BUKU AJAR MANAJEMEN KEPERAWATAN

TEORI DAN KONSEP DALAM KEPERAWATAN

Hani Tuasikal, S. Kep.,Ns.,M.Kep
Selpina Embuai, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Moomina Siauta, S.Kep.,Ns.,M.Kep

MANAJEMEN KEPERAWATAN

Manajemen keperawatan yakni suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk dapat mencapai tujuan dan obyektifitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan.

Manajemen Keperawatan yakni salah satu tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan serta mengawasi sumber – sumber yang ada, baik sumber daya maupun dana sehingga dapat memberikan suatu pelayanan keperawatan yang efektif kepada pasien, keluarga dan masyarakat.

Manajemen keperawatan harus juga dapat diaplikasikan dalam suatu tatanan pelayanan nyata, yaitu di Rumah Sakit sehingga perawat perlu memahami konsep dan aplikasi. Konsep manajemen keperawatan pada suatu perencanaan berupa sebuah rencana strategi melalui pendekatan yaitu pengumpulan data, analisa SWOT dan menyusun langkah-langkah perencanaan, pelaksanaan secara operasional, khususnya dalam suatu pelaksanaan metoda asuhan keperawatan, melakukan pengawasan dan pengadilan serta dokumentasi yang lengkap.

ISBN 978-623-7908-47-0

9 786237 908470

MANAJEMEN KEPERAWATAN

MANAJEMEN KEPERAWATAN

Hani Tuasikal, S. Kep.,Ns.,M.Kep
Selpina Embuai, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Moomina Siauta, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Desanta Muliavisitama
2020

MANAJEMEN KEPERAWATAN

Penulis :

Hani Tuasikal, S. Kep.,Ns.,M.Kep
Selpina Embuai, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Moomina Siauta, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Editor :

Achmad Rozi

Tata Letak/Desain Cover :

St. Aisyah

ISBN : 978-623-7908-47-0

Penerbit Desanta Muliavisitama

Anggota IKAPI BANTEN Nomor: 043/BANTEN/2020

Jl. Raya Jakarta KM 6,5 Kalodran Walantaka Kota Serang

Email: muliavisitama@gmail.com

Website: <http://desantapublisher.com>

BANTEN – INDONESIA

DIVISI PENGGANDAAN DAN PUBLIKASI

Alamat: Kantor Graha Aksara Makasar Maccini Raya X No. 11 Makassar

Email: grahaaksaramakassar@gmail.com

Hp/Wa : 0853-4272-1928

Cetakan Pertama, Oktober 2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan cara apapun tanpa
ijin penerbit.

Kata Pengantar

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis. Sholawat dan Salam kepada Junjungan Nabi besar Muhammad SAW. Akhirnya penulis mampu menyelesaikan penyusunan buku ajar dengan judul “Managemen Keperawatan Teori”. Buku ajar ini penulis buat berdasarkan pengalaman penulis selama mengajar matakuliah manajemen dan penelitian yang terkait dan berbagai sumber yang relevan. Buku ajar ini penulis buat untuk memudahkan mahasiswa dan praktisi dalam memahami ilmu manajemen keperawatan sehingga mampu diaplikasikan di lapangan.

Perawat harus memiliki kemampuan manajerial yang baik agar dapat mengelolap pasien dan ruang dengan baik serta mendapatkan jenjang karir yang jelas. Manajemen dapat dikuasai bila dipelajari dan diaplikasikan dalam organisasi sehingga akan dapat diketahui keberhasilannya. Proses penyusunan buku ini memerlukan waktu yang panjang. Walaupun menghadapi berbagai kendala dan keterbatasan penulis berusaha semaksimal mungkin untuk menyelesaikan buku ajar ini. Penulis ucapkan banyak terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penulisan buku ajar ini. Terimakasih penulis sampaikan kepada kedua orang tua penulis, yang telah banyak membantu dengan kesabaran dan doanya. Suami dan anak tercinta yang telah memberikan semangat kepada penulis. Penulis berharap semoga buku ajar ini memberikan manfaat pada profesi dan penulis sampaikan terimakasih atas saran dan kritikan dari berbagai pihak.

Ambon, April 2020

TIM

Daftar Isi

Kata Pengantar_iii

Daftar Isi_iv

Bab I Konsep Dan Proses Manajemen Keperawatan

Deskripsi Singkat_1

Sub Capian Pembelajaran _2

1.1. Definisi Manajemen Keperawatan_3

1.2. Prinsip Manajemen Keperawatan _5

1.3. Kerangka Konsep Manajemen Keperawatan_7

1.4. Poses Manajemen Keperawatan_8

1.5. Komponen Sistem Manajemen Keperawatan_9

1.6. Prinsip-Prinsip Yang Mendasari Manajemen
Keperawatan_11

1.7. Lingkup Manajemen Keperawatan_12

1.8. Konsep Manajemen Keperawatan_14

1.9. Standar Pelaksanaan Manajemen
Keperawatan_15

1.10. Tipe- Tipe Manajemen Keperawatan_16

1.11. Standar Pelaksanaan Penetapan Tim Mankep_17

1.12. Bentuk- Bentuk Evaluasi Manajemen

Keperawatan_18

Rangkuman_19

Latihan_20

BAB II Manajemen Perencanaan Asuhan

Keperawatan_21

Deskripsi Singkat_22

Sub Capian Pembelajaran _22

2.1 Definisi Manajemen Asuhan Keperawatan_22

2.2 Fungsi Manajemen Asuhan Keperawatan_23

2.3 Standar Asuhan Keperawatan_25

2.4 Metode Penugasan Asuhan Keperawatan_28

2.5 Peran Dan Penugasan Dalam Asuhan
Keperawatan_32

2.6	Timbang Terima Asuhan Keperawatan _35
2.7	Ronde Asuhan Keperawatan_38
2.8	Dokumentasi Dalam Asuhan Keperawatan_40
	Rangkuman _43
	Latihan_44

BAB III Timbang Terima Pasien_45

Deskripsi Singkat _45

Sub Capian Pembelajaran _47

3.1.	Defenisi Operan_47
3.2.	Proses Operan_49
3.3.	Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan_51
3.4.	Alur Operan_52
3.5.	Renstra Operan_56
3.6.	Format Operan_56
3.7.	Komunikasi SBAR_57
3.8.	SBAR Model _58
3.9.	Laporan Kondisi Pasien Antar Shift Dinas_58
	Rangkuman_59
	Latihan_59

BAB IV Manajemen Konflik, Kolaborasi dan Negosiasi _60

Deskripsi Singkat _60

Sub Capaian Pembelajaran_60

4.1.	Konsep Konflik_63
4.2.	Konsep Negosiasi_63
4.3.	Konsep Kolaborasi -73
	Rangkuman_83
	Latihan_84

BAB V Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)_85

Deskripsi Singkat _85

Sub Capian Pembelajaran _86

5.1.	Definisi Model Praktik Keperawatan Profesional_87
------	--

- 5.2. Tujuan Model Keperawatan_88
- 5.3. Komponen Model Keperawatan_89
- 5.4. Kualitas Pelayanan Keperawatan _90
- 5.5. Pilar-pilar MPKP_91
- 5.6. Standar Praktik Keperawatan_92
- 5.7. Model Praktik_93
- 5.8. Penetapan Jenis Tenaga Keperawatan_95
- 5.9. Dasar Pertimbangan Pemilihan Model (MAKP)
_96
- 5.10. Metode Praktik Keperawatan Profesional_98
- 5.11. Langkah-langkah_120
- Rangkuman _128
- Latihan_129

BAB VI Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan_130

Deskripsi Singkat _130

Sub Capian Pembelajaran _131

- 6.1. Definisi mutu pelayanan keperawatan_131
- 6.2. Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan_131
- 6.3. Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan_132
- 6.4. Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan_133
- 6.5. Pelayanan keperawatan_135
- 6.6. Dimensi mutu pelayanan_138

Rangkuman_144

Latihan_145

BAB VII Konsep Penjaminan Mutu ASKEP_146

Deskripsi Singkat _146

Sub Capian Pembelajaran _147

- 7.1. Konsep Penjaminan Mutu Pelayanan
Keperawatan_147
- 7.2. Kualitas pelayanan Total Quality Manajemen
(TQM)_148

Rangkuman_152

Latihan_152

BAB VIII Indikator Penilaian Mutu ASKEP_153
Deskripsi Singkat _153
Sub Capian Pembelajaran _153
8.1. Indikator Penilaian Mutu Keperawatan_153
8.2. Standar Nasional_157
Rangkuman_161
Latihan_161

BAB IX Kepuasan Pelanggan_162
Deskripsi Singkat_162
Sub Capian Pembelajaran _164
9.1. Pengertian Kepuasan Pelanggan_164
9.2. Peningkatan Kualitas Pelayanan_167
9.3. Faktor-Faktor Yang Menunjang Kepuasan Pelanggan _167
9.4. Indikator Kepuasan Pasien_170
9.5. Faktor Ketidakpuasan Pasien_171
9.6. Manfaat Feedback Kepuasan Pasien_172
Rangkuman_173
Latihan_174

BAB X Membuat Rencana Kerja Sebagai Anggota TIM_175
Deskripsi Singkat _175
Sub Capian Pembelajaran_175
10.1. Pengertian Perencanaan_176
10.2. Jenis Perencanaan Dalam Manajemen keperawatan_177
Rangkuman_198
Latihan_198
Daftar Pustaka_199

BAB 1

KONSEP DAN PROSES MANAJEMEN KEPERAWATAN

Deskripsi Singkat

Manajemen keperawatan merupakan kegiatan yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, kepemimpinan, dan pengendalian aktivitas-aktivitas upaya keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu, kualitas dan kuantitas pelayanan dibidang kesehatan secara komprehensif sesuai dengan standard kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah. Sering kita lihat bahwa manajemen keperawatan ini diberbagai rumah sakit belum semaksimal diterapkan atau kurang terkoodinir dengan baik dalam menciptakan lingkungan yang nyaman dan harmonis antara perawat dan pasien untuk melakukan tindakan keperawatan atau praktik keperawatan dan asuhan keperawatan.

Selain itu Manajemen Keperawatan ini sebagai struktur kegiatan operasional dalam melakukan pelayanan keperawatan yang akan mendukung proses penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien yang dirawat selama 24 jam. Hal ini menunjukkan manajemen keperawatan sangat penting, karena membutuhkan waktu yang panjang untuk melayani pasien. Dengan demikian perawat membutuhkan lingkungan kerja yang baik. Karena lingkungan kerja merupakan lingkungan internal dalam sebuah organisasi yang mempengaruhi perilaku perawat dalam menjalankan tugasnya.

