOR INPUT

A. Pelatihan

1. Apakah sudah ada prioritas pelatihan dalam jangka panjang untuk perawat/bidan?

.....
.....

2. Apa kendala dalam mengikutsertakan perawat/bidan dalam pelatihan?

.....
.....

B. Sistem Penghargaan

1. Apakah sudah ada kebijakan tentang sistem penghargaan?

.....
.....

2. Apakah bentuk penghargaan yang sudah diberikan? Kapan diberikan?

.....
.....

3. Apa pendapat Saudara tentang sistem penghargaan yang berlaku saat ini?

.....

Lampiran 6

PEDOMAN WAWANCARA

Nama informan :
Jabatan : Kepala Perawatan Instalasi/ Koordinator
Kebidanan/Kepala ShiefRSU Bina Sehat
Hari/tanggal :
Tempat :

FAKTOR INPUT

A. Uraian tugas

1. Apakah sudah mendapat uraian tugas?

.....

2. Apakah uraian tugas tersebut sudah dijelaskan pada saat memulai pekerjaan?

.....

3. Apa saja tugas yang telah dijalankan selama ini?

.....
.....

4. Apakah uraian tugas tersebut perlu direvisi? Bila ya, dalam hal apa?

.....

5. Apakah antara uraian tugas dan struktur organisasi sudah sesuai?

.....

B. SOP

1. Apakah setiap SOP yang sudah dibuat dilakukan sosialisasi?

.....

2. Bagaimana pengawasan terhadap pelaksanaan SOP?

.....
.....

3. Apakah hambatan dalam pelaksanaan SOP?

.....
.....

C. SAK

1. Apakah setiap SAK yang sudah dibuat dilakukan sosialisasi?

.....

2. Bagaimana pengawasan terhadap pelaksanaan SAK?

.....
.....

3. Apakah hambatan dalam pelaksanaan SAK?

.....
.....

D. Pelatihan

1. Apakah pernah mengusulkan pelatihan tertentu untuk perawat/bidan kepada atasan?

.....
.....

2. Apakah ada perubahan kinerja perawat/bidan setelah mengikuti pelatihan ?

.....
.....

E. Sistem penghargaan

1. Apakah penghargaan meningkatkan kinerja perawat/bidan?

.....

2. Apakah sistem penghargaan selama ini sudah cukup baik? Bila belum, apa usulannya?

.....

.....

FAKTOR PROSES

A. Monitoring

1. Apakah sudah ada jadwal monitoring? Bila ada, apakah jadwal tersebut dipatuhi?

.....

2. Apa hambatan dalam monitoring?

.....

.....

3. Apa kelanjutan setelah dilakukan monitoring?

.....

4. Apa manfaat yang dirasakan dari kegiatan monitoring?

.....

B. Evaluasi

1. Apakah sudah ada jadwal evaluasi? Bila ada apakah jadwal tersebut dipatuhi?

.....

2. Apa hambatan dalam evaluasi?

.....

3. Apa kelanjutan dalam evaluasi?

.....

4. Apa manfaat yang dirasakan dari kegiatan evaluasi?

.....

C. Pengelolaan penyimpangan

1. Apakah sudah ada pedoman pengelolaan penyimpangan? Bagaimana yang dilakukan saat ini?

.....

.....

2. Apakah pengelolaan terhadap penyimpangan rutin dilakukan?

.....

.....

3. Bagaimana tindak lanjutnya?

.....

D. Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

1. Apakah sudah mengerti/memahami tentang DRK?

.....

.....

2. Apakah pernah dilakukan? Bila pernah kapan dilakukan DRK?

.....

.....

E. Dokumentasi Asuhan Keperawatan / Asuhan Kebidanan

1. Apakah sudah pernah dilakukan sosialisai dokumen askep /asbid?

.....

2. Apakah berkas dokumentasi sudah cukup di ruangan?

.....

Lampiran 7

PEDOMAN WAWANCARA

Nama informan :
Jabatan : Perawat Pelaksana InstalasiRSU Bina Sehat
Hari/tanggal :
Tempat :

FAKTOR INPUT

A. Uraian tugas

1. Apakah sudah mendapat uraian tugas?

.....

2. Apakah uraian tugas tersebut sudah dijelaskan pada saat memulai pekerjaan?

.....

3. Apa saja tugas yang telah dijalankan selama ini?

.....

.....

4. Apakah uraian tugas tersebut perlu direvisi? Bila ya, dalam hal apa?

.....

B. SOP

1. Apakah pernah mendapat penjelasan tentang SOP yang baru dibuat?

.....

2. Apakah hambatan dalam pelaksanaan SOP?

.....

.....

C. SAK

1. Apakah pernah mendapat penjelasan tentang SAK yang baru dibuat?

.....

2. Apakah hambatan dalam pelaksanaan SAK?

.....

.....

D. Sistem penghargaan

1. Apakah sistem penghargaan selama ini sudah cukup baik? Bila belum, apa usulannya?

.....

.....

FAKTOR PROSES

A. Monitoring

1. Apa manfaat yang dirasakan dari kegiatan monitoring?

.....

B. Evaluasi

1. Apa manfaat yang dirasakan dari kegiatan evaluasi?

.....

C. Diskusi Refleksi Kasus (DRK)

1. Apakah sudah mengerti/memahami tentang DRK?

.....

2. Apakah pernah dilakukan? Bila pernah kapan dilakukan DRK?

.....
.....

3. Apakah manfaat yang dirasakan dari kegiatan DRK?

.....

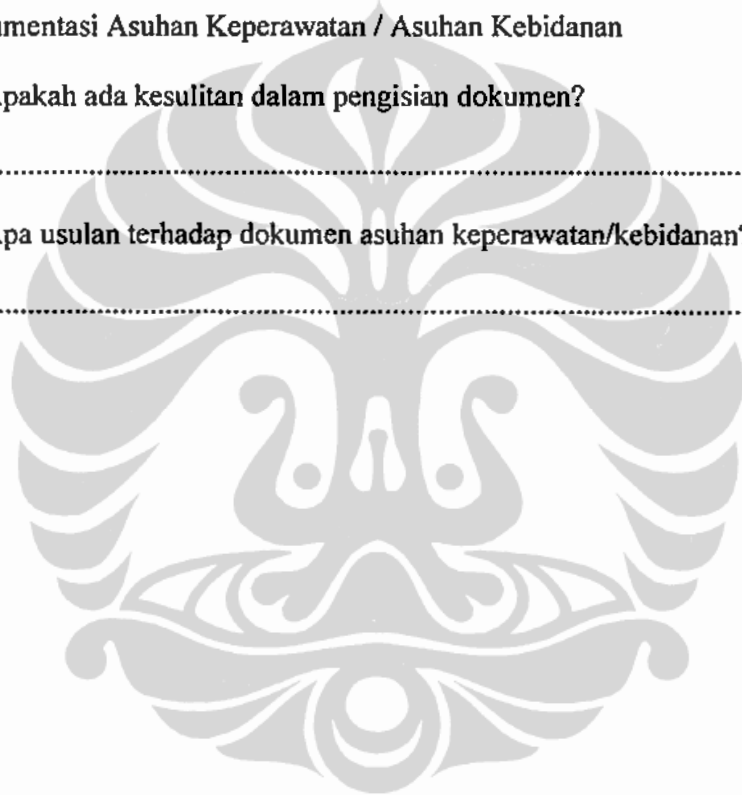
D. Dokumentasi Asuhan Keperawatan / Asuhan Kebidanan

1. Apakah ada kesulitan dalam pengisian dokumen?

.....

2. Apa usulan terhadap dokumen asuhan keperawatan/kebidanan?

.....



Lampiran 8.

Matrix Wawancara Mendalam 16 - 28 Maret 2009 di RSU Bina Sehat

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
1	Faktor Input Uraian tugas perawat/bidan	Apakah sudah mendapat uraian tugas?	1	Sudah ada.
			2	Pernah ada
			3	Ya, ada
			4	Sudah ada
			5	Ya, sudah ada
			6	Ya, ada pernah saya dapatkan
			7	Ya, ada
			8	Pernah saya dapatkan
			9	Ada, sewaktu mulai kerja
			10	Ada
		Apakah uraian tugas tersebut sudah dijelaskan pada saat memulai pekerjaan?	1	Uraian tugas yang diberikan kasi keperawatan saat mulai bekerja dijelaskan kepada saya dan lebih mengerti lagi sambil jalan
			2	Ya, dijelaskan pada saya
			3	Ya dijelaskan
			4	Dijelaskan kepada saya tentang apa yang akan saya kerjakan di ruangan
			5	Ya, saya mendapat penjelasan
			6	Uraian tugas itu dijelaskan
			7	Dijelaskan
			8	O, sudah dijelaskan
			9	Saya mendapat penjelasan tentang tugas saya
			10	Dijelaskan saat baru masuk
		Apa saja tugas yang telah dijalankan selama ini?	1	Tugas yang saya lakukan sehari-hari adalah mengatur jadwal, ya, kadang-kadang atau malah kebanyakan merangkap pelaksana. Saya juga memonitoring asuhan keperawatan, membuat perencanaan, menyusun anggaran, melakukan revisi terhadap protap-protap serta membahas protap. Juga melakukan revisi terhadap asuhan keperawatan. Kerja administrasi juga saya lakukan seperti menghitung biaya.
			2	Saya membuat program kerja, melakukan monitoring terhadap staf di bawah saya, menyusun ketenagaan, melengkapi protap-protap dan merevisinya serta mengatur jadwal. Menghitung biaya dan menyertakannya ke kasir.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			3	Melengkapi protap-protap yang belum ada, melakukan pembinaan terhadap staf, monitoring, evaluasi, menilai kinerja staf saya. Melakukan perencanaan, mengusulkan kebutuhan ke bagian pengadaan tentang sarana dan prasarana dan usulan pengembangan dan pelatihan.
			4	Ya, saya membuat dan melengkapi protap, membimbing dan memberikan arahan terdapat rekan-rekan di ruangan, melakukan monitoring, membuat usulan atau perencanaan program. Mengatur jadwal.
			5	Saya memonitoring teman-teman yang sedang bertugas saat sedang dalam shift saya. Saya merangkap perawat pelaksana. Juga kerja administrasi saya lakukan.
			6	Mengatur jadwal, karena juga merangkap pelaksana, memonitoring kinerja staf, kadang juga melatih mereka bila perlu. Kami juga melakukan kegiatan administrasi seperti membuat rincian biaya pasien, jadi banyak tugas rangkap yang tidak ada di deskripsi pekerjaan.
			7	Saat saya sedang bertugas melakukan overan dengan teman yang jaga sebelumnya. Ada 2 overan yaitu overan buku dan overan keliling. Terus perbeden atau mengatur bed pasien. Disini kami bekerja secara tim, jadi ada bagian pemberian obat, mendampingi dokter visite dan lain-lain. Kami menghitung alkes yang dipakai beserta rincian biayanya, demikian pula tindakan yang dilakukan dengan biayanya. Selain itu juga kami mengecek obat, mengambil obat ke farmasi, mengambil tabung oksigen, mengambil alat ke bagian lain bila diperlukan, dan steril ruangan, mengantar pasien. Kalau dinas malam pekerjaan kami bertambah lagi yaitu menyiapkan spons pasien, membuat jadwal makan pasien, jadwal suntik, jadwal operasi. Kami juga mengantar pasien ke ruang fisioterapi atau radiologi.
			8	Saya melakukan pembersihan ruangan, mengecek obat dan membuat permintaan ke farmasi.
			9	Overan buku dengan teman jaga sebelumnya. Mengecek obat bila tidak ada membuat permintaan oba. Melihat jadwal operasi, trus ke ruangan. Bila tidak ada jadwal operasi kami melipat-lipat kain/kasa. Kami juga melakukan sterilisasi alat. Bila ada operasi, kami juga membersihkan lantai (mengepel).
			10	Kami overan, baik pasien maupun alat. Membersihkan alat-alat. Trus check obat kosong. Kalau ada permasalahan kami sering konsultasi dengan kepala ruangan baik obat-obat dan tindakan.
		Apakah uraian tugas perlu direvisi? Bila ya, dalam hal apa?	1	Saya ingin pekerjaan saya lebih fokus, karena selama ini kami merangkap perawat pelaksana sehingga untuk menerapkan manajemen sangat kurang.
			2	Karena merangkap pelaksana, membuat rincian biaya dan menyeterinya ke kasir, jadi sering bolak balik, hal ini sering menghambat pelayanan dan pasien lama nunggu.
			3	Kami minta lebih diperjelas, tidak merangkap, seperti penyeterian alat seharusnya dilakukan oleh CSSD. Kemudian melipat-lipat kain, seharusnya kain dari laundry siap pakai. Melakukan pembersihan di ruang OK.