Manajemen Keperawatan harus dapat diaplikasikan dalam tatanan pelayanan nyata di Rumah Sakit, sehingga perawat perlu memahami bagaimana konsep dan Aplikasinya di dalam organisasi keperawatan itu

sendiri. Untuk lebih memahami arti dari Manajemen Keperawatan maka kita perlu mengetahui terlebih dahulu apa yang dimaksud dengan organisasi keperawatan, bagaimana tugas dan tanggung-jawab dari masing-masing personil di dalam organisasi yang pada akhirnya akan membawa kita untuk lebih mengerti bagaimana konsep dasar dari Manajemen Keperawatan itu sendiri.

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan pengertian dari manajemen keperawatan
2. Menganalisis prinsip manajemen keperawatan
3. Menganalisis kerangka konsep manajemen keperawatan
4. Mendeskripsikan proses manajemen keperawatan
5. Menguraikan komponen sistem manajemen keperawatan
6. Membedakan prinsip-prinsip yang mendasari manajemen keperawatan
7. Mahasiswa mendeskripsikan lingkup manajemen keperawatan
8. Menguraikan konsep manajemen keperawatan
9. Membedakan standar pelaksanaan manajemen keperawatan
10. Membedakan tipe- tipe manajemen keperawatan
11. Menilai standar pelaksanaan penetapan tim manajemen keperawatan
12. Menyusun bentuk- bentuk evaluasi manajemen keperawatan

1.1 Definisi Manajemen Keperawatan

Manajemen adalah membuat pekerjaan selesai (*getting things done*). Menejemen adalah mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, dan kemudian menyelesaikannya. Dengan kata lain menejemen menentukan tujuannya dahulu dengan pasti (yakni menyatakan dengan rinci apa yang hendak dituju) dan kemudian mencapainya. (Bassie, L 2013) Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat. (Arwildayanto 2012)

Dalam keperawatan, manejemen berhubungan dengan perencanaan (*planing*) pengoorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*), dan pengendalian (*kontrolling*), aktifitas – aktifitas upaya keperawatan atau divisi departemen keperawatan dan dari sub unit departermen. Menejemen keperawatan merupakan juga kelompok dari perawat manejer yang mengatur organisasi atau usaha keperawatan. Pada akhirnya manejemen keperawatan adalah proses dimana perawat menejer menjalankan profesi mereka. (Bassie, L 2013)

Fungsi – Fungsi Manajemen, secara ringkas fungsi manajemen adalah sebagai berikut : (Efendi 2007)

1. Perencanaan (*planning*), perencanaan merupakan:
 - a. Gambaran apa yang akan dicapai
 - b. Persiapan pencapaian tujuan
 - c. Rumusan suatu persoalan untuk dicapai

- d. Persiapan tindakan – tindakan
 - e. Rumusan tujuan tidak harus tertulis dapat hanya dalam benak saja
 - f. Tiap – tiap organisasi perlu perencanaan
2. Pengorganisasian (*organizing*), merupakan pengaturan setelah rencana, mengatur dan menentukan apa tugas pekerjaannya, macam, jenis, unit kerja, alat – alat, keuangan dan fasilitas.
 3. Penggerak (*actuating*), menggerakkan orang – orang agar mau/suka bekerja. Ciptakan suasana bekerja bukan hanya karena perintah, tetapi harus dengan kesadaran sendiri, termotivasi secara interval
 4. Pengendalian/pengawasan (*controlling*), merupakan fungsi pengawasan agar tujuan dapat tercapai sesuai dengan rencana, apakah orang – orangnya, cara dan waktunya tepat. Pengendalian juga berfungsi agar kesalahan dapat segera diperbaiki.
 5. Penilaian (evaluasi), merupakan proses pengukuran dan perbandingan hasil – hasil pekerjaan yang seharusnya dicapai. Hakekat penilaian merupakan fase tertentu setelah selesai kegiatan, sebelum, sebagai korektif dan pengobatan ditujukan pada fungsi organik administrasi dan manajemen.

Adapun unsur yang dikelola sebagai sumber manajemen adalah man, money, material, methode, machine, minute dan market.

1.2 Prinsip Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan adalah perencanaan. Perencanaan adalah memperkirakan peristiwa-peristiwa sampai pembuatan rencana operasional. Perencanaan juga merupakan fungsi manajemen dari setiap perawat kepala dari perawat klinis profesional sampai perawat manager, penyelia, direktur dan administrator. Ratcliffe dan logsdon menspesifikasikan 6 tahap dalam proses perencanaan :(Hidayah 2014)

1. Tahap merancang
2. Tahap delegasi
3. Tahap mendidik
4. Tahap perkembangan
5. Tahap implementasi
6. Tahap tindak lanjut (evaluasi penampilan dan umpan balik)

Prinsip – prinsip manajemen menurut Fayol adalah:

1. *Division of work* (pembagian pekerjaan)
2. *Authority dan responsibility* (kewenangan dan tanggung jawab)
3. *Dicipline* (disiplin)
4. *Unity of command* (kesatuan komando)
5. *Unity of direction* (kesatuan arah)
6. *Sub ordination of individual to generate interest* (kepentingan individu tunduk pada kepentingan umum)
7. *Renumeration of personal* (penghasilan pegawai)
8. *Centralization* (sentralisasi)
9. *Scalar of hierarchy* (jenjang hirarki)
10. *Order* (ketertiban)
11. *Stability of tenure of personal* (stabilitas jabatan pegawai)
12. *Equity* (keadilan)

13. *Inisiative* (prakarsa)

Manajemen keperawatan adalah penggunaan waktu yang efektif. (Hidayah 2014). Contoh penggunaan waktu yang efektif:

1. Eksekutif perawat kepala membuat suatu jadwal pertemuan yang berhubungan dengan rencana Manajemen. Jadwal ini diikuti pada seluruh aktivitas sampai pengaturan pertemuan, pertemuan divisi, pertemuan profesi, perjalanan, ronde, pertemuan individu, dsb.
2. Perawat kepala dari lembaga pelayanan perawatan di rumah mempunyai rencana pertemuan staf yang dimulai dan di akhiri pada setiap minggu. Jadwal individual perawat ditinjau ulang pada setiap pertemuan dan di bandingkan dengan tujuan produktivitas yang seimbang dengan anggaran.
3. Perawat kesehatan di rumah meninjau kembali jadwal setiap hari. Ini harus tepat sehingga 5 menit sebelum mengunjungi pasien dapat ditambahkan selama 40 jam kerja setiap minggu. Dengan cara ini jasa pelayanan meningkat bukan berupa materi.

Manajemen keperawatan adalah pembuat keputusan. Manajemen keperawatan membutuhkan keputusan yang dibuat oleh perawat manager pada setiap tingkatan bagian di bangsal atau unit. Manajemen keperawatan adalah suatu formulasi dan pencapaian tujuan sosial. Perubahan sosial penting dalam hubungannya dengan kebutuhan kesehatan. Tujuan pemenuhan seperti itu tergantung pada perawat manager. Perawat manager mengatur dampak institusi sosial dan

mengeluarkan tanggung jawab sosialnya relatif terhadap keperawatan. Manajemen pengorganisasian adalah pengidentifikasian kebutuhan organisasi dari pernyataan misi kerja yang dilakukan dan menyesuaikan desain organisasi dan struktur untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan ini. Ada empat bentuk struktur organisasi : unit, departemen, puncak (divisi atau tingkat eksekutif dari Manajemen organisasi), tingkat operasional (meliputi semua fase pekerjaan dalam struktur organisasi). (Rubbiana 2015)

Manajemen keperawatan menunjukkan fungsi, posisi atau tingkat sosial, disiplin dan bidang studi. Manajemen keperawatan adalah bagian yang aktif dari divisi keperawatan, organisasi, dan lembaga dimana hal ini berfungsi : (Pratiwi and Utami 2010)

1. Budaya organisasi mencerminkan nilai-nilai dan kepercayaan.
2. Manajemen keperawatan adalah mengarahkan atau memimpin.
3. Divisi keperawatan yang dikelola baik memotivasi pekerja yang memuaskan.
4. Manajemen keperawatan komunikasi yang efisien.
5. Manajemen keperawatan adalah pengendalian atau pengevaluasian. (Swanburg, 2000)

1.3 Kerangka Konsep Manajemen Keperawatan

Kerangka konsep manajemen keperawatan adalah Manajemen partisipatif yang berlandaskan pada paradigma keperawatan yang terdiri atas manusia, perawat/keperawatan, kesehatan dan lingkungan. Manusia, dalam Manajemen partisipatif adalah individu, keluarga/masyarakat yang

diberikan pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan tugas keperawatan yang terorganisasi, terarah, terkoordinasi dan terintegrasi dalam rentang kendali yang ditetapkan.

Perawat/keperawatan adalah tenaga keperawatan baik tingkat managerial puncak, menengah, maupun bawah dan para pelaksana keperawatan yang berada dalam rentang komunikasi untuk bekerja sama memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar praktik keperawatan. Aspek kesehatan merupakan kisaran hasil keperawatan yang berorientasi pada beberapa dimensi pelayanan terhadap individu, keluarga dan masyarakat melalui upaya mencegah, mempertahankan, meningkatkan dan memulihkan. Aspek lingkungan merupakan area kewenangan dan tanggung jawab keperawatan baik selama pasien berada dalam institusi pelayanan maupun persiapan menjelang pulang.(Bassie, L 2013)

1.4 Proses Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan terdiri atas beberapa komponen yang saling berinteraksi. Pada umumnya suatu sistem dicirikan oleh 5 elemen, yaitu input, proses, output, control dan mekanisme umpan balik. Input dalam proses manajemen keperawatan antara lain berupa informasi, personel, peralatan dan fasilitas. Proses pada umumnya merupakan kelompok manajer dan tingkat pengelola keperawatan tertinggi sampai keperawatan pelaksana yang mempunyai tugas dan wewenang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan

dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. (Lestari 2014)

Elemen lain dalam pendekatan sistem adalah output atau keluaran yang umumnya dilihat dan hasil atau kualitas pemberian asuhan keperawatan dan pengembangan staf, serta kegiatan penelitian untuk menindaklanjuti hasil atau keluaran. Control dalam proses manajemen keperawatan dapat dilakukan melalui penyusunan anggaran yang proporsional, evaluasi penampilan kerja perawat, pembuatan prosedur yang sesuai standar dan akreditasi. Selain itu, mekanisme umpan balik diperlukan untuk menyelaraskan hasil dan perbaikan kegiatan yang akan datang. Mekanisme umpan balik dapat dilakukan melalui laporan keuangan, audit keperawatan, dan survey kendali mutu, serta penampilan kerja perawat.(Ahmad 2012)

Proses manajemen keperawatan dalam aplikasi di lapangan berada sejajar dengan proses keperawatan sehingga keberadaan manajemen keperawatan dimaksudkan untuk mempermudah pelaksanaan proses keperawatan. Proses manajemen, sebagaimana juga proses keperawatan, terdiri atas kegiatan pengumpulan data, identifikasi masalah, pembuatan rencana, pelaksanaan kegiatan, dan kegiatan penilaian hasil. (Efendi 2007)

1.5 Komponen Sistem Manajemen Keperawatan

Komponen dari Manajemen Keperawatan:(Nursalam 2008)

1. Input (Informasi, Personal, Peralatan, Fasilitas)
Dalam proses manajemen keperawatan antara lain berupa informasi, personel, peralatan dan fasilitas

2. Proses (Kelompok manajemen [dari tertinggi dengan sampai perawat pelaksana] yang mempunyai tugas dan wewenang untuk melaksanakan organisasi pengarah dan pengawasan dalam pelayanan pelaksanaan keperawatan). Pada umumnya merupakan kelompok manajer dari tingkat pengelola keperawatan tertinggi sampai keperawatan pelaksana yang mempunyai tugas dan wewenang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian pengarah dan pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Proses merupakan kegiatan yang cukup penting dalam suatu system sehingga mempengaruhi hasil yang diharapkan suatu tatanan organisasi.
3. Output (Askep (Asuhan Keperawatan), Pengembangan staf sampai dengan riset. Umumnya dilihat dari hasil atau kualitas pemberian askep dan pengembangan staf, serta kegiatan penelitian untuk menindaklanjuti hasil atau keluaran
4. Kontrol (Budget, Prosedur, Evaluasi Kinerja, Akreditasi). Diperlukan dalam proses manajemen keperawatan sebagai upaya meningkatkan kualitas hasil. Control dalam manajemen keperawatan dapat dilakukan melalui penyusunan anggaran yang proporsional, evaluasi penampilan kerja perawat, pembuat prosedur yang sesuai standard akreditasi.
5. Feed back mechanism (Laporan Financial, Audit Keperawatan, Survey Kendali Mutu, Kinerja). Mekanisme umpan balik diperlukan untuk menyelaraskan hasil dan perbaikan kegiatan yang akan datang. Mekanisme umpan balik dapat dilakukan melalui laporan

keuangan, audit keperawatan, dan survey kendali mutu, serta penampilan kerja perawat.

1.6 Prinsip-Prinsip yang Mendasari Manajemen Keperawatan

Prinsip – prinsip yang mendasari manajemen keperawatan adalah :(Joyce 2012)

- a. Manajemen keperawatan seyogyanya berlandaskan perencanaan karena melalui fungsi perencanaan, pimpinan dapat menurunkan resiko pengambilan keputusan, pemecahan masalah yang efektif dan terencana.
- b. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif. Manajer keperawatan yang menghargai waktu akan menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan sebelumnya.
- c. Manajemen keperawatan akan melibatkan pengambilan keputusan. Berbagai situasi maupun permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan di berbagai tingkat manajerial.
- d. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien merupakan fokus perhatian manajer perawat dengan mempertimbangkan apa yang pasien lihat, fikir, yakini dan ingini. Kepuasan pasien merupakan poin utama dari seluruh tujuan keperawatan.
- e. Manajemen keperawatan harus terorganisir. Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan.

- f. Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisasikan.
- g. Divisi keperawatan yang baik memotivasi karyawan untuk memperlihatkan penampilan kerja yang baik.
- h. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan, arah dan pengertian diantara pegawai.
- i. Pengembangan staf penting untuk dilaksanakan sebagai upaya persiapan perawat – perawat pelaksana menduduki posisi yang lebih tinggi atau upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan karyawan.
- j. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip – prinsip melalui penetapan standar, membandingkan penampilan dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

Berdasarkan prinsip – prinsip diatas maka para manajer dan administrator seyogyanya bekerja bersama – sama dalam perenacanaan dan pengorganisasian serta fungsi – fungsi manajemen lainnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

1.7 Lingkup Manajemen Keperawatan

Mempertahankan kesehatan telah menjadi sebuah industri besar yang melibatkan berbagai aspek upaya kesehatan. Pelayanan kesehatan

kemudian menjadi hak yang paling mendasar bagi semua orang dan memberikan pelayanan kesehatan yang memadai akan membutuhkan upaya perbaikan menyeluruh sistem yang ada. Pelayanan kesehatan yang memadai ditentukan sebagian besar oleh gambaran pelayanan keperawatan yang terdapat didalamnya.(Suarli 2009)

Keperawatan merupakan disiplin praktek klinis. Manajer keperawatan yang efektif seyogyanya memahami hal ini dan memfasilitasi pekerjaan perawat pelaksana. Kegiatan perawat pelaksana meliputi:(Bassie, L 2013)

- a. Menetapkan penggunaan proses keperawatan
- b. Melaksanakan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa
- c. Menerima akuntabilitas kegiatan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat
- d. Menerima akuntabilitas untuk hasil – hasil keperawatan
- e. Mengendalikan lingkungan praktek keperawatan

Seluruh pelaksanaan kegiatan ini senantiasa di inisiasi oleh para manajer keperawatan melalui partisipasi dalam proses manajemen keperawatan dengan melibatkan para perawat pelaksana. Berdasarkan gambaran diatas maka lingkup manajemen keperawatan terdiri dari:(Bassie, L 2013)

- a. Manajemen operasional

Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang keperawatan yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial, yaitu:

- 1) Manajemen puncak
- 2) Manajemen menengah

3) Manajemen bawah

Tidak setiap orang memiliki kedudukan dalam manajemen berhasil dalam kegiatannya. Ada beberapa faktor yang perlu dimiliki oleh orang – orang tersebut agar penatalaksanaannya berhasil. Faktor – faktor tersebut adalah

- 1) Kemampuan menerapkan pengetahuan
- 2) Ketrampilan kepemimpinan
- 3) Kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin
- 4) Kemampuan melaksanakan fungsi manajemen

b. Manajemen asuhan keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep – konsep manajemen didalamnya seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian atau evaluasi.

1.8 Konsep Manajemen Keperawatan

Secara garis besar konsep terbagi lagi menjadi beberapa pengertian diantaranya;(Bassie, L 2013)

1. Konsep Kualiatas

Dalam konsep ini organisasi mementingkan kualitas yang mampu memasuki pasar dan dengan demikian harus mementingkan kepuasan pelanggan.

2. Konsep manajemen

Dalam konsep manajemen bukan hanya manajer melainkan semua personil bertugas melaksanakan manajemen menggunakan fakta dan manajemen dengan siklus PDCA (*plan do check act*).

3. Konsep Proses
Dalam Konsep Proses siapapun yang akan melakukan tindakan lanjut rangkaian tindakan, harus dianggap pelanggan yang harus dipuaskan. Pengendalian proses juga lebih diutamakan agar kesalahan kualitas dapat dihindari.
4. Konsep Standarisasi
Dalam konsep ini semua melaksanakan pekerjaan berpangkal pada standar seperti standar prosedur kualitas dan kompetensi
5. Konsep Hormon Respect
Dalam konsep ini manusia sepenuhnya perlu dihormati untuk membutuhkan motivasi.
6. Konsep Quality Assurance
Dalam Konsep ini keikutsertaan pegawai dari kegiatan dalam gugus kendali mutu (quality circle)

1.9 Standar Pelaksanaan Manajemen Keperawatan (Lobo 2019)

1. Memenuhi Kriteria dan Hasil Manajemen Keperawatan. Kepercayaan utama dari manajemen keperawatan adalah bahwa fokusnya pada perilaku manusia. Manajer perawat terdidik dalam pengetahuan dan keterampilan tentang perilaku manusia mengelola perawat profesional serta pekerja keperawatan non profesional untuk mencapai tingkat tertinggi dari produktivitas pada pelayanan perawatan pasien.
2. Memenuhi Aspek-Aspek Operasional dan Fungsional Keperawatan. Agar manajemen yang dilakukan mengarah pada kegiatan keperawatan secara

efisien dan efektif, manajemen perlu dilaksanakan berdasarkan fungsi-fungsi manajemen yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pengimplementasian, serta pengendalian, dan pengawasan.

3. Memenuhi Mutu pelayanan Manajemen Kesehatan. Melalui aplikasi standard asuhan keperawatan tersebut, maka pelayanan keperawatan diharapkan akan menjadi lebih terarah. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Dokumentasi merupakan penulisan dan pencatatan suatu kejadian/aktivitas tertentu secara sah/legal Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dari segala macam tuntutan, yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan dari pasien, tetapi juga jenis/tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien.
4. Memenuhi Peran Dan meningkatkan Produktifitas Keperawatan. Perawat sebagai petugas kontak langsung dengan pasien berpotensi terjadinya infeksi nosokomial. Pelaksanaan standar asuhan keperawatan merupakan inti dari praktek keperawatan, perlu didukung dengan fungsi manajemen keperawatan yang baik agar dapat menjamin mutu pelayanan keperawatan.

1.10 Tipe-Tipe Manajemen Keperawatan

Dalam setiap realitasnya bahwa manajemen dalam melaksanakan proses manajemen keperawatannya terjadi adanya sesuatu perbedaan antara satu dengan lainnya. Tipe-tipe ini terbagi menjadi 6 yaitu:(Lestari 2014)

1. Tipe Manajemen Pribadi (*Manajemen/ Personal*)
Dalam sistem kepemimpinan ini, segala sesuatu tindakan itu dilakukan dengan mengadakan kontak pribadi (secara lisan atau langsung)
2. Tipe Manajemen Non Pribadi (*Non Manajemen Personal*). Dilaksanakan melalui bawahan atau media non pribadi baik rencana atau perintah juga pengawasan.
3. Tipe Manajemen Otoliter (*Autoritotion Manajemen*). Biasanya bekerja keras sungguh-sungguh teliti dan tertib
4. Tipe Manajemen Demokratis (*Democratis Manajemen*). Memenagement dengan demokratis oleh dirinya merupakan bagian dari kelompok yang berusaha bertanggung jawab tentang pelaksanaan untuk tujuan bersama.
5. Tipe Manajemen Paternalistis (*Paternalistis Manajemen*). Didirikan oleh sesuatu pengaruh yang bersifat kebapakan dalam hubungan pemimpin dan kelompok.
6. Tipe Manajemen Menurut bakat (*indogenous Manajemen*) Biasanya timbul pada orang informal yang mungkin berlatih dengan adanya sistem kompetisi dibagi menjadi 3:
 - a. Otocratis
 - b. Demokratis
 - c. Laissezfaire

1.11 Standar Pelaksanaan Penetapan Tim Manajemen keperawatan

1. Peran Manajer
Peran manajer dapat mempengaruhi faktor motivasi dan lingkungan (Nursalam 2008). Manajer yang bertugas mengatur manajemen memerlukan keahlian dan tindakan nyata agar

para anggota menjalankan tugas dan wewenang dengan baik. Adanya manajer yang mampu memberikan semangat, mengontrol dan mengajak mencapai tujuan merupakan sumber daya yang sangat menentukan.