No	Matri	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			4	<p>Seringnya tumpang tindih, saya minta kalau bisa lebih diperjelas lagi. Sehingga perawat IGD dapat melakukan hal-hal yang khusus mereka lakukan. Ini kebanyakan administrasi, mengurus obat, dll.</p>
			6	<p>Kalau bisa dikhususkan saja, sehingga ada waktu untuk hal-hal yang lain.</p>
			7	<p>Kalau bisa diperjelas, artinya tidak merangkap kerja lain, sehingga perawat dapat bekerja sesuai dengan deskripsi pekerjaan.</p>
			8	<p>Saya minta lebih dijelaskan lagi.</p>
			9	<p>Rasanya perlu diperjelas lagi, jadi lebih fokus.</p>
			10	<p>Kalau bisa lebih fokus lagi, sehingga tugas yang seharusnya dilakukan oleh pekarya atau POS tidak lagi kami yang mengerjakan, selain itu penghitungan biaya administrasi ada petugas khusus yang mengerjakannya.</p>
		Apakah sudah pernah menghitung beban kerja perawat/bidan?	11	<p>Dalam waktu dekat ini, selama saya menjabat Kasi belum pernah dilakukan.</p>
			12	<p>Dulu sudah pernah, dalam 3 tahun ini belum lagi dihitung.</p>
		Apakah antara uraian tugas dan struktur organisasi sudah sesuai?	1	<p>Ketua Tim memang belum ada di struktur organisasi rawat inap, sedangkan tanggung jawab kegiatan di HCU masih dilaksanakan oleh Ketua Tim, belum Koordinator seperti yang tercantum dalam struktur.</p>
2	SOP	Bagaimana menentukan prioritas SOP?	13	<p>Yah, kalau prioritas melihat hasil temuan lapangan, sesuai dengan permasalahan yang ada atau urgensi masalah itu sendiri. Mengatasi masalah memerlukan kebijakan. Koordinasi lintas sektoral atau instalasi lain dan multidisiplin mutlak diperlukan agar SOP yang dibuat bisa diterima di seluruh kalangan, namun pada kenyataannya sangat sulit dilakukan karena kesibukan masing-masing, kerja sama tim belum dapat dikelola dengan baik.</p>
			11	<p>Yang diprioritaskan kegiatan sehari-hari seperti tindakan infus, kateter dan lain-lain. Perlu kerja sama dengan instalasi terkait, belum ada tim khusus.</p>
		Bagaimana tahap membuat SOP?	11	<p>Kalau untuk sehari-hari sebelumnya memang sudah ada, kami tinggal melengkapi kekurangan. Yah, dengan cara observasi langsung, melihat kesulitan yang ada di lapangan. Kami juga lakukan modifikasi disesuaikan dengan kondisi dan saran di rumah sakit, tanpa menghilangkan prinsip-prinsip dasar. Sumber dari berbagai buku, dan tentu saja bekerja sama / konsultasi dengan dokter.</p>
		Apakah setiap SOP yang sudah dibuat dilakukan sosialisasi?	1	<p>Biasanya saya beritahu staf perawat saya, ditempel di dinding atau di atas meja. Bila ada yang bertanya saya jelaskan.</p>
			2	<p>Ya, saya beritahu semua perawat, bila ada yang kurang jelas biasanya mereka tanya langsung.</p>
			3	<p>Ya, pasti saya beritahu perawat OK, mereka bertanya bila ada yang diragukan. Sambil langsung dipraktikkan.</p>