2. Peran Kepala Ruang

Kepala ruangan disebut ruangan keperawatan perlu melakukan koordinasi kegiatan unit yang menjadi tanggung jawabnya dan melakukan kegiatan evaluasi kegiatan pemberian asuhan keperawatan kerja staf. Peran kepala ruangan antara lain; sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer, orientasi dan merencanakan karyawan baru, menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten, evaluasi kerja, merencanakan/menyelenggarakan perencanaan staf dan membuat 1-2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi

3. Lini dan staff

Menunjukkan kekuasaan supervisi langsung terhadap bawahannya. Sebaliknya, kerja staff dirumah sakit umumnya dihubungkan dengan kegiatan pengarahan atau pemberian saran. Dibagian perawat, kepuasan ini dilaksanakan oleh para menejer yang bertanggung jawab terhadap pelatih dan pendidik.

1.12 Bentuk- Bentuk Evaluasi Manajemen Keperawatan

Tahap Akhir dari proses manajemen adalah melakukan evaluasi seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan. Pada tahap ini manajemen akan memberikan nilai seberapa jauh staff mampu melaksanakan tugasnya dan mengidentifikasi

faktor-faktor yang menghambat dan mendukung dalam pelaksanaan.(Efendi 2007)

a. Langkah-Langkah Evaluasi

- Menentukan Kriteria,Standart dan pertanyaan evaluasi
- Mengumpulkan data baru tentang klien
- Menafsirkan data baru
- Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
- Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- Melaksanakan Tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

b. Hasil Evaluasi

- Tujuan tercapai ; Jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan
- Tujuan tercapai sebagian ; jika klien menunjukkan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan
- Tujuan tidak tercapai ; Jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Rangkuman

Teori manajemen keperawatan berkembang dari teori manajemen umum yng memerintahkan penggunaan sumber daya manusia dan materi secara efektif. Empat elemen besar dari teori manajemen adalah perencanaan, pengorganisasian, mengarahkan atau memimpin dan mengendalikan atau pengevaluasian seluruh aktivitas manajemen, kognitif, afektif dan psikomotor berada dalam satu atau lebih dari fungsi-fungsi utama yang bergerak secara simultan.

Latihan

1. Jelaskan pengertian dari manajemen keperawatan?
2. Uraikan dan berikan contoh tentang prinsip manajemen keperawatan?
3. Uraikanlah kerangka konsep dari manajemen keperawatan?
4. Jelaskan poses manajemen keperawatan yang anda ketahui?
5. Berikan pendapa dan contoh tentang sistem manajemen keperawatan?
6. Jelaskan perbedaan dari prinsip-prinsip yang mendasari manajemen keperawatan
7. Jelaskanlah tentang lingkup manajemen keperawatan ?
8. Uraikanlah tentang konsep manajemen keperawatan?
9. Jelaskan perbedaan dari masing-masing standar pelaksanaan manajemen keperawatan?
10. Jelaskan perbedaan dari masing-masing tipe- tipe manajemen keperawatan?
11. Berikan pendapat tentang standar pelaksanaan penetapan tim manajemen keperawatan?
12. Susun dan berikan contoh bentuk- bentuk evaluasi manajemen keperawatan?

BAB 2

MANAJEMEN PERENCANAAN ASUHAN KEPERAWATAN

Deskripsi Singkat

Manajemen adalah koordinasi dan integrasi sumber-sumber melalui perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengarahan dan pengawasan dalam mencapai tujuan. Manajemen mengandung tiga prinsip pokok yang menjadi ciri utama penerapannya yaitu efisiensi dalam pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam pengambilan keputusan manajerial. (Lestari 2014) Manajemen sangat dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari terutama bagi suatu sistem yang memerlukan pengorganisasian, termasuk dalam keperawatan. Manajemen keperawatan dapat didefinisikan yaitu proses koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai perawatan, tujuan pelayanan dan objektif (Nursalam 2008). mengatakan bahwa Manajemen dapat didefinisikan sebagai proses dari koordinasi dan integrasi sumber daya melalui perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasi atau pengarahan dan pengendalian untuk mencapai tujuan institusional yang spesifik dan objektif.

Intervensi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan, serta pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarganya. Kriteria : (1) dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan, (2) menyangkut keadaan bio-psiko-sosio spiritual pasien, (3)

menjelaskan setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga, (4) sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, (5) menggunakan sumber daya yang ada, (6) menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik, (7) menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy dan mengutamakan keselamatan pasien (8) melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien, (9) merujuk dengan segera bila ada masalah yang mengancam keselamatan pasien, (10) mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan, (11) merapikan pasien dan alat setiap selesai (12) melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur teknis yang telah ditentukan. (Sugiharto 2012)

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan definisi manajemen asuhan keperawatan
2. Menguraikan fungsi manajemen asuhan keperawatan
3. Menganalisis standar asuhan keperawatan
4. Membedakan metode penugasan asuhan keperawatan
5. Menganalisis peran dan penugasan dalam asuhan keperawatan
6. Menguraikan Timbang terima asuhan keperawatan
7. Menguraikan ronde asuhan keperawatan
8. Merencanakan dokumentasi dalam asuhan keperawatan

2.1 Definisi Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen adalah koordinasi dan integrasi sumber-sumber melalui perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengarahan dan pengawasan dalam mencapai tujuan. Manajemen mengandung tiga prinsip pokok yang menjadi ciri

utama penerapannya yaitu efisiensi dalam pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam pengambilan keputusan manajerial. (Lestari 2014). Manajemen sangat dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari terutama bagi suatu sistem yang memerlukan pengorganisasian, termasuk dalam keperawatan. Manajemen keperawatan dapat didefinisikan yaitu proses koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai perawatan, tujuan pelayanan dan obyektif (Nursalam 2008). Manajemen dapat didefinisikan sebagai proses dari koordinasi dan integrasi sumber daya melalui perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasi atau pengarahan dan mengendalikan untuk mencapai tujuan institusional yang spesifik dan obyektif.

2.2 Fungsi Manajemen Asuhan Keperawatan

Dalam manajemen, diperlukan peran tiap orang yang terlibat didalamnya untuk menyikapi posisi masing-masing. Oleh sebab itu, diperlukan adanya fungsi-fungsi yang jelas mengenai manajemen. Ada empat fungsi manajemen yang harus diperhatikan, yaitu perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan. Sedangkan dalam manajemen keperawatan ada beberapa elemen utama berdasarkan fungsinya yaitu planning (perencanaan), organizing (pengorganisasian), staffing (kepegawaian), directing (pengarahan) dan controlling (pengendalian/ evaluasi):(P. Christina, Indrachyani, and Yatnikasaria 2019)

1. Planning (Perencanaan)
Perencanaan adalah satu proses berkelanjutan yang diawali dengan merumuskan tujuan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan, menentukan personal, merancang proses dan kriteria hasil, memberikan umpan balik pada perencanaan yang sebelumnya & memodifikasi rencana yang diperlukan
2. Organizing (Pengorganisasian)
Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan atau menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang, dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Berdasarkan definisi tersebut, fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personal, finansial, material, dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama
3. Actuating (Pengarahan)
Pengarahan sebagai pengeluaran penugasan, pesanan dan instruksi yang memungkinkan pekerja memahami apa yang diharapkan darinya, dan pedoman serta pandangan pekerja sehingga ia dapat berperan secara efektif dan efisien untuk mencapai obyektif organisasi.
4. Controlling (Pengawasan)
Fungsi pengawasan dan pengendalian (controlling) merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen, yang memiliki kaitan yang erat dengan fungsi yang lainnya. Pengawasan merupakan pemeriksaa

2.3 Standar Asuhan Keperawatan

Standar asuhan keperawatan telah dijabarkan oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 2004 mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatandan evaluasi.(Novianti 2014)

1. Standar I : Pengkajian Keperawatan

Asuhan keperawatan peripurna memerlukan data yang lengkap dan dikumpulkan secara terus menerus, tentang keadaannya untuk menentukan kebutuhan asuhan keperawatan. Data kesehatan harus bermanfaat bagi semua anggota tim kesehatan. Komponen pengkajian keperawatan meliputi :

- a. Pengumpulan data, kriteria : (1) menggunakan format yang baku, (2) sistematis, (3) diisi sesuai item yang tersedia, (4) aktual, (5) valid.
- b. Pengelompokan data, kriteria : (1) data biologis, (2) data psikologis,(3) data sosial, (4) data spiritual.
- c. Perumusan Masalah, kriteria : (1) kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan, (2) perumusan masalah ditunjang oleh data yang telah dikumpulkan.

2. Standar II: Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data kasus kesehatan pasien, dianalisis dan dibandingkan dengan norma fungsi kehidupan pasien. Kriteria : (1) diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien, (2) dibuat sesuai dengan wewenang perawat, (3) komponennya terdiri dari masalah, penyebab

dan gejala/ (PES) atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE), (4) bersifat aktual apabila masalah kesehatan pasien sudah nyata terjadi, (5) bersifat potensial apabila masalah kesehatan pasien kemungkinan besar akan terjadi, (6) dapat ditanggulangi oleh perawat.

3. Standar III: Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan. Komponen perencanaan keperawatan meliputi:

- a. Prioritas masalah, kriteria: (1) masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas utama, (2) masalah yang mengancam kesehatan seseorang adalah prioritas kedua, (3) masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas
- b. Tujuan asuhan keperawatan, kriteria: (1) spesifik, (2) bisa diukur, (3) bisa dicapai, (4) realistis, (5) ada batas waktu.
- 3) Rencana tindakan, kriteria: (1) disusun berdasarkan tindakan tujuan asuhan keperawatan, (2) melibatkan pasien/keluarga, (3) mempertimbangkan latar belakang budaya pasien/keluarga, (4) menentukan alternatif tindakan yang tepat, (5) mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada, (6) menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien, (7) kalimat instruksi, ringkas, tegas dengan bahasanya yang mudah dimengerti.

4. Standar IV: Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan, serta pemulihan kesehatan dengan

mengikutsertakan pasien dan keluarganya. Kriteria : (1) dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan, (2) menyangkut keadaan bio-psiko-sosio spiritual pasien, (3) menjelaskan setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga, (4) sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, (5) menggunakan sumber daya yang ada, (6) menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik, (7) menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy dan mengutamakan keselamatan pasien (8) melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien, (9) merujuk dengan segera bila ada masalah yang mengancam keselamatan pasien, (10) mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan, (11) merapikan pasien dan alat setiap selesai (12) melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur teknis yang telah ditentukan.