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			4	Pasti diberitahu, sekalian diskusi bila ada keraguan.
			5	Saya bertitahu kalau ada SOP baru.
	Apakah pernah mendapat penjelasan tentang SOP yang baru dibuat?		7	Biasanya diberitahu kepala ruangan.
			8	SOP ada di ruangan, bila kami tidak mengerti dijelaskan kepala instalasi.
			9	Diberitahu dan dijelaskan.
			10	Ada di ruangan. Kalau kami belum paham akan bertanya dan pasti dijelaskan.
			6	Ya, saya dapat dari kepala instalasi dan saya jelaskan bila ada perawat yang bertanya.
	Bagaimana pengawasan terhadap pelaksanaan SOP?		1	Pengawasan masih bersifat umum. Kalau dinas pagi saya dampingi mereka, Bila perawat yunior / baru kerja terus saya evaluasi selama 3 bulan. Namun untuk yang sudah lama pengawasan hanya sekali-kali. Untuk shief siang dan malam pengawasan saya limpahkan ke kepala shief masing-masing.
			2	Karena jumlah perawatnya tidak banyak dan kerjanya juga tidak kompleks, maka pengawasan tidak terlalu sulit dilakukan.
			3	Pengawasan sehari-hari rutin saya lakukan, Terkadang kami juga latihan cara mempraktekkan SOP secara intern saja misalnya cara aseptik antiseptik.
			4	Saya mendampingi perawat yang sedang menangani pasien. SOP yang dibuat juga dilakukan bersama-sama atau melibatkan perawat sehingga dengan sendirinya mereka juga sudah menguasai.
			5	Kalau sehari-hari tentu saja kami mendampingi sambil mengawasi. Juga kami rutin melakukan rapat koordinasi di ruangan 1 kali dalam sebulan. Saya juga sering mengecek buku catatan keperawatan, kalau ada hal-hal di luar prosedur.
			6	Kalau saat saya tugas, saya juga turut tangan dalam menangani pasien sehingga secara tidak langsung saya juga mengawasi kerja mereka.
	Apakah hambatan dalam pelaksanaan SOP?		1	Hambatannya terletak pada kurangnya alat-alat, sehingga idealnya sangat sulit dikerjakan. Saya juga melihat kualitas SDM masih kurang terutama skill atau ketrampilan, sehingga saya sering mengusulkan pelatihan untuk perawat agar mutunya meningkat.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			2	Kami hanya kekurangan alat seperti tensi, dll, sehingga antar poli sering saling pinjam. Tentu saja ini mengganggu.
			3	Kurang alat seperti monitor.
			4	Sulitnya masih kurangnya alat untuk tindakan terutama saat kunjungan pasien banyak. Kami sulit menerapkan SOP. Selain itu juga ada perawat yang kurang disiplin dalam melaksanakan tahapan SOP.
			5	Kurang alat.
			6	Saya rasakan kurangnya sarana dan alat.
			7	Kelengkapan alat, tenaga dan sarana kurang sehingga sering pinjam kesana kemari.
			8	Tenaga kurang, alat juga kurang misalnya timbangan, tensi.
			9	Kurang sarana seperti monitor.
			10	Sarana, alat kesehatan kurang.
3	SAK/SAB	Bagaimana menentukan prioritas SAK?	11	Berdasarkan kasus terbanyak dalam 3 bulan terakhir.
		Bagaimana tahap membuat SAK?	11	Kami tentukan dulu prioritas kasus. Mengumpulkan bahan dari berbagai sumber seperti buku-buku keperawatan dan kedokteran. Bila kasus berbeda, pengkajian dilakukan secara langsung dengan mengambil sampel. Diskusi dengan kepala-kepala instalasi.
		Apakah setiap SAK yang sudah dibuat dilakukan sosialisasi?	1	Ya, dilakukan sosialisasi.
			3	Ya, kami lakukan.
			4	Ya
			5	Ya, untuk kebidanan kami masih menggunakan format lama. Khusus kebidanan kami masih mencari formularium yang tepat, sekarang sedang dalam proses dan terus diperbaharui.
		Apakah pernah mendapat penjelasan tentang SAK/SAB yang baru dibuat.?	7	Ya dilakukan oleh kepala instalasi, kami selalu dibimbing.
			9	Kami dikumpulkan oleh kepala ruangan terus dibahas secara bersama-sama.
			10	Ya tapi tidak terlalu banyak hanya untuk pasien yang diobservasi
		Bagaimana pengawasan terhadap pelaksanaan SAK/SAB?	1	Saya lihat dokumen asuhan keperawatannya bila belum lengkap supaya dilengkapi, tapi sulit juga pengawasannya karena kesibukan. Dan tergantung pada individu masing-masing.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			5	Saya anjurkan diisi dengan lengkap, tapi kadang tak sempat memeriksa karena tuntutan pekerjaan yang cukup banyak.
			6	Sudah dianjurkan supaya diisi dengan lengkap, tapi balik lagi ke orangnya, kadang susah juga mengisinya, dan tugas yang cukup banyak.
		Apakah hambatan dalam pelaksanaan SAK/SAB?	1	Sarana dan alat yang kurang serta pekerjaan yang tumpang tindih jadi tidak fokus, kebanyakan diisi seadanya. Selain itu juga SDM nya kurang ada motivasi untuk belajar. Yang jelas prinsip dasar tidak dilupakan.
			5	Mungkin sama dengan yang lain, terutama SDM yang kurang, sarana dan alat kesehatan juga kurang.
			6	Saya kira, karena waktu, tenaga kurang, mungkin ditambah tidak ada motivasi untuk belajar.
			7	Yah sibuk dengan tugas lain, jadi diisi seadanya saja, tidak sempat melihat acuan.
4	Pelatihan	Apakah pelatihan dimasukkan dalam anggaran tahunan. Bila ya, apakah berdasarkan prioritas? Apakah sudah ada prioritas pelatihan dalam jangka panjang bagi perawat/bidan?	11	Ya mulai dimasukkan dalam anggaran tiap tahun. Tahun ini fokus pada pelatihan asuhan keperawatan mulai dari perencanaan sampai penegakan diagnosa keperawatan. Juga peningkatan ketrampilan perawat.
			13	Tujuan jangka panjang belum ada, hanya sampai tahunan saja. Biasanya juga masih bersifat intern.
			12	Biasanya berpatokan pada program kerja tahunan, untuk jangka panjang 3 tahun atau 5 tahun belum ada. Secara umum hanya pemenuhan kompetensi perawat misalnya PPGD dan mengikuti kemajuan teknologi / perkembangan jaman seperti pemakaiin alat-alat. Biasanya sifatnya insidentil dan tergantung juga pada ketersediaan dana RS.
		Apakah kelanjutan setelah perawat/bidan mengikuti pelatihan?	11	Selesai mengikuti pelatihan diwajibkan setiap perawat atau bidan sharing dengan perawat / bidan yang lain (in house training), dengan cara pemaparan, memperbanyak bahan yang didapat. Kepala ruangan/instalasi biasanya memantau hal-hal yang baru dijalankan.
		Apa kendala dalam mengikutsertakan perawat/bidan dalam pelatihan?	13	Biasanya masalah dana.
			12	Dana RS.
		Apakah pernah mengusulkan pelatihan tertentu kepada atasan?	1	Ya, saya sering mengusulkan, karena rawat inap memiliki masalah yang paling kompleks dan merawat pasien, sehingga skill SDM sangat diperlukan. Ada beberapa yang terealisasi tapi kebanyakan terburu-buru sehingga tidak dapat diikuti.
			2	Pernah, tapi belum terealisasi.
			3	Ya, kami sering mengusulkan tapi belum terealisasi. Disamping itu juga informasi yang kami dapatkan tentang adanya pelatihan sangat kurang.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			4	Ya, sering.
			5	Kami membuat usulan tiap tahun. Tapi kadang terbentuk oleh persyaratan peserta pelatihan atau kondisi keuangan RS.
		Apakah ada perubahan kinerja perawat/bidan setelah mengikuti pelatihan?	1	Pasti ada manfaatnya, tapi bila peralatan yang diperlukan tidak ada, jadi balik lagi ke pola lama.
			2	Ya, ada. Terutama yang telah ikut, memiliki kelebihan dibanding yang lain.
			3	Menurut saya ada, mereka menjadi lebih baik.
			4	Ya ada, skill meningkat.
			5	Ada ya menjadi lebih baik dibanding yang lain.
5	Sistem penghargaan	Apakah sudah ada kebijakan tentang sistem penghargaan?	12	Sudah ada, terkandung dalam buku Peraturan Kepegawaian RSU Bina Sehat, tertanggal 1 Januari 2008, yang disahkan Direktur RS. Masalah penghargaan dalam Pasal 17 mengenai penghargaan atas masa bakti / prestasi karyawan.
		Apakah bentuk penghargaan yang sudah diberikan? Kapan diberikan?	12	Penghargaan diberikan berupa insentif yang dihitung berdasarkan kinerja pegawai setiap 6 bulan. Point penghitungan kinerja dilakukan oleh kepala instalasi masing-masing. Setahun sekali diadakan pemilihan karyawan teladan, penghargaan dalam bentuk piagam, sejumlah uang dan promosi jabatan serta diumumkan untuk disejajarkan.
		Apa pendapat saudara tentang sistem penghargaan saat ini?	12	Diakui sampai saat ini masih ada yang merasa kurang objektif, terutama mengenai insentif, sehingga masih mencari cara/teknis penilaian yang tepat sehingga dapat memuaskan setiap pegawai. Penilaian kinerja dikembalikan ke unit / instalasi masing-masing. Harapannya nilai materinya dapat ditingkatkan lagi melebihi sekarang.
		Apakah penghargaan meningkatkan kinerja perawat/bidan?	1	Sampai saat ini belum ada. Pengerjanya yang paramedis lebih besar dibanding dengan bagian administrasi.
			2	Tidak ada.
			3	Saya rasakan belum ada efeknya.
			4	Rasanya belum nampak.
			5	Belum, kami inginnnya yang berhubungan langsung dengan pelayanan pasien seperti perawat/bidan mendapatkan porsi yang lebih banyak.
			6	Belum.
		Apakah sistem penghargaan selama ini sudah cukup baik? Bila belum, apa usulannya?	1	Saya rasa belum tepat. Itu tadi porsi insentif untuk perawat harus dibedakan dengan yang lain dan lebih besar.
			2	Kalau kami biasa saja. Tapi inginnnya lebih dari sekarang.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			3	Tidak tepat dan kurang bijak, kami inginkan porsi kami (paramedis) lebih tinggi dibanding dengan bagian administrasi.
			4	Keinginan kami lebih dari sekarang nilai materinya.
			5	Menurut saya belum baik. Usulannya bedakan nilai materinya antara pelayanan langsung dan tidak langsung.
			6	Sekarang ini masih kurang, kami minta lebih bijak saja dalam menetapkan nominalnya.
			7	Kami ingin lebih adil, artinya dibedakan antara pelayanan langsung dan bagian lain. Selain itu kalau bisa sih penentuan teladan bukan hanya karyawan secara keseluruhan tapi juga paramedis teladan.
			8	Tidak masalah.
			9	Pembagian intensif kurang bijak. Kemudian pemilihan teladan berdasarkan profesi.
			10	Rasanya tidak adil. Ke depan ingrinnya lebih adil jangan disamakan.
6	Indikator kinerja	Apakah sudah ada kebijakan tentang indikator kinerja? Indikator apa saja yang sudah dibuat?	13 11	Belum ada. Belum ada.
		Apa hambatan dalam pembuatan indikator kinerja?	11	Kami masih membenahi manajemen dan administrasi, serta mengaktifkan fungsi-fungsi kepala instalasi dan koordinator.
1	Faktor Proses Monitoring	Apakah sudah ada jadwal monitoring?, bila ada apakah dipatuhi?	11	Jadwal ada, sebagian sudah didelegasikan ke lini manajemen di bawah, namun tampaknya belum berjalan optimal. Kebanyakan jadwal tersebut tidak terpenuhi karena banyaknya pekerjaan yang harus saya kerjakan. Jadi kebanyakan bersifat insidental saja.
			1	Monitoring dilakukan tapi sedikit yang terjadwal dan terdokumentasi. Penguatuaan kami masih kurang tentang kegiatan monitoring.
			2	Ya monitoring sudah kami lakukan, tapi tidak ada jadwal khusus, dan hanya berkisar dengan kegiatan sehari-hari.
			3	Sudah, hanya saja baru sebatas rutinitas biasa tidak terjadwal.
			4	Belum sampai ke program, yah monitoring biasa saja.
			5	Sudah dilakukan tapi tidak terjadwal, belum ada kegiatan khusus.
			6	Monitoring menurut saya sudah dilakukan karena sudah tugas hanya saja tidak ada rencana khusus atau terjadwal.
		Apa hambatan dalam monitoring?	11	Saya kira karena kurangnya kemampuan, kurang paham atau penguasaan terhadap materi misalnya tentang asuhan keperawatan, sehingga hal tersebut perlu ditingkatkan lagi. Saya lihat kebanyakan pekerjaan terpaku pada instruksi dokter saja dan hal-hal yang bersifat administrasi.
			1	Kami sebenarnya kurang memahami secara benar apa itu monitoring. Selama ini belum ada arahan bagaimana monitoring yang sebenarnya. Selain itu juga pekerjaan di luar job desk cukup menyita waktu.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			2	Pekerjaan yang tumpang tindih, sehingga tidak fokus.
			3	Yah sampai saat ini belum ada dorongan untuk membuat jadwal monitoring, dan apa saja yang harus kami lakukan.
			4	Masih tumpang tindih dengan pekerjaan lain, selain itu juga belum ada pedoman yang menjadi contoh monitoring.
			5	Belum ada roll model, sehingga kami bingung untuk memulainya apalagi mengerjakannya. Jadi monitoring terhadap pekerjaan bidang saja bukan terhadap program.
			6	Belum ada petunjuk dan tuntutan pekerjaan rangkap.
	Apa kelanjutan setelah dilakukan monitoring?		11	Pemberian SP untuk beberapa prawal, misalnya beberapa hari tidak absensi, pengecekan terhadap pendokumentasian, peralatan, dll. Tapi semuanya belum terprogram, kebanyakan insidental. Dan tindak lanjutnya dengan berkoordinasi dengan pihak yang terkait.
			1	Laporan saja ke kasi keperawatan, bila ada hal-hal yang perlu diusulkan atau dibenahi.
			2	Membuat laporan dan dilanjutkan ke manajemen atas.
			3	Biasanya melapor bila ada kekurangan.
			4	Ada laporan atau memberi informasi bila sewaktu-waktu diperlukan.
			5	Laporan tertulis atau bila ada kunjungan bagian manajemen baru kami beri masukan.
			6	Laporan ke kepala instalasi.
	Apa manfaat yang dirasakan terhadap kegiatan monitoring?		1	Bugis saya sebagai bahan introspeksi dan menutupi kekurangan.
			2	Agar lebih mawas diri.
			3	Mungkin lebih mengarah ke introspeksi diri ya, jadi kelemahan atau kekurangan dapat sedikit teratasi.
			4	Koreksi agar kondisi pekerjaan menjadi lebih baik.
			5	Dengan adanya monitoring dapat mengurangi kekurangan dan hambatan kerja.
			6	Bagi saya sebagai cerminan agar ke depan dapat lebih baik lagi.
			7	Untuk koreksi diri, terutama antar teman sekerja kami saling mengoreksi.
			8	Manfaatnya bagi saya, merupakan upaya koreksi agar kerja lebih baik lagi.
			9	Introspeksi terhadap kekurangan.
			10	Baik, tapi kalau bisa lebih objektif.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
2	Evaluasi	Apakah sudah ada jadwal evaluasi? Bila ada jadwal tersebut dipatuhi?	11	Sudah ada jadwal dan biasanya berjalan. Kami mengadakan rapat pelayanan per triwulan secara lintas sektoral. Disitu dibahas masalah yang berkembang dan bagaimana solusinya. Kalau untuk rapat rumah sakit diadakan persemester dan tahunan. Sedangkan dimstalisasi masing-masing mereka mengadakan tiap 2 minggu yaitu rapat layanan.
			1	Belum sampai dievaluasi.
			2	Sampai saat ini sepeertinya belum sampai pada tahap evaluasi.
			3	Belum.
			4	Belum sampai disitu
		Apa hambatan dalam evaluasi?	11	Hambatannya biasanya menyangkut sistem pengumpulan data. Sistem informasi yang ada saat ini belum mampu secara optimal memberikan data yang akurat, disamping SDM yang belum semua terlatih.
		Apa kelanjutan dalam evaluasi?	11	Perbaikan terus menerus, tahap demi tahap mulai diusahakan.
			1	Evaluasi program belum jalan.
			2	Belum jalan.
			3	Belum ada ya
			4	Belum pernah berjalan.
		Apa manfaat yang dirasakan terhadap kegiatan evaluasi?	11	Bagi saya sangat bermanfaat, walaupun tidak semua teratasi tapi minimal satu persatu masalah dapat dicarikan pemecahan atau solusinya.
			1	Pasti bermanfaat, untuk perencanaan ke depan agar sesuai dengan kapasitas kemampuan.
			2	Untuk perbaikan barangkali sangat diperlukan.
			3	Manfaatnya untuk melengkapi kekurangan.
			4	Agar lebih baik untuk selanjutnya.
			7	Sarna dengan monitoring untuk introspeksi.
			8	Dijadikan bahan agar ke depan apa yang dikerjakan lebih baik.
			9	Bisa merencanakan sesuai kebutuhan.
			10	Apa ya, mungkin biar bisa lebih bagus untuk ke depannya.
3	Pengelolaan penyimpanan	Apakah sudah ada pedoman pengelolaan penyimpanan? Bagaimana yang dilakukan saat ini?	13	Kalau pedoman belum ada, hanya kasus-kasus tertentu biasanya dipresentasikan atau dibicarakan dan ada yang dibuatkan berita acaranya bila menyangkut hubungan interpersonal biasanya dengan tenaga medis, berhubungan dengan penanganan pasien dan menyangkut koordinasi antar sektor atau instalasi.
			11	Masih mengacu pada etika keperawatan belum ada pedoman khusus, Dalam etika itu ada batasan-batasannya, bila ringan cukup diselesaikan di ruangan. Tapi bila sudah sampai level 3 baru dibahas tingkat manajemen atas. Insya Allah tahun ini akan segera dibahas tentang pengendalian mutu dan pengelolaan penyimpanan

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
			1	Belum ada, diselesaikan di ruang saja untuk kasus ringan.
			2	Tidak tertulis diselesaikan saja di ruangan.
			3	Sampai saat ini belum ada pedomannya.
			4	Yang saya tahu belum ada.
		Apakah dikelola oleh Tim Gugus Kendali Mutu atau pernah ada tapi tidak aktif?	13	Sejauh ini memang belum pernah ada.
			11	Belum ada.
		Apakah pengelolaan terhadap penyimpangan rutin dilakukan?	11	Ya rutin, cepat ditanggapi tidak pernah ditunda-tunda.
			1	Ya harus cepat ditanggapi.
			2	Ya selalu dilakukan.
			3	Ya cepat kami tanggap, karena bila tidak segera akan menimbulkan masalah lain.
			4	Cepat dilakukan dan rutin.
		Bagaimana tindak lanjutnya?	11	Biasanya dikontrol oleh kepala instalasi/shief.
			1	Kami amati saja jangan sampai terulang lagi.
			2	Pengamatan dan mengingatkan kembali.
			3	Karena kami sedikit jadi tidak sulit mengawasinya.
			4	Ya diperingati dan dikontrol agar tidak terulang lagi.
4	DRK	Apakah sudah mengerti/memahami tentang DRK?	1	Ya kami sudah paham.
			2	Lumayan, sedikit-sedikit sudah dimengerti.
			4	Ya, sudah cukup paham.
			3	Sudah mengerti.
			5	Ya cukup paham dan dimengerti.
			7	Ya, sudah dipahami. Pernah dilakukan diskusi-diskusi.
			8	Mengerti. Tapi yang sering bukan diskusi tapi teguran.
			9	Ya cukup mengerti. Diskusi dengan kepala ruangan.
			10	Mengerti sedikit-sedikit. Dilakukan dengan kepala ruangan.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
		Apakah pernah dilakukan? Bila pernah kapan dilakukan DRK?	1	Kalau dilakukan sudah, Kami biasanya menyebutnya sharing bila ada yang menemukan satu kasus. Biasanya dilakukan perawat dalam satu shift. Tapi tidak terdokumentasi baik absensi maupun hasil diskusi. Paling kami mencatat di buku masing-masing hasil nya saja, tidak terdokumentasi dengan baik (seperti tidak mencatat tanggal, waktu, dan pesertanya).
			2	Biasanya kami langsung membicarakan saat itu juga bila ada masalah.
			3	Kalau di bedah sentral yang rutin dilakukan satu bulan sekali membahas apa saja dengan staf, tapi bila diperlukan yang sifatnya insidental sering juga dilakukan.
			4	Dalam rapat bulanan intern sering kami lakukan membahas satu kasus, namun insidental pernah juga. Kami biasa menyebutnya sharing.
			5	Pernah dilakukan, tapi tidak terdokumentasi.
			7	Pernah. Dicitat di buku catatan.
			8	Selama ini pernah sih diskusi dengan kepala ruangan bila ada satu kasus.
			9	Ya pernah, kami mencatat di buku catatan masing-masing yang penting saja.
			10	Ada, pernah, kami catat di buku masing-masing.
		Apakah manfaatnya?	7	Banyak ya, yang jelas menambah wawasan tentang satu kasus, sehingga bisa jadi bahan pelajaran untuk kami. Dan pengalaman itu sangat berharga.
			8	Cukup penting.
			9	Yang jelas menambah wawasan. Ilmu bertambah, hal-hal yang keliru supaya tidak terulang kembali.
			10	Sangat bermanfaat, menambah wawasan.
5	Dokumentasi asuhan keperawatan/kebidanan	Apakah sudah pernah dilakukan sosialisasi dokumen uskep /asbid?	11	Sudah dilakukan, berjenjang, jadi kalau saya sosialisasi dengan kepala instalasi sampai ke kepala shift dan kepala tim. Selanjutnya kepala instalasi /kepalashift /kepala tim ke perawat pelaksana. Beberapa revisi asuhan keperawatan telah kami lakukan sehingga disesuaikan dengan kondisi yang ada.
			1	Ya sudah dilakukan sosialisasi, sambil langsung dipraktikkan.
			2	Sudah dilakukan. Tidak terlalu sulit hanya pengisian tanda vital. Anamnesa dilakukan oleh dokter.
			3	Ya, sudah.
			4	Ya mereka sudah mengerti. Pencatatan dilakukan di status pasien dan buku catatan pasien. Status pasien berupa tanda vital diisi perawat. Namun pencatatan di buku kadang diisi kadang tidak.
			5	Mereka sudah diberitahu dan mengerti apa yang mesti didokumentasikan.