5. Standar V: Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien. Kriteria: (1) setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi, (2) evaluasi hasil menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan, (3) hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan, (4) evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan, (5) evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

6. Standar VI: catatan asuhan keperawatan

Catatan asuhan keperawatan dilakukan secara individual. Kriteria : (1) dilakukan selama pasien dirawat nginap dan rawat jalan, (2) dapat digunakan sebagai bahan informasi, komunikasi

dan laporan, (3) dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan, (4) menulisannya harus jelas dan ringkas serta menggunakan istilah yang baku, (5) sesuai dengan pelaksanaan proses keperawatan, (6) setiap pencatatan harus mencantumkan initial/paraf/nama perawat yang melaksanakan tindakan dan waktunya, (7) menggunakan formulir yang baku, (8) disimpan sesuai dengan pengaturan yang berlaku.

2.4 Metode Penugasan Dalam Asuhan Keperawatan

Metode penugasan merupakan suatu aspek penting dalam dunia keperawatan, hal ini dibutuhkan agar perawat mampu bekerja secara maksimal. Untuk itu dalam pemilihan metode penugasan perlu memperhatikan berberapa hal berikut: jumlah tenaga perawat, kualifikasi staff, dan klasifikasi pasien. (Bassie, L 2013)

Berikut ini merupakan metode penugasan yang tengah berkembang saat ini: (Robiah 2015)

1. Metode Fungsional

Metode fungsional yaitu metode penugasan dimana seorang perawat hanya melakukan satu sampai dua jenis intervensi. Metode ini banyak dipakai saat perang dunia kedua. Ketika perang dunia kedua metode ini banyak dipakai karena jumlah perawat serta kemampuan perawat masih terbatas. Sistem pemberian asuhan Keperawatan Fungsional.

a. Kelebihan metode penugasan fungsional adalah sebagai berikut:

- 1) Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik.
- 2) Baik digunakan dalam kondisi keterbatasan tenaga perawat

b. Kelemahan :

- 1) Tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat.
- 2) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan.
- 3) Persepsi perawat cenderung kepada tindakan yang berkaitandengan ketrampilan saja.

2. Metode penugasan Tim

Metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat professional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dengan berdasarkan konsep kooperatif & kolaboratif . Metode ini bertujuan untuk: memfasilitasi pelayanan keperawatan; menerapkan proses keperawatan standard; dan menyatukan kemampuan anggota tim yang beragam. Konsep dari metode ini adalah ketua tim sebagai perawata professional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Komunikasi juga merupakan hal yang sangat penting dalam metode ini, anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua. Selain itu peran kepala ruang sangat penting dalam model tim ini.

3. Metode Primer

Metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit. Mendorong praktek kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat perencanaan asuhan dan pelaksana. Metode primerini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dengan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan,

melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat.

a. Konsep dasar metode primer :

- 1) Ada tanggungjawab dan tanggunggugat
- 2) Ada otonomi
- 3) Ketertiban pasien dan keluarga

b. Kelebihannya :

- 1) Model praktek profesional
- 2) Bersifat kontinuitas dan komprehensif
- 3) Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan pengembangan diri → kepuasan perawat
- 4) Klien/keluarga lebih mengenal siapa yang merawatnya

c. Kelemahannya :

- 1) Hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, self direction, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin.
- 2) Biaya lebih besar

4. Metode Kasus

Setiap pasien ditugaskan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhannya pada saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus seperti : isolasi, intensive care.

- a. Kelebihan :
 - 1) Perawat lebih memahami kasus per kasus
 - 2) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah
- b. Kekurangan :
 - 1) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggungjawab
 - 2) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama

Agar metode metode diatas dapat di jalankan dengan baik maka masing-masing pihak harus mengetahui peran dan tanggung jawab masing-masing, Berikut merupakan tanggung jawab masing – masing peran. :

 - a. Tanggung jawab karu
 - 1) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan dari staf
 - 2) Membantu staf menetapkan sasaran dari ruangan
 - 3) Memberi kesempatan katim untuk mengembangkan keterampilan kepemimpinan dan Manajemen
 - 4) Mengorientasikan tenaga baru
 - 5) Menjadi narasumber bagi tim
 - b. Tanggung Jawab Katim
 - 1) Melakukan orientasi kepada pasien baru & keluarga
 - 2) Mengkaji setiap klien, menganalisa, menetapkan rencana keperawatan (renpra), menerapkan tindakan keperawatan dan mengevaluasi renpra
 - 3) Mengkoordinasikan renpra dengan tindakan medis melalui komunikasi yang konsisten

- 4) Membagi tugas anggota tim dan merencanakan kontinuitas asuhankeperawatan melalui konfrens
 - 5) Membimbing dan mengawasi pelaksanaan asuhan keperawatan oleh anggota tim
 - 6) Bertanggung jawab terhadap kepala ruangan
- c. Tanggung Jawab Anggota Tim :
- 1) Melaksanakan perawatan sesuai renpra yang dibuat katim
 - 2) Memberikan perawatan total/komprehensif pada sejumlah pasien
 - 3) Bertanggung jawab atas keputusan keperawatan selama katim tidak adadi tempat
 - 4) Berkontribusi terhadap perawatan
 - 5) observasi terus menerus
 - 6) ikut ronde keperawatan
 - 7) berinterkasi dgn pasien & keluarga
 - 8) berkontribusi dgn katim/karu bila ada masalah

2.5 Peran Dan Tugas Manajemen Asuhan Keperawatan

Peran dan fungsi perawat profesional disusun untuk mengidentifikasi dan memperjelas aspek-aspek yang membedakan praktik keperawatan profesional dari praktik perawatan yang diberikan oleh orang yang tidak mempunyai kualifikasi keperawatan profesional. Adapun peran dan fungsi perawat secara umum sebagai berikut:(Lestari 2014)

1. Perencanaan keperawatan untuk masing-masing klien.
2. Pemberian perawatan langsung.

3. Identifikasi waktu yang tepat untuk melaksanakan pelayanan keperawatan pada klien oleh tenaga yang tidak memiliki kualifikasi perawatan profesional.
4. Mempersiapkan dan mendukung tenaga yang tidak memiliki kualifikasi keperawatan profesional untuk melaksanakan aktivitas yang diserahkan kepada mereka oleh perawat profesional.
5. Manajemen dan sumber daya manusia, perlengkapan dan pelayanan yang efektif dan efisien langsung dikendalikan atau diambil alih oleh perawat profesional.
6. Pembentukan standar, audit keperawatan dan audit klinik.

Untuk secara spesifik kami menemukan beberapa peran dan fungsi dari perawat dalam manajemen keperawatan, yaitu sebagai berikut.

a. Peran

- 1) Pelaksana Pelayanan Keperawatan
Perawat bertanggung-jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan dari yang bersifat sederhana sampai pada yang paling kompleks kepada klien, keluarga, kelompok dan masyarakat
- 2) Pengelola dalam bidang Pelayanan Keperawatan
Tenaga keperawatan secara fungsional mengelola pelayanan keperawatan termasuk perlengkapan, peralatan dan lingkungan. Disamping itu membimbing petugas kesehatan yang berpendidikan lebih rendah, bertanggung-jawab dalam hal administrasi keperawatan baik di masyarakat maupun di dalam institusi dalam mengelola pelayanan

- keperawatan untuk klien, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- 3) Pendidik Pelayanan Keperawatan Tenaga Keperawatan bertanggung jawab dalam hal pendidikan dan pengajaran ilmu keperawatan dasar bagi tenaga kesehatan lainnya dan tenaga anggota keluarga.
- b. Fungsi tenaga perawat
- Tenaga keperawatan diharapkan dapat melaksanakan fungsi (pada klien-klien yang dirawat) sebagai berikut :
- 1) Menentukan kebutuhan kesehatan klien dan mendorong klien untuk berperan serta di dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya.
 - 2) Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai kebersihan perorangan, kesehatan lingkungan, kesehatan mental, gizi, kesehatan ibu dan anak, pencegahan penyakit dan kecelakaan.
 - 3) Memberikan Asuhan Keperawatan kepada klien yang meliputi perawatan darurat,serta bekerjasama dengan dokter dalam program pengobatan
 - 4) Melaksanakan rujukan terhadap kasus-kasus yang tidak dapat ditanggulangi dan menerima rujukan dari organisasi kesehatan lainnya.
 - 5) Melaksanakan pencatatan pelaporan asuhan Keperawatan.
- c. Tugas tenaga keperawatan adalah :
- 1) Memelihara kebersihan dan kerapian di dalam ruangan
 - 2) Menerima klien baru
 - 3) Melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode proses keperawatan

- 4) Mempersiapkan klien keluar
- 5) Membimbing dan mengawasi pekarya kesehatan dan pekarya rumahtangga
- 6) Mengatur tugas jaga
- 7) Mengelola peralatan medik dan keperawatan, bahan habis pakai dan obat
- 8) Mengelola administrasi

2.6 Timbang Terima Keperawatan

Proses timbang terima keperawatan (operan) adalah komunikasi yang terjadi diantara dua shift keperawatan dengan tujuan khusus untuk menyampaikan informasi tentang keadaan klien di bawah perawatan/asuhan perawat. Proses operan keperawatan merupakan cara komunikasi yang digunakan perawat dan tenaga kesehatan lain untuk menyampaikan informasi kebutuhan asuhan keperawatan dan kondisi klien saat perubahan shift. (Wiwit Febrina 2018)

1. Tujuan
 - a) Untuk memastikan kelangsungan asuhan/perawatan klien dengan aman, menyediakan informasi klien kepada perawat pada shift selanjutnya.
 - b) Untuk menjaga kelangsungan laporan/perkembangan mengenai klien.
 - c) Tersusunnya rencana kerja untuk shift berikutnya.
2. Masalah pada timbang terima keperawatan
 - a) Ada informasi yang tertinggal, tidak disampaikan perawat, atau informasi bukan dilaporkan secara langsung oleh perawat yang bertanggung jawab terhadap klien.

- b) Adanya distraksi berupa kegaduhan (berisik), interupsi, dan staf yang tidak memperhatikan ada informasi yang tertinggal, tidak disampaikan perawat, atau informasi bukan dilaporkan secara langsung oleh perawat yang bertanggung jawab terhadap klien.
 - c) Adanya distraksi berupa kegaduhan (berisik), interupsi, dan staf yang tidak memperhatikan Kurangnya kerahasiaan, tidak adanya privasi di nurse station.
- 3. Jenis/metode timbang terima
 - a) Verbal hand over
 - b) Tape recorded hand over
 - c) Bedside hand over
 - d) Written hand over

Metode-metode tersebut akan dipengaruhi oleh jumlah klien, tingkat ketergantungan, jumlah dan tingkat staf. ' Mix and match' metode bisa dipakai dalam operan.
- 4. Proses timbang terima (Mursidah 2012)
 - a) Kedua kelompok dinas/shift sudah siap.
 - b) Perawat yang melaksanakan timbang terima mengkaji secara penuh masalah, kebutuhan, dan segala tindakan yang telah dilaksanakan serta hal-hal yang penting lainnya selama masa perawatan.
 - c) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang, sebaiknya dicatat khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya.
- 5. Hal-hal yang perlu disampaikan dalam timbang terima :
 - a) Identitas klien dan diagnosa medis.
 - b) Masalah Keperawatan yang masih muncul.