No	Materi	Pertanyaan	Informan	Jawaban
		Apakah berkas dokumentasi sudah cukup di ruangan?	1	Kalau dokumen askep cukup, tapi ada yang masih kurang seperti lembar observasi dan buku timbangan terima dengan petugas OK. Cara mengatasinya kami fotokopi sendiri.
			2	Cukup.
			3	Ada sebagian format yang masih kurang sehingga kami upayakan sendiri.
			4	Sudah cukup.
			8	Untuk asuhan kebidanan kan belum ada format yang khusus, masih dalam tahap pembahasan, jadi masih memakai format yang lama, sedangkan untuk acuannya sudah ada beberapa yang dibuat.
		Apakah ada kesulitan dalam pengisian dokumen?	7	Karena keterbatasan waktu dan tenaga sehingga terkadang teman-teman perawat belum menerapkan apa yang menjadi acuan dalam menerapkan asuhan keperawatan. Jadi yang seahalnya mereka saja. Kebanyakan memang mengerjakan apa yang menjadi order dokter.
			9	Seperinya menyangkut kedisiplinan dan motivasi SDM nya saja. Sebenarnya tidak sulit bila terus menerus digunakan
			10	Bagi kami tidak ada kesulitan
			5	Di ruang kami sibuk sehingga tidak sempat mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan baik, kebanyakan mengerjakan order dokter saja, ditambah dengan tugas dituar pekerjaan kami yang cukup menyita waktu
		Apa usulan terhadap dokumentasi askep/asbid?	7	Pengennya formatnya dipermudah karena tuntutan pekerjaan yang banyak, sehingga tidak sempat lagi mengisi dokumen secara lengkap.
			8	Mohon dipermudah.
			9	Karena kami hanya sedikit, jadi cukup disiplin, tidak ada kesulitan.
			10	Bisa saja tidak masalah.
			5	Kami menginginkan agar asuhan kebidanan memiliki format tersendiri dibedakan dengan keperawatan, karena ada kekhususan tersendiri, pemeriksaan lebih detail baik ibu dan bayi, belum lagi untuk pre dan pasca operasi. Tapi mereka juga meminta agar dibuat sederhana tapi tidak meninggalkan prinsip dasar. Usulan ini sudah sampai ke manajemen atas dan tahun ini rencana tersebut Insya Allah tersalisasi.

Lampiran 9

PEDOMAN FOCUS GROUP DISCUSSION

TANGGAL :

TEMPAT :

PESERTA :

1. Hasil temuan faktor input

NO	FAKTOR INPUT	SUMBER DARI	HASIL PENELITIAN
1	Uraian tugas	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
2	SOP	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
3	SAK	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
4	Pelatihan	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
5	Sistem penghargaan	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
6	Indikator kinerja	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	

2. Hasil temuan faktor proses

NO	FAKTOR INPUT	SUMBER DARI	HASIL PENELITIAN
1	Monitoring	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
2	Evaluasi	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	

3	Pengelolaan penyimpangan	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
4	DRK	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
5	Dokumentasi Asuhan Keperawatan	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	
6	Dokumentasi Asuhan Kebidanan	Telaah dokumen	
		Wawancara mendalam	

3. Tanggapan peserta FGD tentang hasil temuan primer dan sekunder

a. Faktor Input

No	Faktor Input	Hasil FGD
1	Uraian tugas	
2	SOP	
3	SAK	
4	Pelatihan	
5	Sistem penghargaan	
6	Indikator kinerja	

b. Faktor Proses

No	Faktor Proses	Hasil FGD
1	Monitoring	
2	Evaluasi	
3	Pengelolaan penyimpangan	
4	DRK	
5	Dokumentasi Asuhan Keperawatan	
6	Dokumentasi Asuhan Kebidanan	

4. Hambatan yang mungkin ditemui saat implementasi PMK

-
-
-
-
-
-
-
-

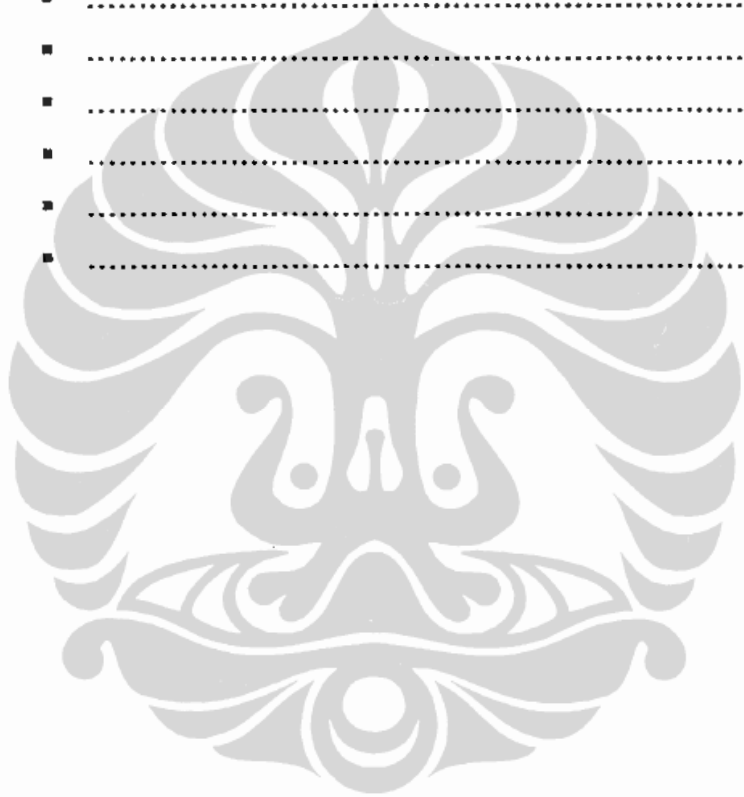
5. Tanggapan terhadap kesiapan organisasi dalam mengimplementasikan Kepemenkes NO. 836/Menkes/SK/VI/2005

-
-
-
-
-

-
-

6. Langkah yang ditempuh dalam menindaklanjuti hasil temuan dan status kesiapan RSU Bina Sehat :

-
-
-
-
-
-
-
-



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 836/MENKES/SK/VI/2005

TENTANG

**PEDOMAN PENGEMBANGAN MANAJEMEN
KINERJA PERAWAT DAN BIDAN**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** : a. bahwa pelayanan keperawatan dan kebidanan adalah merupakan pelayanan profesional yang diberikan oleh tenaga perawat dan bidan kepada perorangan dan masyarakat;
- b. bahwa dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan profesional keperawatan dan kebidanan di rumah sakit dan puskesmas diperlukan adanya suatu Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat** : 1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK/XII/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA PERAWAT DAN BIDAN**
- Kedua : Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat dan Bidan dimaksud dalam Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.**
- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam diktum Kedua digunakan sebagai acuan oleh perawat dan bidan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.**
- Keempat : Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pedoman ini dengan mengikutsertakan Organisasi Profesi sesuai dengan fungsi dan tugasnya masing-masing.**
- Kelima : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.**

**Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 2 Juni 2005**

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 836/Menkes/SK/VI/2005
Tanggal : 2 Juni 2005

**PEDOMAN PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA (PMK)
PERAWAT DAN BIDAN**

**BAB I
PENDAHULUAN**

Pada hakekatnya pelayanan keperawatan dan kebidanan dalam sistem pelayanan kesehatan merupakan proses pelayanan profesional yang diberikan oleh tenaga perawat dan bidan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik yang sehat maupun yang sakit, berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan dan kebidanan yang ada.

Reformasi Pembangunan mengamanatkan perlu dilakukannya pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Reformasi pembangunan bidang kesehatan telah dilaksanakan dengan ditetapkannya visi pembangunan kesehatan di Indonesia yang baru, yaitu Indonesia Sehat 2010.

Dalam rangka mewujudkan visi Indonesia Sehat 2010 telah ditetapkanlah misi pembangunan yaitu menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan di era desentralisasi, penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah dan berlangsung secara profesional, meliputi a) Konsolidasi manajemen sumber daya manusia, b) Penguatan aspek-aspek ilmu pengetahuan dan teknologi, semangat pengabdian, dan kode etik profesi, c) Penguatan konsep profesionalisme kesehatan, dan d) Aliansi strategis antara profesi kesehatan dengan profesi-profesi lain terkait. Untuk menilai keberhasilan tersebut ditetapkan standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan di kabupaten/kota. Dengan SPM ini diharapkan pelayanan kesehatan yang paling mendasar dan esensial dapat dipenuhi pada tingkat yang paling minimal secara nasional.

Dalam rangka analisis situasi pelayanan keperawatan dan kebidanan yang terkait dengan berbagai permasalahan dan perkembangan kesehatan sebagaimana tersebut di atas, Direktorat Pelayanan Keperawatan Depkes bekerja sama dengan WHO mengadakan penelitian tentang pelayanan keperawatan dan kebidanan yang dilakukan pada tahun 2000 di Propinsi Kalimantan Timur, Sumatera Utara dan Sulawesi Utara, Jawa Barat dan DKI, menunjukkan gambaran sebagai berikut: 1).70,9% perawat dan bidan selama 3 tahun terakhir tidak pernah mengikuti pelatihan, 2).39,8% perawat dan bidan masih melakukan tugas-tugas non keperawatan, 3) 47,4% perawat dan bidan tidak memiliki uraian tugas secara tertulis dan 4) belum dikembangkan monitoring dan evaluasi kinerja perawat dan bidan secara khusus.

Berdasarkan kondisi tersebut dan dalam rangka mengembangkan profesionalisme perawat dan bidan, Direktorat Pelayanan Keperawatan bersama WHO dan UGM pada tahun 2001 mengembangkan suatu model peningkatan kinerja perawat dan bidan di puskesmas dan rumah sakit yang kemudian dikenal sebagai "Pengembangan Manajemen Kinerja" (PMK). Model ini telah diterapkan di Kabupaten Sleman (DIY), Kabupaten Magelang, Kabupaten Semarang dan Kabupaten Grobogan (Jawa Tengah), dan Kabupaten Tabanan (Bali). Dari hasil evaluasi yang dilakukan pada bulan Januari–Maret 2003 menunjukkan adanya peningkatan kinerja perawat dan bidan setelah mengikuti kegiatan PMK baik di rumah sakit maupun puskesmas.

PMK sangat berperan untuk tercapainya indikator SPM Kabupaten/Kota yang dilaksanakan oleh Perawat dan Bidan di sarana kesehatan, mengingat perawat dan bidan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dengan jumlah yang cukup besar (40 %) dari seluruh kategori tenaga kesehatan. Disamping itu PMK juga menunjang penerapan Kepmenkes RI No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat serta Kepmenkes RI No. 900 tahun 2002 tentang registrasi dan praktik bidan khususnya dalam pelaksanaan tugas dan kewajiban perawat dan bidan dalam memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan.