- c) Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (secara umum)
 - d) Intervensi kolaboratif yang telah dilaksanakan
 - e) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan operatif, pemeriksaan penunjang, persiapan untuk konsultasi atau prosedur yang tidak rutin dijalankan.
 - f) Prosedur rutin yang biasa dijalankan tidak perlu dilaporkan.
 - g) Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klasifikasi tanya jawab dan dilakukan validasi terhadap hal hal yang telah ditimbang terimakan atau berhak terhadap keterangan-keterangan yang kurang jelas.
 - h) Mengupayakan penyampaian yang jelas, singkat, dan padat.
6. Hal-hal yang perlu diperhatikan (Whittingham and Oldroyd 2014)
- a) Dilaksanakan tepat waktu dan semua perawat yang sudah dan akan bertugas hadir, serta siapkan hand over sheet.
 - b) Adanya unsur bimbingan dan pengarahan dari penanggung jawab yang dilakukan pada awal serah terima tanggung jawab. Hal ini seharusnya tidak memperpanjang waktu serah terima, hanya 2-3 menit dan harus fokus isu-isu keselamatan klien tertentu.
 - c) Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) model dapat digunakan oleh setiap tenaga kesehatan profesional untuk mengkomunikasikan informasi klinis tentang kondisi klien.

- d) Untuk menetapkan standar kualitas pada verbal hand over mengusulkan bahwa setiap serah terima harus 'CUBAN', yaitu Confidential : pastikan bahwa segala informasi tidak terbawa keluar area keperawatan. Uninterrupted : Memanfaatkan daerah yang tenang, tidak ada gangguan. Dimulai di awal shift. Brief : Jaga informasi tetap relevan. Hindari pelabelan atau stereotip. Accurate : Pastikan bahwa semua informasi benar dan tidak ada klien yang terlewat. Named nurse : Perawat yang melapor adalah perawat yang bertanggung jawab langsung terhadap klien
- e) Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis dan menggambarkan kondisi klien pada saat ini serta kerahasiaan klien

2.7 Ronde Asuhan Keperawatan

Ronde keperawatan adalah kegiatan untuk mengatasi keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat dengan melibatkan klien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan, yang dilakukan oleh perawat primer dan atau konsuler, kepala ruang, dan perawat pelaksana, serta melibatkan seluruh anggota tim. (Hendro Bidjuni 2017)

1. Tujuan

- a) Menumbuhkan cara berpikir secara kritis.
- b) Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien.
- c) Meningkatkan validitas data klien.
- d) Menilai kemampuan justifikasi.

- e) Meningkatkan kemampuan dalam menilai hasil kerja.
- f) Meningkatkan kemampuan untuk memodifikasi rencana perawatan.

2. Karakteristik

- a) Klien dilibatkan secara langsung.
- b) Klien merupakan fokus kegiatan.
- c) Perawat pelaksana, perawat primer, dan konsuler diskusi bersama.
- d) Konsuler memfasilitasi kreativitas.
- e) Konsuler membantu mengembangkan kemampuan perawat pelaksana dan perawat primer untuk meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah.

3. Peran perawat dalam ronde keperawatan

- a) Peran perawat primer dan perawat pelaksana:
 - ❖ Menjelaskan keadaan dan data demografi klien
 - ❖ Menjelaskan masalah keperawatan utama.
 - ❖ Menjelaskan intervensi yang belum dan yang akan dilakukan.
 - ❖ Menjelaskan tindakan selanjutnya.
- b) Peran perawat primer lain dan atau konsuler
 - ❖ Memberikan justifikasi.
 - ❖ Memberikan penguatan (reinforcement).
 - ❖ Menilai kebenaran dari suatu masalah, intervensi keperawatan serta tindakan yang rasional.
 - ❖ Mengarahkan dan koreksi.
 - ❖ Mengintegrasikan teori dan konsep yang telah dipelajari.

4. Tahap ronde keperawatan

a) Tahap persiapan (pra ronde keperawatan)

- ❖ Penetapan kasus minimal satu hari sebelum waktu pelaksanaan ronde.
- ❖ Pemberian informed consent kepada klien / keluarga.

b) Tahap pelaksanaan

- ❖ Penjelasan tentang klien oleh perawat primer/ketua tim yang difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan atau telah dilaksanakan dan memilih prioritas yang perlu didiskusikan.
- ❖ Diskusi antar anggota tim tentang kasus tersebut.
- ❖ Pemberian justifikasi oleh perawat primer/perawat konselor/kepala ruang tentang masalah klien serta rencana tindakan yang akan dilakukan.
- ❖ Tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah dan yang akan ditetapkan

5. Tahap pasca ronde

Mendiskusikan hasil temuan dan tindakan pada klien serta menetapkan tindakan yang perlu dilakukan

2.8 Dokumentasi Dalam Asuhan Keperawatan

Dokumentasi adalah bukti tertulis dari segala sesuatu yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Catatan medis harus mendeskripsikan tentang status kebutuhan klien yang komprehensif. Dokumentasi yang baik tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan tapi juga membuktikan pertanggungjawaban setiap anggota tim perawatan

dalam memberikan perawatan. Semua catatan mendasar mengandung informasi berikut:(Rubbiana 2015)

1. Identifikasi klien dan data demografi klien
2. Surat izin untuk pengobatan dan prosedur
3. Riwayat keperawatan saat masuk
4. Diagnosa keperawatan
5. Rencana asuhan keperawatan
6. Catatan tentang tindakan asuhan keperawatan dan evaluasi keperawatan
7. Riwayat medis
8. Diagnosis medis
9. Pesanan teraupetik
10. Catatan pengembangan medis dan disiplin kesehatan
11. Laporan tentang pemeriksaan fisik
12. Laporan tentang pemeriksaan diagnostic
13. *Rangkuman* tentang prosedur operatif
14. Rencana pemulangan dan *Rangkuman* tentang pemulangan

Dokumentasi merupakan sumber data yang bermanfaat dan digunakan oleh semua tim perawatan kesehatan. Tujuannya mencakup komunikasi, tagihan financial, edukasi, riset, audit, dan dokumentasi legal. (Lestari 2014)

a. Sebagai Sarana Komunikasi Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

- 1) Membantu koordinasi asuhan keperawatan/kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
- 2) Mencegah informasi yang berulang terhadap klien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali

tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan/kebidanan pada klien.

- 3) Membantu tim perawat/bidan dalam menggunakan waktu sebaik- baiknya.
- b. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat Sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat/bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien.
- c. Sebagai Informasi statistik Data statistik dari dokumentasi keperawatan/kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.
- d. Sebagai Sarana Pendidikan Dokumentasi asuhan keperawatan/kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan/kebidanan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktek lapangan.
- e. Sebagai Sumber Data Penelitian Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan/kebidanan yang diberikan, sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan

keperawatan dan kebidanan yang aman, efektif dan etis.

Rangkuman

Manajemen adalah koordinasi dan integrasi sumber-sumber melalui perencanaan, pengorganisasian, koordinasi pengarah dan pengawasan dalam mencapai tujuan. Manajemen mengandung tiga prinsip pokok yang menjadi ciri utama penerapannya yaitu efisiensi dalam pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam pengambilan keputusan manajerial.

Dokumentasi adalah bukti tertulis dari segala sesuatu yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Catatan medis harus mendeskripsikan tentang status kebutuhan klien yang komprehensif. Dokumentasi yang baik tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan tapi juga membuktikan pertanggungjawaban setiap anggota tim perawatan dalam memberikan perawatan. Semua catatan mengandung informasi berikut: (Rubbiana 2015)

Latihan

1. Apa definisi manajemen asuhan keperawatan?
2. Jelaskan dan berikan contoh fungsi manajemen asuhan keperawatan?
3. Uraikan tentang standar asuhan keperawatan ?
4. Jelaskan perbedaan dari metode penugasan asuhan keperawatan ?
5. Jelaskan dan berikan contoh peran dan penugasan dalam asuhan keperawatan
6. .Buatlah contoh kasus dan demontrasikan Timbang terima asuhan keperawatan?
7. Buatlah contoh kasus dan demontrasikan ronde asuhan keperawatan?
8. Susunlah dokumentasi dalam asuhan keperawatan?

BAB 3

TIMBANG TERIMA PASIEN

Deskripsi Singkat

Manajemen adalah proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Manajemen sebagai ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya.(Nursalam 2014)

Kegiatan asuhan keperawatan dibutuhkan yaitu kemahiran dalam berkomunikasi, dan komunikasi yang baik itu mudah di mengerti, singkat, jelas. Komunikasi juga sangat perlu saat melakukan segala hal dalam kegiatan sehari-hari perawat dalam tindakan keperawatan maupun dalam bentuk Operan. Dalam operan ini lah sering terjadi kekeliruan ataupun kesalahpahaman informasi, dan disinilah perawat sangat di butuhkan dalam kemahiran berkomunikasi.