Dalam rangka mewujudkan terciptanya pelayanan profesional keperawatan dan kebidanan, perlu disediakan pedoman pelaksanaan "Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) bagi perawat dan bidan di sarana pelayanan kesehatan". Pedoman ini juga merupakan acuan bagi stake holder (Dinas Kesehatan Propinsi, Kabupaten/Kota, Pemda, Rumah Sakit, Puskesmas) untuk menerapkan PMK di wilayah kerja masing-masing.

BAB II
PENGEMBANGAN MANAJEMEN DAN KINERJA (PMK)
PERAWAT DAN BIDAN

A. Pengertian, Falsafah, Tujuan dan Sasaran

1. Pengertian

Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) perawat dan bidan adalah suatu upaya peningkatan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana/institusi pelayanan kesehatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu.

2. Falsafah

PMK memfasilitasi terciptanya budaya kerja perawat dan bidan yang mengarah kepada upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan yang didasarkan pada profesionalisme, IPTEK, aspek legal, berlandaskan etika untuk mendukung sistem pelayanan kesehatan secara komprehensif.

3. Tujuan

Tujuan Umum:

Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana/institusi pelayanan kesehatan.

Tujuan Khusus :

- a. Meningkatnya pengetahuan dan keterampilan perawat dan bidan;
- b. Meningkatnya kepatuhan penggunaan standar dalam melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- c. Meningkatnya kemampuan manajerial pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- d. Meningkatnya pelaksanaan monitoring kinerja perawat dan bidan berdasarkan indikator kinerja yang disepakati;
- e. Meningkatnya kegiatan diskusi refleksi kasus (DRK) keperawatan dan kebidanan;

- f. Meningkatnya mutu asuhan keperawatan dan kebidanan;
- g. Meningkatnya kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan kebidanan;

4. Sasaran

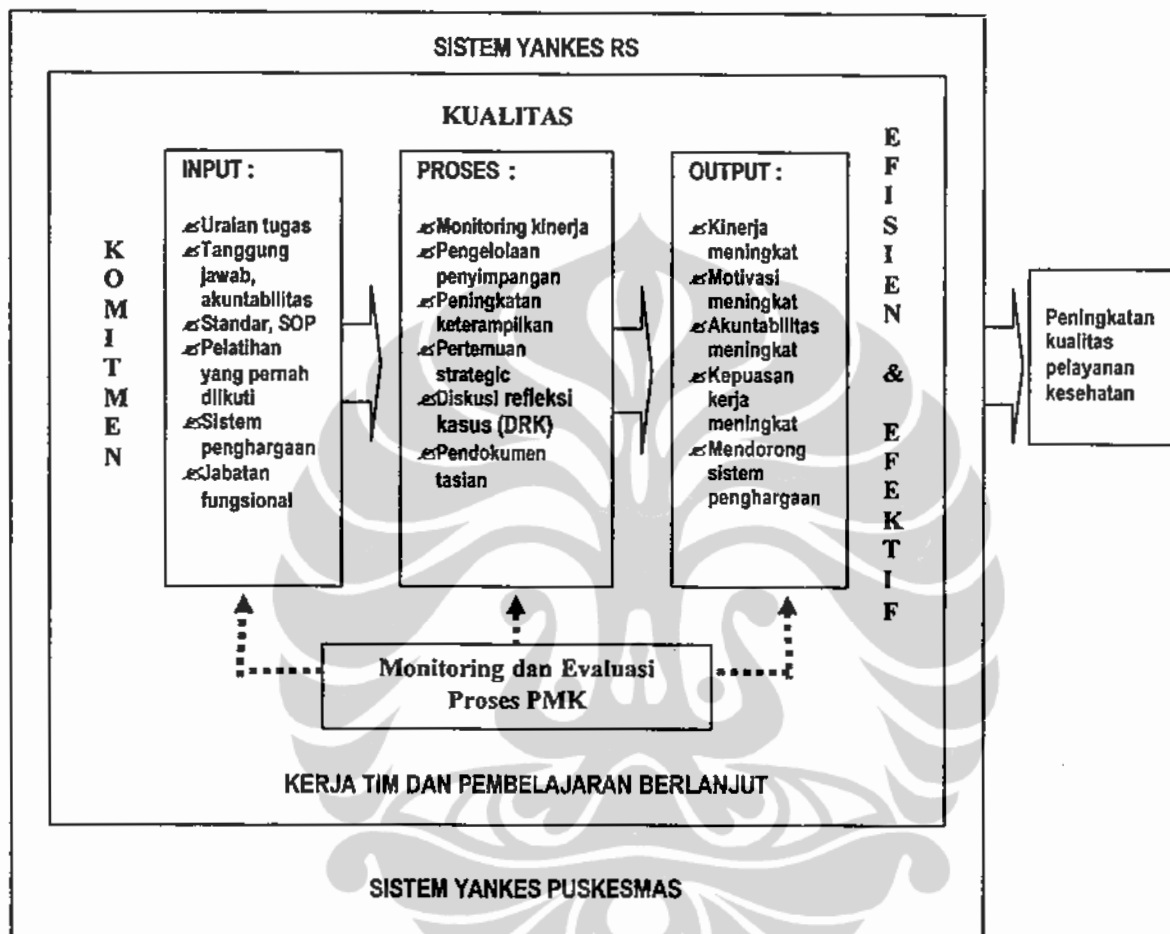
Sasaran kegiatan PMK adalah :

- a. Perawat dan bidan pelaksana, serta manajer lini pertama (*first line manager*) yaitu: kepala ruangan, wakil kepala ruangan di RS, perawat dan bidan sebagai penanggung jawab program di Puskesmas, serta pimpinan keperawatan/kebidanan di sarana pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Pimpinan sarana kesehatan, Direktur, Kepala Bidang/Kepala Seksi, Kepala Instalasi dan supervisor (rumah sakit), Kepala Puskesmas, dan Kepala sarana pelayanan kesehatan lainnya.

B. Kerangka Konsep PMK perawat dan bidan

Kerangka konsep perawat dan bidan akan dideskripsikan dalam alur pendekatan sistem yaitu adanya input, proses, dan output sebagaimana pada skema di bawah ini.

SKEMA PMK PERAWAT DAN BIDAN



PMK sebagai suatu sistem meliputi tiga unsur penting, yaitu : Input, Proses dan Output.

Input PMK meliputi: standar (SOP), uraian tugas, tanggung jawab dan akuntabilitas, jabatan fungsional, sistem penghargaan, pelatihan yang pernah diikuti.

Proses PMK meliputi : monitoring berdasarkan indikator kinerja, pengelolaan penyimpangan, pendokumentasian kegiatan, diskusi refleksi kasus, pertemuan strategik.

Output PMK meliputi: peningkatan kesadaran staf terhadap tugas dan tanggung jawab, peningkatan kinerja, dan peningkatan motivasi, peningkatan kepuasan kerja dan mendorong dikembangkannya sistem penghargaan yang berdampak terhadap peningkatan kualitas asuhan keperawatan dan kebidanan serta pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

PMK yang diterapkan di rumah sakit, puskesmas, atau sarana pelayanan kesehatan lain menjadi bagian dari sistem pelayanan kesehatan termasuk "clinical governance" yang ada di sarana kesehatan dimaksud. Sistem "clinical governance" menjamin setiap orang dalam organisasi bertanggung jawab dalam membenarkan pelayanan. PMK menjamin seluruh perawat dan bidan mempunyai tanggung jawab yang jelas dan memahami akuntabilitas mereka dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Melalui PMK akan dapat diperoleh perubahan-perubahan internal dalam keperawatan dan kebidanan serta perubahan eksternal pada organisasi. Perubahan dimaksud antara lain Perawat dan Bidan secara terus menerus belajar untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan pribadi; merubah model mental dalam praktik keperawatan dan kebidanan melalui struktur yang sistematis dalam penerapan standar keperawatan dan kebidanan; pimpinan dan semua staf menyusun visi bersama sehingga dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat; pimpinan termotivasi untuk mengembangkan diri dan timnya guna memperoleh tim kerja yang kuat dan solid.

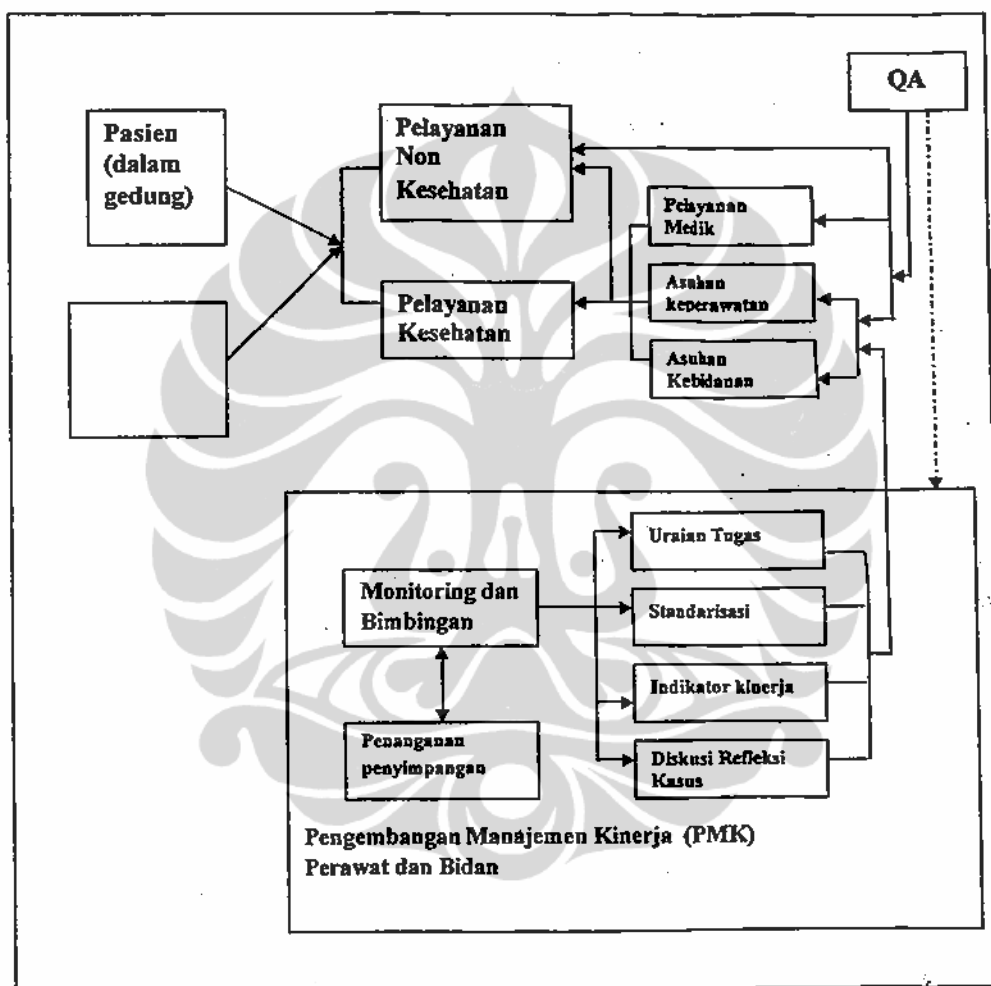
Dalam proses PMK mendorong terjadinya proses belajar secara terus menerus dan peningkatan penggunaan standar dan monitoring, sehingga pada akhirnya dapat diperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi untuk mempercepat pencapaian indikator SPM Kabupaten/Kota serta menunjang Indonesia Sehat 2010

C. PMK Perawat dan Bidan sebagai bagian integral dari Pelayanan Kesehatan

Untuk memudahkan pemahaman dalam penerapan PMK, pengintegrasian konsep PMK dalam sistem pelayanan kesehatan di masing-masing institusi rumah sakit dan puskesmas dibahas secara terpisah sebagaimana digambarkan pada skema di bawah ini. Dalam skema berikut menggambarkan perlunya perawat dan bidan senior melakukan monitoring keseluruhan proses manajemen termasuk memonitor indikator kunci kinerja, memfasilitasi diskusi kasus dan membantu staf untuk meningkatkan kinerja dalam rangka mencapai mutu pelayanan sebagaimana yang diharapkan oleh institusi pelayanan kesehatan

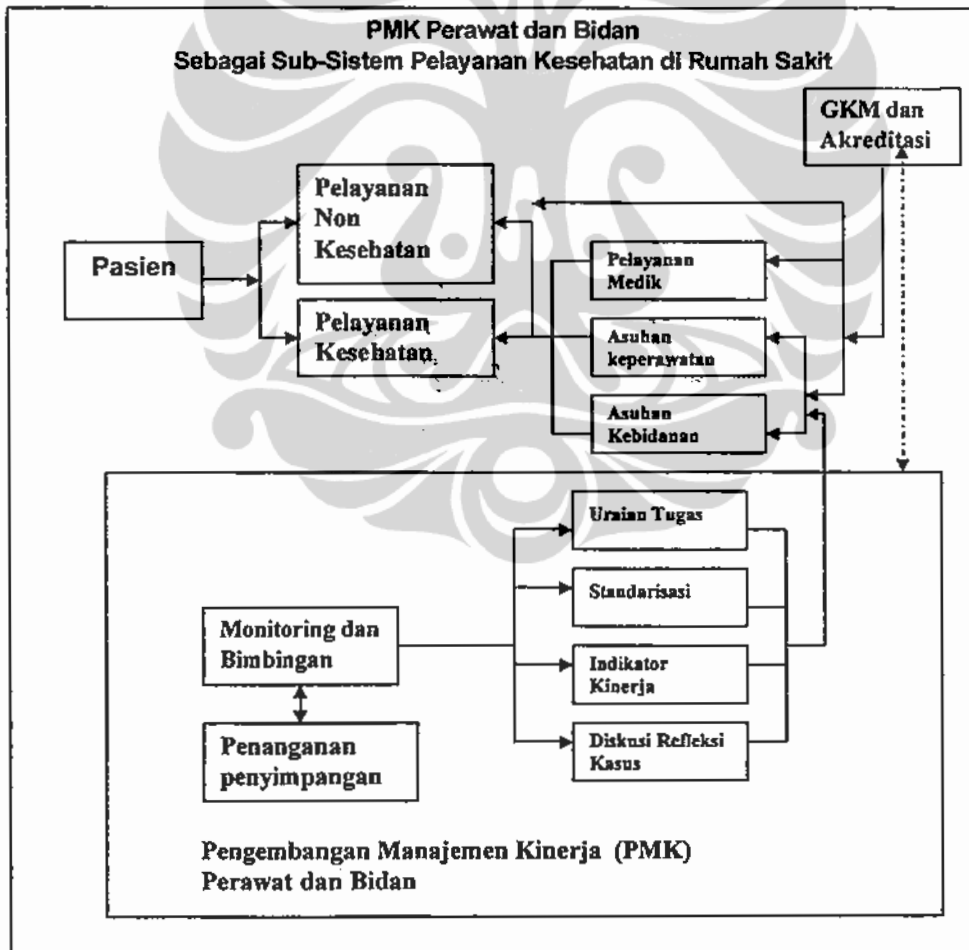
1. PMK Untuk Perawat dan Bidan di Puskesmas

PMK Perawat dan Bidan Sebagai Sub-Sistem Pelayanan Kesehatan di Puskesmas



PMK perawat dan bidan yang diterapkan di puskesmas berdampak pada meningkatnya kepatuhan dalam penggunaan standar dan uraian tugas. Penerapan standar dalam setiap pemberian asuhan keperawatan dan kebidanan diikuti dengan monitoring dan evaluasi berdasar pada indikator kinerja klinik yang telah ditetapkan. Penerapan standar dan uraian tugas secara konsekuen merupakan salah satu indikator mutu/quality assurance dalam pemberian pelayanan kesehatan di puskesmas. Quality assurance di puskesmas menekankan peningkatan performa tenaga kesehatan termasuk perawat dan bidan dan sejauhmana masalah pelayanan yang ditemukan dapat diatasi secara holistik dan komprehensif dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah. Diskusi refleksi kasus merupakan media strategis untuk mengidentifikasi masalah dan menetapkan alternatif mangatasinya.

2. PMK perawat dan bidan di Rumah Sakit



D. KOMPONEN PMK

Dalam menerapkan PMK diperlukan pelatihan ketrampilan manajerial bagi setiap manajer lini pertama perawat dan bidan dalam mengelola kinerja staf. Pada pelatihan tersebut ditekankan pada penguasaan 5 komponen PMK. Komponen dimaksud mencakup: standar, uraian tugas, indikator kinerja, sistem monitoring, dan diskusi refleksi kasus.

1. Standar

Komponen utama yang menjadi kunci dalam PMK adalah Standar, yang meliputi Standar Profesi, standar operasional prosedur (SOP), dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat dan bidan di sarana pelayanan kesehatan.

Standar keperawatan dan kebidanan bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dan bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bermutu sehingga setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan berorientasi pada budaya mutu. Selain hal tersebut standar dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pekerjaan, dapat meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf, dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta melindungi masyarakat/klien dari pelayanan yang tidak bermutu.

Dalam implementasi PMK, perawat dan bidan dibimbing secara khusus untuk menyusun dan mengembangkan SOP yang nantinya akan digunakan sebagai acuan di sarana pelayanan kesehatan setempat.

2. Uraian tugas

Uraian tugas adalah seperangkat fungsi, tugas, dan tanggungjawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara set pekerjaan yang satu dengan yang lainnya. Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggung jawab serta akuntabilitas setiap perawat dan bidan dalam melaksanakan peran dan fungsinya. Kejelasan uraian tugas dimaksud dapat memandu setiap perawat dan bidan untuk melaksanakan kegiatan sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan setempat. Dengan adanya uraian tugas yang jelas bagi setiap jabatan klinis akan memudahkan manajer/pimpinan untuk menilai kinerja staf secara obyektif dan dapat digunakan sebagai dasar upaya promosi staf ke jenjang yang lebih tinggi.

Selama proses penerapan PMK, perawat dan bidan difasilitasi untuk mengidentifikasi kembali seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan. Hasil identifikasi masing-masing perawat dan bidan dibahas dalam kelompok untuk menghasilkan uraian tugas sesuai dengan posisi pekerjaan dan standar yang telah disepakati. Dengan melibatkan perawat dan bidan dalam proses perumusan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang jelas terhadap uraian tugas dari suatu pekerjaan dan akan memberi keyakinan dan dorongan untuk menilai tingkat kemampuan diri (*self evaluation*) dan peningkatan motivasi kerja perawat dan bidan.

3. Indikator kinerja

Indikator kinerja perawat dan bidan adalah variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator yang berfokus pada hasil asuhan keperawatan dan kebidanan kepada pasien dan proses pelayanannya disebut indikator klinis. Indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien yang berdampak terhadap pelayanan.

Indikator klinis PMK ini diidentifikasi, dirumuskan, disepakati, dan ditetapkan bersama diantara kelompok perawat dan bidan serta manajer lini pertama keperawatan/kebidanan (*first line manager*), untuk mengukur hasil kinerja klinis perawat dan bidan terhadap tindakan yang telah dilakukan, sehingga variabel yang akan dimonitor dan dievaluasi menjadi lebih jelas bagi kedua belah pihak.

4. Diskusi Refleksi Kasus (DRK).

Diskusi refleksi kasus adalah suatu metoda dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat dan bidan dalam menerapkan standar dan uraian tugas. Pengalaman klinis yang direfleksikan merupakan pengalaman aktual dan menarik baik hal-hal yang merupakan keberhasilan maupun kegagalan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan termasuk untuk menemukan masalah dan menetapkan upaya penyelesaiannya misal dengan adanya rencana untuk menyusun SOP baru

DRK dilaksanakan secara terpisah antara profesi perawat dan bidan minimal satu bulan sekali selama 60 menit dengan tujuan untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan antar peserta diskusi. Tindak lanjut DRK ini dapat berupa kegiatan penyusunan SOP-SOP baru sesuai dengan masalah yang ditemukan.

5. Monitoring

Kegiatan monitoring meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati yang dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauhmana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana. Monitoring bermanfaat untuk mengidentifikasi adanya penyimpangan dan mempercepat pencapaian target.

Monitoring perlu direncanakan dan disepakati antara pimpinan, supervisor terpilih dan pelaksana. Monitoring dilakukan terhadap indicator yang telah ditetapkan guna mengetahui penyimpangan kinerja atau prestasi yang dicapai, dengan demikian setiap perawat/bidan akan dapat menilai tingkat prestasinya sendiri. Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh supervisor diinformasikan kepada staf. Bila terjadi penyimpangan, supervisor bersama pelaksana mendiskusikan masalah tersebut dan hasilnya dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

E. Prinsip-prinsip PMK Perawat dan Bidan

Prinsip-prinsip yang diterapkan dalam PMK Perawat dan Bidan mencakup:

1. Komitmen

Komitmen dapat diartikan sebagai janji atau tanggung jawab. Hal ini dapat diartikan bahwa setiap orang/pihak/institusi yang berkomitmen terhadap PMK berjanji untuk melaksanakan PMK. Adanya komitmen ini sangat diperlukan mulai dari tingkat pimpinan/pengambil keputusan di pemerintahan kabupaten/kota, dinas kesehatan kabupaten/kota, rumah sakit, puskesmas, IBI, PPNI dan institusi lain yang terkait dengan pelaksanaan PMK.

Komitmen ini merupakan salah satu komponen yang dapat menjamin kesinambungan kegiatan.

2. Kualitas

Pelaksanaan PMK diarahkan untuk meningkatkan kualitas SDM keperawatan dan kebidanan meliputi kinerja dan hasil pelayanannya. Dengan meningkatnya kualitas tenaga perawat dan bidan diharapkan akan tercermin dalam kinerja sehari-hari di tempat kerja. Peningkatan kinerja perawat dan bidan akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan menjadi lebih baik sehingga akan memperbaiki citra pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana pelayanan kesehatan.

3. Kerja Tim

PMK tidak hanya ditujukan kepada perawat dan bidan tetapi juga mendorong adanya kerjasama kelompok (*team work*) antar tenaga kesehatan (perawat, bidan, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya). Kerjasama tim merupakan salah satu penentu keberhasilan pelayanan kesehatan.

4. Pembelajaran Berkelanjutan

Di dalam penerapan PMK memberi kondisi terjadinya pembelajaran berkelanjutan yang memungkinkan setiap individu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya, sehingga dapat mengikuti perkembangan IPTEK.

5. Efektif dan Efisien

Dengan menerapkan PMK maka perawat dan bidan dapat bekerja secara efektif dan efisien karena mereka bekerja sesuai dengan standard dan uraian tugas serta diikuti dengan monitoring dan evaluasi yang dapat meminimalkan kesalahan-kesalahan dalam pekerjaan. Adanya kejelasan tugas memungkinkan setiap orang bekerja pada area yang telah ditetapkan.

BAB III STRATEGI DAN PELAKSANAAN

A. Strategi

1. Membangun Komitmen

Membangun komitmen ditempatkan pada tempat yang pertama pada strategi penerapan PMK Perawat dan Bidan, karena komitmen semua pihak terkait/*stakeholder* sangat penting untuk langkah selanjutnya.

Apabila komitmen pada *stakeholder* dapat disepakati maka dapat merupakan suatu langkah awal yang menentukan untuk keberhasilan penerapan PMK Perawat dan Bidan.

Untuk itu secara berkesinambungan perlu dilakukan komunikasi dan kordinasi secara terus menerus tentang PMK Perawat dan Bidan sehingga dicapai suatu pemahaman dan kesepakatan pada *stakeholder*.

2. Melibatkan *Stakeholder*

Setelah memperoleh komitmen, keterlibatan *stakeholder* diharapkan dapat memberikan dukungan yang nyata baik moril maupun materil untuk keberhasilan penerapan PMK Perawat dan Bidan.

3. Mengelola Sumber Daya

Dengan adanya komitmen yang kuat dari para *stakeholder* diharapkan pengelolaan SDM, sumber dana, dan fasilitas dapat ditingkatkan untuk mengoptimalkan keberhasilan PMK perawat dan bidan

4. Profesionalisme

Pengelolaan PMK perlu dilaksanakan secara profesional didasarkan pada *evidence* dan perencanaan yang matang serta diimplementasikan secara sungguh-sungguh berdasar pada pedoman pelaksanaan PMK, standar profesi, SOP keperawatan dan kebidanan, serta pedoman pelayanan kesehatan lainnya.

5. Desentralisasi

Dalam rangka otonomi daerah, PMK dapat dikembangkan sesuai dengan kondisi daerah namun tetap berpedoman pada pedoman yang ditetapkan dalam keputusan ini.

B. Pelaksanaan

Dalam rangka pengembangan PMK perawat dan bidan, diperlukan peran serta aktif dan komitmen dari berbagai pihak mulai dari tingkat Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota, rumah sakit, dan puskesmas. Disamping itu perlu adanya kejelasan peran di setiap tingkat administrasi dimaksud dan tahapan pelaksanaannya.