Pada saat operan antar perawat, diperlukan suatu komunikasi yang jelas tentang kebutuhan pasien, intervensi yang sudah dan yang belum dilaksanakan, serta respons yang terjadi pada pasien. Perawat melakukan operan bersama dengan perawat lainnya dengan cara berkeliling ke setiap pasien dan menyampaikan kondisi pasien secara akurat di dekat pasien. Cara ini akan lebih efektif dari pada harus menghabiskan waktu orang lain sekedar untuk membaca dokumentasi yang telah kita buat, selain itu juga akan membantu perawat dalam menerima operan secara nyata.(Nursalam 2013)

Ada berbagai macam model operan yaitu model tradisional dan operan disisi tempat tidur (bedside) yang penerapannya disesuaikan dengan kondisi masing-masing ruangan. Operan tradisional hanya cukup di

meja perawat tanpa mengkonfirmasi keadaan pasien secara langsung. Hal ini menyebabkan ketidakpuasan dari pasien dan perawat karena tidak ada komunikasi antara perawat dengan pasien yang nantinya bermanfaat bagi pelayanan yang dilakukan. Komunikasi yang efektif dalam lingkungan perawatan kesehatan membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan empati. Ini mencakup mengetahui kapan harus berbicara, apa yang harus dikatakan dan bagaimana mengatakannya serta memiliki kepercayaan diri dan kemampuan untuk memeriksa bahwa pesan telah diterima dengan benar. Meskipun digunakan setiap hari dalam situasi klinis, keterampilan komunikasi perlu dipelajari, dipraktekkan dan disempurnakan oleh semua perawat sehingga mereka dapat berkomunikasi dengan jelas, singkat dan tepat dalam lingkungan yang serba cepat dan menegangkan. Untuk itu diperlukan pendekatan sistematis untuk memperbaiki komunikasi tersebut salah satunya dengan cara komunikasi teknik SBAR. (Novak and Fairchild 2012)

Komunikasi *Situation Background Assessment Recommendation* (SBAR) dalam dunia kesehatan dikembangkan oleh pakar Pasien Safety dari Kaiser Permanente Oakland California untuk membantu komunikasi antara dokter dan perawat. Meskipun komunikasi SBAR di desain untuk komunikasi dalam situasi beresiko tinggi antara perawat dan dokter, teknik SBAR juga dapat digunakan untuk berbagai bentuk operan tugas, misalnya operan antara perawat. Di Kaiser tempat asalnya, teknik SBAR tidak hanya digunakan untuk operan tugas antara klinis tapi juga untuk berbagai laporan oleh pimpinan unit kerja, mengirim pesan via *email* atau *voice mail* serta bagian IT untuk mengatasi masalah. (Whittingham and Oldroyd 2014)

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan definisi Operan
2. Menguraikan Proses Operan
3. Mendeskripsikan Hal-hal yang perlu diperhatikan
4. Menguraikan Alur Operan
5. Mendeskripsikan Renstra Operan
6. Membuat Format Operan
7. Merencanakan Komunikasi SBAR
8. Menguraikan SBAR Model
9. Merencanakan Laporan Kondisi Pasien Antar Shift Dinas

3.1 Pengertian Operan

Operan merupakan sistem kompleks yang didasarkan pada perkembangan sosio-teknologi dan nilai-nilai yang dimiliki perawat dalam berkomunikasi. Operan shif berperan penting dalam menjaga kesinambungan layanan keperawatan selama 24 jam. Tujuan komunikasi selama operan adalah untuk membangun komunikasi yang akurat, reliable, tentang tugas-tugas yang akan dilanjutkan oleh staf pada shif berikutnya agar layanan keperawatan bagi pasien berlangsung aman dan efektif, menjaga keamanan, kepercayaan, dan kehormatan pasien, mengurangi

kesenjangan dan ketidak akuratan perawatan, serta memberi kesempatan perawat meninggalkan pelayanan langsung. (Chaboyer, McMurray, and Wallis 2010)

Operan merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Operan pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dan yang belum dilakukan serta perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Operan dilakukan oleh perawat primer keperawatan kepada perawat primer (penanggung jawab) dinas sore atau dinas malam secara tertulis dan lisan. (Nursalam 2014). Menurut Keliat, 2012, Operan adalah komunikasi dan serah terima pekerjaan antara shift pagi , sore dan malam. Operan dari shift malam ke shift pagi dan dari shift pagi ke shift sore dipimpin oleh kepala ruangan, sedangkan operan dari shift sore ke shift malam dipimpin oleh penanggung jawab shift sore.(Sugiharto, A. S., Keliat, B. A., & Sri 2012)

3.2 Proses Operan

Tabel 3.1 Proses Operan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian shift/ operan 2. Prinsip timbang terima semua pasien baru masuk dan pasien yang dilakukan timbang terima khususnya pasien yang memiliki permasalahan belun/ dapat teratasi serta yang membutuhkan observasi lebih lanjut 3. PP menyampaikan timbang terima pada PP berikutnya, hal yang perlu disampaikan dalam timbang terima: <ol style="list-style-type: none"> a. Jumlah pasien b. Identitas klien dan diagnosis medis c. Data (keluhan/ subjektif dan objektif) 	5 menit	Ners station	PP dan PA
	<ol style="list-style-type: none"> d. Masalah keperawatan yang masih muncul e. Intervensi keperawatan yang belum dilaksanakan (secara umum). f. Intervensi kolaboratif dan dependen. g. Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dll). 			

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kedua kelompok dinas sudah siap (shift jaga) 2. Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan. 3. Kepala ruang membuka acara timbang terima. 4. Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab, dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah ditimbang terimakasih dan berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas. 5. Kepala ruangan/ PP menanyakan kebutuhan dasar pasien 6. Penyampaian yang jelas, singkat, dan padat. 7. Perawat yang melaksanakan timbang terima mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan, dan tindakan yang telah/ belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan. 8. Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian 	20 menit	Ners station	KARU, PP dan PA

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
	<p>yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya.</p> <p>9. Lama timbang terima untuk tiap pasien tidak lebih dari lima menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan keterangan yang rumit</p>		Ruang perawat an	
	<p>1. Diskusi.</p> <p>2. Pelaporan untuk timbang terima dituliskan secara langsung pada format timbang terima yang ditandatangani oleh PP yang jaga saat itu dan PP yang jaga berikutnya diketahui oleh kepala ruang.</p> <p>3. Ditutup oleh kepala ruang</p>	5 menit	Ners station	KARU, PP dan PA

3.3 Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Dilaksanakan tepat pada saat pergantian shift
2. Dipimpin oleh kepala ruangan atau penanggung jawab pasien (PP)
3. Diikuti oleh semua perawat yang telah dan yang akan dinas.
4. Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis, dan menggambarkan kondisi pasien saat ini serta menjaga kerahasiaan pasien.
5. Operan harus berorientasi pada permasalahan pasien.
6. Pada saat Operan di kamar pasien, menggunakan volume suara yang cukup sehingga pasien disebelahnya tidak mendengar sesuatu yang rahasia bagi klien. Sesuatu yang dianggap rahasia sebaiknya

tidak dibicarakan secara langsung didekat pasien.

7. Sesuatu yang mungkin membuat klien terkejut dan shock sebaiknya dibicarakan di nurse station.

3.4 Alur Operan

Alur dan format pedoman operan di ruang MPKP adalah sebagai berikut: (Sugiharto 2012)

Gambar 3.1 Alur dan Format Operan di ruang MPKP

Sumber: (Sugiharto 2012)

Renstra Operan

1. Pelaksanaan Operan
 - a. Hari/ tanggal :
 - b. Pukul :
 - c. Topik :
 - d. Tempat :
2. Metode
 - a. Diskusi
 - b. Tanya jawab
3. Media
 - a. Status klien
 - b. Buku Operan
 - c. Alat tulis
 - d. Leaflet
 - e. Sarana dan prasarana perawatan
4. Pengorganisasian
 - a. Kepala ruangan :
 - b. Perawat primer (pagi) :
 - c. Perawat primer (sore) :
 - d. Perawat associate (pagi) :
 - e. Perawat associate (sore) :
 - f. Perawat associate (malam) :
 - g. Perawat associate (libur) :
 - h. Pembimbing/ supervisor :
5. Uraian kegiatan

Contohnya:

a. *Prolog*

Pada hari..... jam..... seluruh perawat (PP dan PA) shift pagi dan sore serta kepala ruangan berkumpul di nurse station untuk melakukan operan.

b. *Sesi I di Nurse station*

Kepala ruangan memimpin dan membuka acara yang didahului dengan doa dan kemudian mempersilahkan PP dinas pagi untuk melaporkan keadaan dan

perkembangan pasien selama bertugas kepada PP yang akan berdinas selanjutnya (sore). PP dan PA shift sore memberikan klarifikasi keluhan, intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum), intervensi kolaboratif dan dependen, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang dll), hal yang belum jelas atas laporan yang telah disampaikan. Setelah melakukan timbang terima di nurse station berupa laporan tertulis dan lisan, kemudian diteruskan di ruang perawatan pasien

c. *Sesi II di Ruang Perawatan pasien*

Seluruh perawat dan kepala ruangan bersama-sama melihat ketempat pasien. PP dinas selanjutnya mengklarifikasi dan memvalidasi data langsung kepada pasien atau keluarga yang mengalami masalah khusus. Untuk pasien yang tidak mengalami masalah khusus, kunjungan tetap dilaksanakan. Lama kunjungan tidak lebih lima menit perpasien. Bila terdapat hal-hal yang bersifat rahasia bagi pasien dan keluarga perlu diklarifikasi, maka dapat dilakukan di nurse station setelah kunjungan kepasien berakhir.

d. *Epilog*

Kembali ke nurse station. Diskusi tentang keadaan pasien yang bersifat rahasia. Setelah proses operan selesai dilakukan, maka kedua PP menandatangani laporan operan dengan diketahui oleh kepala ruangan.

6. Evaluasi

1. *Struktur (input)*

Pada operan, sarana dan prasarana yang menunjang telah tersedia antara lain: catatan timbang terima, status klien dan kelompok shift operan. Kepala ruang selalu memimpin kegiatan operan yang dilaksanakan pada pergantian shift, yaitu malam ke pagi dan pagi ke sore. Kegiatan operan pada shift sore ke malam dipimpin oleh perawat primer yang bertugas pada saat itu.

2. *Proses*

Proses operan dipimpin oleh kepala ruang dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang bertugas maupun yang akan mengganti shift. Perawat primer mengoperkan ke perawat primer berikutnya yang akan mengganti shift. Operan pertama dilakukan di nurse station kemudian ke ruang perawatan pasien dan kembali lagi ke nurse station. Isi operan mencakup jumlah pasien, diagnosis keperawatan, dan intervensi yang belum/sudah dilakukan. Waktu untuk setiap pasien tidak lebih dari lima menit saat klarifikasi ke pasien.

3. *Hasil*

Operan dapat dilaksanakan setiap pergantian shift. Setiap perawat dapat mengetahui perkembangan pasien. Komunikasi antar perawat berjalan dengan baik.