1. Peran dan fungsi tingkat Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota, rumah sakit, dan puskesmas.

a. Tingkat pusat (Depkes)

- 1) Merumuskan kebijakan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- 2) Mengembangkan standar dan pedoman, bahan-bahan dan modul-modul PMK;
- 3) Menyiapkan sumber daya manusia professional yang dapat berperan serta aktif dalam kegiatan PMK;
- 4) Pembinaan SDM dalam rangka peningkatan kompetensi perawat dan bidan;
- 5) Melakukan sosialisasi PMK di semua tingkat administrasi dan stakeholder serta sektor swasta;
- 6) Melakukan kerja sama dengan pihak terkait dan *donors agency*;
- 7) Melakukan pemantauan dan evaluasi kegiatan serta tindak lanjutnya;

b. Tingkat propinsi

- 1) Melaksanakan sosialisasi kebijakan pelayanan keperawatan dan kebidanan termasuk program peningkatan kinerja perawat dan bidan (PMK);
- 2) Membentuk kordinator keperawatan dan kordinator kebidanan di tingkat Dinas Kesehatan Propinsi yang akan merencanakan peningkatan pelayanan keperawatan dan kebidanan termasuk PMK;
- 3) Menyiapkan sumber daya manusia professional yang dapat berperan serta aktif dalam kegiatan PMK;
- 4) Pembinaan SDM dalam rangka peningkatan kompetensi perawat dan bidan;
- 5) Melakukan kerja sama dengan pihak terkait dan *donors agency*;
- 6) Menyelenggarakan pelatihan PMK;
- 7) Melakukan pemantauan dan evaluasi kegiatan serta tindak lanjutnya;

- c. Tingkat Kabupaten/Kota
- 1) Merumuskan kebijakan teknis dan operasional pengembangan kinerja perawat dan bidan;
 - 2) Melaksanakan sosialisasi kebijakan pelayanan keperawatan dan kebidanan termasuk program peningkatan kinerja perawat dan bidan;
 - 3) Membentuk kordinator keperawatan dan kordinator kebidanan di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mengelola PMK dan pelayanan keperawatan dan kebidanan pada umumnya;
 - 4) Menyiapkan sumber daya manusia professional yang dapat berperan serta aktif dalam kegiatan PMK;
 - 5) Melakukan kerja sama dengan pihak terkait dan *donors agency*;
 - 6) Menyelenggarakan pelatihan PMK;
 - 7) Pembinaan SDM dalam rangka peningkatan kompetensi klinis perawat dan bidan;
 - 8) Melakukan pemantauan dan evaluasi kegiatan serta tindak lanjutnya;
- d. Rumah sakit/puskesmas (sarana pelayanan kesehatan lain)
- 1) Merumuskan upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan kebidanan dan peningkatan kinerja perawat dan bidan;
 - 2) Menetapkan kordinator perawat dan bidan serta tim PMK;
 - 3) Menerapkan PMK;
 - 4) Memonitor dan mengevaluasi kinerja perawat dan bidan;
2. Tahapan pelaksanaan pelatihan PMK
- Pelaksanaan PMK pada suatu daerah (propinsi/kabupaten/kota) meliputi beberapa tahapan, sebagai berikut :
- a. Persiapan
Kegiatan persiapan ini meliputi: sosialisasi di lingkungan Dinas Kesehatan propinsi, pertemuan dengan calon Pelatih Propinsi, pertemuan di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang akan menerapkan PMK;
 - b. Pelatihan Pelatih Propinsi
Untuk terlaksananya kegiatan PMK perlu adanya tenaga pelatih di tingkat propinsi, untuk itu dilakukan pelatihan bagi pelatih tingkat propinsi (*Provincial Training of Trainer*). Calon latih adalah tenaga perawat dan bidan yang berasal dari Dinas Kesehatan Propinsi, Institusi pendidikan keperawatan/kebidanan, organisasi profesi (PPNI dan IBI), Balai Latihan Kesehatan (Bapekes), dengan persyaratan yang telah

ditentukan. Pelatih propinsi adalah orang yang mengikuti pelatihan di tingkat propinsi (*Provincial Training of Trainer/PTOT*) sampai tuntas, sehingga yang bersangkutan dapat memberikan pelatihan lebih lanjut di Kabupaten/ Kota

c. Pelatihan Pelatih Kabupaten/Kota

Di tingkat kabupaten/kota dilakukan pelatihan untuk pelatih kabupaten/kota (*District Training of Trainer/DTOT*). Calon latih adalah perawat dan bidan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Institusi pendidikan keperawatan dan kebidanan, organisasi profesi (PPNI dan IBI), dari rumah sakit dengan persyaratan yang telah ditentukan. Pelatih kabupaten adalah orang yang mengikuti DTOT sampai tuntas. Pelatih kabupaten ini akan melakukan pelatihan lebih lanjut kepada perawat dan bidan pelaksana di rumah sakit dan puskesmas.

d. Pengkajian di rumah sakit dan puskesmas (*Field Assessment*)

Untuk mengetahui sejauh mana materi latihan dan substansi yang dilatihkan menunjang proses kerja di kemudian hari, perlu dilakukan pengkajian situasi pekerjaan di rumah sakit dan puskesmas tempat calon-calon latih bekerja. Sehingga pelatihan yang akan dilakukan dapat lebih diarahkan guna meningkatkan kemampuan calon peserta latih, dan materi pelatihan lebih bisa diarahkan sesuai kondisi calon latih.

e. Pertemuan strategis di tingkat kabupaten (*District Strategic Meeting*)

Pertemuan ini diarahkan untuk memperoleh dukungan dari pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, pimpinan rumah sakit dan puskesmas, pimpinan Pemerintah Kabupaten/Kota, organisasi profesi (PPNI dan IBI), institusi pendidikan keperawatan dan kebidanan.

f. Pelatihan perawat dan bidan (tahap 1)

Pelatihan tahap pertama dilakukan di dalam kelas, dengan calon latih adalah perawat dan bidan pelaksana, atau perawat dan bidan yang berkedudukan sebagai manager lini pertama, seperti kepala seksi, kepala ruangan atau wakil kepala ruangan di rumah sakit, perawat dan bidan senior di puskesmas. Tim pelatih adalah dari tingkat propinsi dan kabupaten/kota dengan fasilitator dari pelatih nasional.

g. Lokakarya di rumah sakit dan puskesmas (*Field Workshop*)

Lokakarya dilakukan diantara pelatihan tahap satu dan dua. Lokakarya lebih diarahkan untuk memperoleh dukungan dari pimpinan institusi sarana kesehatan (RS dan puskesmas) dan *stake holder* yang ada di RS dan puskesmas.

h. Pelatihan perawat dan bidan (tahap 2)

Pelatihan tahap dua adalah kelanjutan pelatihan tahap pertama dengan peserta yang sama pada tahap pertama dengan penekanan pada aspek manajerial

i. Pelatihan Supervisi

Calon peserta latih supervisor adalah berasal dari peserta pelatihan tahap satu dan dua yang memiliki kemampuan/kompetensi sebagai supervisor. Pelatihan dilakukan untuk lebih memantapkan peranannya sebagai supervisor dan pembimbing klinis perawat dan bidan.

j. Bimbingan (*Coaching*) dan Monitoring

Bimbingan dilakukan oleh Tim pelatih ke rumah sakit dan puskesmas dalam upaya menindak lanjuti kegiatan pasca pelatihan, sehingga peserta pelatihan dapat lebih mengoptimalkan hasil pelatihan di tempat kerja.

k. Pertemuan strategis di tingkat propinsi (*Provincial Strategic meeting*)

Pertemuan ini dilakukan untuk mengevaluasi proses kegiatan yang telah dilakukan, dan dibahas dalam pertemuan ini adalah tindaklanjut yang akan dilakukan oleh tingkat propinsi pasca pelatihan, serta merencanakan untuk menerapkan kegiatan PMK ke kabupaten/kota lain yang ada di propinsi tersebut dan menjaga kelangsungannya. Peserta pertemuan adalah unsur Pemerintahan Propinsi, Institusi Pendidikan keperawatan dan kebidanan, organisasi profesi, pimpinan Dinas Kesehatan propinsi, pimpinan rumah sakit dan pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah menerapkan PMK

l. Pelaporan.

Pelaporan seluruh hasil kegiatan berdasarkan dokumentasi proses kegiatan, dan juga sebagai dasar untuk melakukan monitoring, pembinaan dan evaluasi.

3. Tahap pematapan PMK di sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas)

Untuk menjaga kelangsungan dan kualitas penerapan PMK di rumah sakit dan puskesmas pasca pelatihan PMK, perlu dilaksanakan pematapan di masing-masing institusi baik oleh pelaksana keperawatan/kebidanan itu sendiri maupun oleh pimpinan institusi dan pimpinan wilayah. Pematapan PMK di rumah sakit dan puskesmas meliputi pelaksanaan PMK pasca pelatihan, supervisi, dan monitoring dan evaluasi.

a. Pelaksanaan komponen PMK oleh perawat dan bidan

Setelah melalui proses pelatihan PMK baik di kelas dan di lapangan (rumah sakit/puskesmas) dilanjutkan dengan penerapan nyata di institusi masing-masing. Perawat dan bidan diharapkan untuk selalu menggunakan standar/SOP dalam melaksanakan tugas disamping melaksanakan uraian tugas yang telah dimiliki oleh masing-masing personel. Perawat dan bidan kordinator melaksanakan fungsi monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan keperawatan dan kebidanan berdasar pada indikator kinerja yang telah dimiliki dengan menggunakan instrumen penilaian kinerja. Diskusi refleksi kasus dilaksanakan secara rutin setiap satu bulan sekali untuk membahas permasalahan dan temuan aktual serta keberhasilan yang telah dicapai. Dokumentasi hasil pelayanan keperawatan dan kebidanan perlu ditingkatkan pelaksanaannya sehingga dapat dimiliki pertanggung jawaban legal dan sebagai bahan untuk perencanaan pelayanan keperawatan dan kebidanan.

b. Supervisi dan bimbingan

Untuk menjaga sustainabilitas PMK dalam penerapannya di rumah sakit dan puskesmas diperlukan supervisi yang terarah dan terencana. Supervisi ini dilaksanakan secara berjenjang dan berlanjut di setiap tingkatan. Kordinator perawat dan bidan melaksanakan supervisi klinik kepada perawat dan bidan pelaksana dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Melalui supervisi ini diharapkan terjadi peningkatan kinerja setelah dilakukan bimbingan klinis terhadap adanya penyimpangan-penyimpangan penerapan SOP maupun uraian tugas.

Bimbingan manajerial dilaksanakan oleh pimpinan keperawatan atau pimpinan institusi terhadap proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan dan kebidanan. Bimbingan dari Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota perlu dilaksanakan secara terencana dan berkesinambungan untuk meningkatkan proses kinerja administratif penerapan PMK perawat dan bidan

c. Monitoring dan evaluasi

Monitoring dan evaluasi PMK ditujukan untuk menilai sejauh mana pencapaian indikator kinerja pelayanan keperawatan dan kebidanan. Untuk ditingkat operasional, monitoring evaluasi dilaksanakan oleh kordinator perawat dan bidan terhadap perawat dan bidan pelaksana dengan menggunakan instrumen monitoring evaluasi serta perlu direncanakan secara matang. Pimpinan keperawatan/kebidanan yang lebih tinggi atau pimpinan tertinggi institusi melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap jajaran manajerial di bawahnya untuk memantau dan menilai sejauh mana indikator administratif dan klinis telah tercapai.



BAB IV PEMANTAUAN DAN PENILAIAN

A. Pemantauan dan Penilaian di masing-masing tingkat administratif

1. Tingkat Propinsi

Dinas kesehatan propinsi mempunyai kewenangan melakukan koordinasi, fasilitasi dan pemantauan dalam penerapan PMK yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksanaan pemantauan berdasarkan koordinasi dan kesepakatan dengan kabupaten/kota, sesuai dengan kemampuan, situasi dan kondisi masing-masing daerah.

a. Tujuan

- 1) Untuk mengetahui keberhasilan, permasalahan, dan hambatan dalam pengembangan PMK;
- 2) Untuk mendapatkan informasi tentang inovasi yang dilakukan dalam pengembangan PMK;
- 3) Memberikan masukan dan saran dalam upaya pemecahan permasalahan dan mengatasi hambatan dalam penerapan PMK;

b. Ruang lingkup pemantauan meliputi :

- 1) Upaya pelaksanaan PMK;
- 2) Upaya perluasan pelaksanaan PMK;
- 3) Upaya peningkatan mutu pelaksanaan PMK;

c. Teknik, Pelaksanaan pemantauan dilaksanakan melalui :

- 1) Pengamatan;
- 2) Wawancara;
- 3) Forum pertemuan umpan balik;
- 4) Lokakarya pelaksanaan PMK;

d. Waktu Pelaksanaan

Frekuensi pemantauan sekurang-kurangnya dua kali dalam satu tahun.

2. Tingkat Kabupaten/Kota

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas, oleh karenanya menjadi tugas dinas kesehatan kabupaten/kota untuk melakukan pembinaan pemantauan dan penilaian terhadap Puskesmas dalam pelaksanaan PMK.

a. Tujuan

- 1) Memastikan bahwa pelaksanaan tugas sesuai dengan yang direncanakan;
- 2) Memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang telah disepakati/ditetapkan;
- 3) Mengetahui kemajuan, permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan PMK;
- 4) Mengetahui inovasi dalam pelaksanaan PMK;
- 5) Memberikan masukan dan saran upaya pemecahan masalah;

b. Ruang lingkup

Aspek/ruang lingkup dalam melaksanakan pemantauan dan penilaian meliputi hal sebagai berikut :

- 1) Pelayanan terhadap klien;
- 2) Manajemen program;
- 3) Pelaksanaan kegiatan yang tertuang dalam perencanaan;
- 4) Pengembangan program;
- 5) Inovasi dalam pelaksanaan;

c. Teknik

Pemantauan dan penilaian dapat dilaksanakan melalui berbagai cara antara lain:

- 1) Pengamatan langsung;
- 2) Pertemuan umpan balik;
- 3) Pengamatan dokumen (catatan medik, catatan keperawatan, notulen pertemuan, dll);

d. Waktu Pelaksanaan

Pelaksanaan pemantauan sekurang-kurangnya sekali dalam tiga bulan, dikoordinasikan dan disepakati antara Kabupaten/Kota dan Puskesmas, serta disesuaikan dengan kemampuan, situasi dan kondisi masing-masing daerah.

3. Puskesmas

Puskesmas telah dilengkapi dengan perangkat manajemen yang terdiri dari perencanaan, penggerakan pelaksanaan serta pengawasan, pengendalian dan pertanggungjawaban. Kepala Puskesmas bertanggungjawab untuk mengkoordinasikan penanggungjawab program dalam pelaksanaan PMK dan mengintegrasikan PMK dalam manajemen Puskesmas untuk menjaga kesinambungannya.

a. Tujuan

- 1) Memastikan pelayanan sesuai dengan standar/pedoman;
- 2) Mengetahui hambatan dan permasalahan yang dihadapi oleh petugas;
- 3) Melakukan upaya perbaikan dan peningkatan;

b. Teknik

Pemantauan dilaksanakan melalui:

- 1) Pengamatan langsung;
- 2) Pengamatan dokumen;
- 3) Diskusi kelompok terarah;
- 4) Survey pengguna jasa;

c. Waktu pelaksanaan

Pemantauan dan penilaian dilaksanakan secara berkala, sekurang-kurangnya sekali dalam sebulan.

4. Rumah Sakit.

Rumah sakit telah dilengkapi dengan perangkat manajemen yang terdiri dari perencanaan, penggerakan, pelaksanaan, pengawasan dan pertanggungjawaban.

Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk membentuk Tim PMK dengan menetapkan seorang koordinator yang bertanggungjawab untuk mengkoordinasikan penanggungjawab setiap ruangan dalam pelaksanaan PMK dan mengintegrasikan PMK dalam manajemen rumah sakit untuk tetap menjaga kesinambungan

a. Tujuan

- 1) Memastikan pelayanan dilaksanakan sesuai standar/SOP yang telah ditetapkan;
- 2) Mengetahui adanya hambatan dan permasalahan yang dihadapi oleh perawat dan bidan;
- 3) Melakukan upaya perbaikan dan meningkatkan mutu pelayanan Keperawatan dan Kebidanan;

b. Teknik

Pemantauan dilaksanakan melalui :

- 1) Pengamatan langsung;
- 2) Pengamatan dokumen;
- 3) Diskusi kelompok terarah;
- 4) Survei pengguna jasa;

c. Waktu Pelaksanaan

Pemantauan dilaksanakan secara berkala sekurang-kurangnya sekali dalam tiga bulan disesuaikan dengan kemampuan, situasi, dan kondisi masing –masing Rumah Sakit.

B. Indikator penerapan PMK Perawat dan Bidan

Indikator penerapan PMK Perawat dan Bidan diperlukan sebagai tolok ukur untuk menilai pencapaian penerapan PMK baik di tingkat pusat, propinsi, kabupaten/kota, rumah sakit maupun puskesmas.

**INDIKATOR PENERAPAN PMK
DI TINGKAT PROPINSI, KABUPATEN/KOTA,
DAN SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

LOKASI	STRUKTUR	PROSES	OUTPUT
Pusat	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Kebijakan nasional tentang PMK perawat dan bidan ☞ Dukungan dari stake holder Pusat ☞ Tim monitoring ☞ National trainer ☞ Penanggung jawab kegiatan (Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik) ☞ Dukungan dana 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Sosialisasi dan advokasi ke propinsi ☞ Memfasilitasi propinsi dalam implementasi PMK ☞ Monitoring dan evaluasi ☞ Bimbingan dan supervisi ☞ Melakukan roll out ke propinsi lain 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Meningkatnya cakupan propinsi yang menerapkan PMK ☞ Meningkatnya jumlah pelatih nasional dan propinsi
Propinsi	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Kebijakan propinsi yang mendukung PMK perawat dan bidan ☞ Dukungan dari stake holder ☞ Tim Pelatih tingkat propinsi ☞ Tim monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Sosialisasi ke kabupaten/ kota ☞ Memfasilitasi penerapan PMK ☞ Monitoring dan evaluasi sesuai jadwal ☞ Bimbingan dan supervisi 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Meningkatnya jumlah kabupaten/ kota yang menerapkan PMK ☞ Meningkatnya jumlah pelatih kab/kota, perawat dan bidan yang dilatih

	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Tersedia dana untuk penerapan, pelatihan tim dan monitoring ☒ Ditetapkan penanggung jawab kegiatan (SK Dinkes) ☒ Ditetapkan tim pelatih (SK Dinkes) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Melakukan roll out ke kabupaten/ kota 	
Kabupaten/ kota	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Kebijakan Kab/ Kota yang mendukung PMK perawat dan bidan ☒ Dukungan dari stake holder ☒ Pelatih Kabupaten/kota ☒ Tim monitoring ☒ Tersedia dana untuk penerapan, pelatihan tim dan monitoring ☒ Ditetapkan penanggung jawab dan coordinator Perawat dan bidan tingkat Kab/Kota (SK Dinkes) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Sosialisasi ke RS/Puskesmas ☒ Penerapan dan roll out PMK ☒ Monitoring dan evaluasi sesuai jadwal ☒ Bimbingan dan supervisi secara periodik 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Meningkat jumlah rumah sakit dan puskesmas yang menerapkan PMK ☒ Meningkatnya jumlah perawat dan bidan yang telah ikut pelatihan PMK perawat dan bidan

	<ul style="list-style-type: none"> ☞Ditetapkan tim pelatih (SK Dinkes) ☞Perencanaan roll out 		
Rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> ☞Kebijakan RS yang mendukung PMK perawat dan bidan ☞Dukungan dari stake holder ☞Ada seorang koordinator yang bertanggung jawab dalam penerapan PMK (mengumpulkan data, evaluasi, dan pelaporan ke Dinkes) ☞Tersedia dana untuk penerapan, pelatihan dan monitoring ☞Perencanaan roll out ke ruangan lain ☞Jadwal monev ☞Semua ruangan mempunyai standar, mengembangkan uraian tugas, indikator kinerja dan 	<ul style="list-style-type: none"> ☞Ada kegiatan sosialisasi dan roll out ke ruangan perawatan lain ☞Menyusun SOP ☞Menyusun uraian tugas dan indikator kinerja klinis perawat dan bidan ☞Menyusun jadwal kegiatan ☞Ada kegiatan DRK (RCD) secara teratur tiap bulan sekali ☞Adanya pendokumentasi an ☞Adanya pelatihan (in-service training) ☞Monitoring dilakukan sesuai jadwal 	<ul style="list-style-type: none"> ☞Bertambahnya ruangan yg menerapkan PMK ☞Meningkatnya jumlah perawat dan bidan yang ikut pelatihan ☞Adanya uraian tugas tertulis setiap perawat dan bidan yg disahkan pimpinan ☞Setiap pelayanan keperawatan dan kebidanan ada SOP yang disahkan oleh pimpinan ☞Terlaksananya DRK secara rutin (dokumen) ☞Adanya kegiatan peningkatan keterampilan klinis perawat dan bidan ☞Meningkatnya kinerja klinis perawat dan bidan:

	Diskusi refleksi kasus (DRK)		<ul style="list-style-type: none"> o Menurunnya angka dekubitus o Menurunnya angka plebitis
Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dukungan dari Kepala Puskesmas ☞ Kepala Puskesmas bertanggung jawab dalam penerapan PMK (mengumpulkan data, evaluasi, dan pelaporan ke Dinkes) ☞ Tersedia dana untuk penerapan, pelatihan dan monitoring ☞ Ada rencana roll out ke Posyandu dan polindes ☞ Supervisor melakukan pengumpulan hasil monitoring sesuai jadwal dan melakukan penanganan penyimpangan ☞ Perawat dan bidan mengetahui standar profesi 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Menyusun SOP ☞ Menyusun uraian tugas dan indikator kinerja klinis perawat dan bidan ☞ Menyusun jadwal kegiatan ☞ Ada kegiatan DRK secara teratur tiap bulan sekali ☞ Adanya pendokumentasian ☞ Adanya pelatihan (in-service training) ☞ Monitoring dilakukan sesuai jadwal 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Jumlah perawat dan bidan yang ikut pelatihan ☞ Adanya uraian tugas tertulis setiap perawat dan bidan yg disahkan pimpinan ☞ Setiap pelayanan keperawatan dan kebidanan ada SOP yang disahkan oleh pimpinan ☞ Terlaksananya DRK secara rutin (dokumen) ☞ Adanya kegiatan peningkatan keterampilan klinis perawat dan bidan ☞ Meningkatnya individu, keluarga yang memperoleh penkes ☞ Meningkatnya kepatuhan perawat dan bidan dalam melakukan

	<p>dan SOP yang digunakan dalam pelayanan klinik, memiliki uraian tugas, indikator kinerja dan pelaksanaan DRK.</p>		<p>pelayanan berdasarkan SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Meningkatnya cakupan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Individu/ keluarga risti yang dikunjungi (home visit) ○ Terdeteksi risti ibu dan bayi ○ Ketepatan dan kecepatan Rujukan bumil risti dan ibu gawat darurat ke RS (sesuai SOP)
--	---	--	--

BAB V PENUTUP

Sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan, Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) bagi Perawat dan Bidan di sarana pelayanan kesehatan, merupakan suatu proses yang panjang dan kompleks. Keberhasilan pelaksanaan PMK sangat bergantung pada prakarsa, inovasi dan kesungguhan pelaksana terkait dalam melaksanakan peran dan tanggung jawabnya masing-masing dan faktor lain seperti ketersediaan peralatan, pedoman, dan standar operasional.

Kesamaan pengertian, efektifitas kerjasama atau kemitraan serta sinergi antara pelaksana bidang kesehatan di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota serta pemerintah daerah menjadi sangat berarti dalam mencapai tujuan Pengembangan Manajemen Kinerja bagi Perawat dan Bidan di sarana pelayanan kesehatan.

Pada akhirnya perlu dipahami, bahwa semua pihak terkait perlu menggalang komitmen dan bertanggung jawab dalam kelangsungan Pengembangan Manajemen Kinerja bagi Perawat dan Bidan ini.

Menjadi harapan bersama bahwa Kebijakan Pengembangan Manajemen Kinerja bagi Perawat dan Bidan tersebut dapat diterapkan di seluruh sarana pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit dan puskesmas Indonesia, sehingga dapat mempercepat pencapaian indikator standar pelayanan minimal Kabupaten/Kota dan pencapaian pelayanan kesehatan yang bermutu yang akhirnya akan terwujud Indonesia Sehat 2010.

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)