3.5 Format Operan

Nama : Kamar :
 Pasien :
 Umur : Dx. Medis :
 Tanggal :

Tabel 3.2 Format Operan

Asuhan Keperawatan	Operan		
	Sift Pagi	Sift Sore	Sift Malam
Masalah Keperawatan			
Data Fokus (Subyektif & Obyektif)	S: O: A: P:	S: O: A: P:	S: O: A: P:
Intervensi yang sudah Dilakukan			
Intervensi yang belum Dilakukan			
Hal-hal yang perlu di Perhatikan (Lab, Obat,- Advis Medis)			
Tanda Tangan PP	PP Pagi: PP Sore: Karu:	PP Sore: PP Malam: Karu:	PP Malam: PP Pagi: Karu:

3.6 Komunikasi SBAR

Komunikasi SBAR adalah komunikasi dengan menggunakan alat yang logis untuk mengatur informasi sehingga dapat ditransfer kepada orang lain secara akurat dan efisien. Komunikasi dengan menggunakan alat terstruktur *SBAR* untuk

mencapai keterampilan berfikir kritis serta menghemat waktu. (Robiah 2015)

Konsep SBAR yaitu sebagai berikut;(Chaboyer, McMurray, and Wallis 2010)

- a. S (situation) Situation merupakan kondisi terkini yang sedang terjadi pada pasien.
 - 1) Mengidentifikasi diri, unit, pasien, dan nomor kamar.
 - 2) Nyatakan masalah secara singkat: apa, kapan dimulai, dan tingkat keparahan.
- b. B (background). Sediakan informasi latar belakang yang sesuai dengan situasi, meliputi:
 - 1) Daftar pasien
 - 2) Nomor medical record
 - 3) Membuat diagnosa dan tanggal pendidiagnosaan
 - 4) Daftar obat terkini, alergi, dan hasil labor.
 - 5) Hasil terbaru tanda-tanda vital pasien
 - 6) Hasil labor, dengan tanggal dan waktu pengambilan serta hasil dari tes labor sebagai pembandingan
 - 7) Informasi klinik lainnya
- c. A (assessment/pengkajian)
Assessment merupakan hasil pengkajian dari kondisi pasien yang terkini
- d. R (recommendation)
Recommendation merupakan apa saja hal yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pasien pada saat ini.

3.7 SBAR Model

1. Komunikasi menjadi efektif dan efisien
2. Menawarkan sebuah cara yang simple untuk standart komunikasi dengan menggunakan 4 elemen umum

3. Mencerminkan umum dan nursing process
4. Membuat bahasa yang umum

3.8 Laporan Kondisi Pasien Antar Shift DinaS (Dengan SBAR)(Randmaa et al. 2014)

Sebelum Operan pasien :

1. Dapatkan pengkajian kondisi pasien terkini.
2. Kumpulkan data-data yang diperlukan yang berhubungan kondisi pasien yang akan dilaporkan
3. Pastikan diagnosa medis pasien dan prioritas masalah keperawatan yang harus dilanjutkan
4. Baca & pahami catatan perkembangan terkini & hasil pengkajian perawat shif sebelumnya.
5. Siapkan medical record pasien termasuk rencana perawat harian.

Rangkuman

Timbang terima atau operan adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan keadaan klien.

Timbang terima merupakan kegiatan yang harus dilakukan sebelum pergantian *shift*. Selain laporan antar *shift*, dapat disampaikan juga informasi-informasi yang berkaitan dengan rencana kegiatan yang telah atau belum dilaksanakan. Timbang terima bertujuan untuk kesinambungan informasi mengenai keadaan klien secara menyeluruh sehingga tercapai asuhan keperawatan yang optimal.

Komunikasi SBAR adalah komunikasi dengan menggunakan alat yang logis untuk mengatur informasi sehingga dapat ditransfer kepada orang lain secara akurat dan efisien. Komunikasi dengan menggunakan alat terstruktur *SBAR* untuk mencapai keterampilan berfikir kritis serta menghemat waktu.

Latihan

1. Jelaskan tentang definisi operan?
2. Bagaimana proses operan di ruangan dan berikan contoh?
3. Jelaskan apa saja hal-hal yang perlu diperhatikan dalam operan?
4. Jelaskan dan berikan contoh alur dari operan?
5. Jelaskan tentang renstra operan?
6. Buatlah contoh operan menggunakan format operan?
7. Buatlah contoh kasus dalam komunikasi SBAR?
8. Sebutkan dan berikan contoh model sbar?
9. Butlah laporan kondisi pasien antar shift dinas pagi dengan dinas siang?

BAB 4

MANAJEMEN KONFLIK, KOLABORASI DAN NEGOSIASI

Deskripsi Singkat

Menurut PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) di Makassar, fenomena yang terjadi saat ini menyangkut perawat yaitu seringkali terjadi ketidakseimbangan insentif atau reward antara kelompok dokter, perawat dan yang setara dengan perawat, tenaga administrasi serta tingkatan manajer rumah sakit sehingga menyebabkan terjadinya konflik. Konflik yang berkepanjangan menyebabkan menurunnya komitmen karyawan terhadap organisasi, khususnya perawat. Dengan menurunnya komitmen tersebut, maka kinerja perawat pun menjadi menurun atau kurang. Perawat dalam menjalankan profesinya sangat rawan terhadap stres, kondisi ini dipicu karena adanya tuntutan dari pihak organisasi dan interaksinya dengan pekerjaan yang sering mendatangkan konflik atas apa yang dilakukan. Beban kerja yang sering dilakukan oleh perawat (Nursalam 2014) adalah bersifat fisik seperti mengangkat pasien, mendorong peralatan kesehatan, merapikan tempat tidur pasien, mendorong brankart dan yang bersifat mental yaitu kompleksitas pekerjaan misalnya keterampilan, tanggung jawab terhadap kesembuhan, mengurus keluarga serta harus menjalinkomunikasi dengan pasien. Menurut Marquis dan Houston . (Nursalam 2013) konflik sebagai masalah internal dan eksternal yang terjadi sebagai akibat dari perbedaan pendapat, nilai-nilai, atau keyakinan dari dua orang atau lebih. Konflik sering terjadi pada setiap tatanan keperawatan.

Konflik terjadi dalam setiap hubungan, termasuk perawat di tempat kerja. Prevalensi konflik di tempat

kerja secara statistik menunjukkan bahwa 24-60% waktu dari manajemen dihabiskan terkait dengan konflik. Peran kepemimpinan dalam konflik merupakan elemen penting. Kemampuan mereka akan mempengaruhi strategi mereka dalam konflik dan meningkatkan staf untuk bekerja sama secara efektif sehingga dapat terwujud pelayanan keperawatan yang bermutu. Hasil survey awal Danur Azissah menunjukkan bahwa dari 9 orang perawat terdapat 6 orang perawat yang mengalami stres kerja seperti mudah marah, tidak dapat relaks, emosi yang tidak stabil, sikap tidak mau bekerja sama, perasaan tidak mampu terlibat dan kesulitan dalam masalah tidur, serta ada dua orang yang sering tidak masuk kerja. Di samping itu stress kerja perawat disebabkan konflik antara perawat dan tenaga kesehatan lain maupun dengan pasien. Bentuk konflik yang sering terjadi adalah masalah pembagian tugas dan insentif yang tidak jelas dan tidak merata, sering tidak bertanggung jawab terhadap tugas serta menyalahkan rekan kerja yang lain. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar (78,3%) responden mengatakan manajemen konflik kurang baik. Dari 18 orang responden yang mengatakan manajemen konflik kurang baik, ada 10 orang (55,6%) responden mengalami stres kerja, sedangkan dari 5 orang responden yang mengatakan manajemen konflik kurang baik, ada 1 orang (20%) responden mengalami stres kerja. (Suarli, S., & Bahtiar 2010)

Setiap organisasi dimana di dalamnya terjadi interaksi antara satu dengan lainnya, memiliki kecenderungan timbulnya konflik. Dalam institusi layanan kesehatan terjadi kelompok interaksi, baik antara kelompok staf dengan staf, staf dengan pasien, staf dengan keluarga dan pengunjung, staf dengan dokter, maupun dengan lainnya yang mana situasi tersebut seringkali dapat memicu terjadinya konflik. Konflik sangat erat kaitannya dengan perasaan manusia, termasuk

perasaan diabaikan, disepelekan, tidak dihargai, ditinggalkan, dan juga perasaan jengkel karena kelebihan beban kerja. Perasaan-perasaan tersebut sewaktu-waktu dapat memicu timbulnya kemarahan. Keadaan tersebut akan mempengaruhi seseorang dalam melaksanakan kegiatannya secara langsung, dan dapat menurunkan produktivitas kerja komunitas secara tidak langsung dengan melakukan banyak kesalahan yang disengaja maupun tidak disengaja. Dalam suatu komunitas, kecenderungan terjadinya konflik, dapat disebabkan oleh suatu perubahan secara tiba-tiba, antara lain: kemajuan teknologi baru, persaingan ketat, perbedaan kebudayaan dan sistem nilai, serta berbagai macam kepribadian individu (Suarli 2009)

Sebagai manajer keperawatan, konflik sering terjadi pada setiap tatanan nyata asuhan keperawatan. Oleh karena itu, manajer harus mempunyai dua asumsi dasar tentang konflik. Asumsi dasar yang pertama adalah konflik adalah hal yang tidak dapat dihindari dalam suatu organisasi. Asumsi yang kedua adalah jika konflik dapat dikelola dengan baik, maka dapat menghasilkan suatu penyelesaian yang kreatif dan berkualitas, sehingga berdampak terhadap peningkatan dan pengembangan produksi. Disini peran manajer sangat penting dalam mengelola konflik. Manajer berusaha menggunakan konflik yang konstruktif dalam menciptakan lingkungan yang produktif. Jika konflik mengarah ke suatu yang menghambat, maka manajer harus mengidentifikasikan sejak awal dan secara aktif melakukan intervensi supaya tidak berefek pada produktivitas dan motivasi kerja (Nursalam 2014)

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan konsep Konflik
2. Menguraikan konsep Negosiasi
3. Menguraikan konsep Kolaborasi

4.1 Konsep Konflik

1. Pengertian Konflik (Nursalam 2014)
 - a. Menurut Marquis dan Hutson (1998) mendefenisikan konflik sebagai masalah internal dan eksternal yang terjadi sebagai akibat dari perbedaan pendapat, nilai-nilai atau keyakinan dari dua orang atau lebih
 - b. Menurut Littlefield (1995) mengatakan bahwa konflik dapat dikategorikan sebagai suatu kejadian atau proses. Sebagai suatu kejadian, konflik terjadi akibat ketidaksetujuan antara dua orang atau organisasi yang merasa kepentingannya terancam. Sebagai proses, konflik dimanifestasikan sebagai suatu rangkaian tindakan yang dilakukan dua orang atau kelompok, dimana setiap orang atau kelompok berusaha menghalangi atau mencegah kepuasan dari pihak lawan. Sumber konflik dalam sebuah organisasi dapat ditemukan pada kekuasaan,

komunikasi, tujuan seseorang dan organisasi, ketersediaan sarana, perilaku kompetisi dan kepribadian, serta peran yang membingungkan

2. Sejarah Terjadinya Manajemen Konflik
(Nursalam 2013)

Sejarah terjadinya suatu konflik pada suatu organisasi dimulai seratus tahun yang lalu, dimana konflik adalah suatu kejadian yang alamiah dan peristiwa yang terjadi di organisasi. Pada awal abad ke 20, konflik diindikasikan sebagai suatu kelemahan manajemen pada suatu organisasi yang harus dihindari. Pada awal abad ke 19, ketika ketidakpuasan staf dan umpan balik dari atasan tidak ada, maka konflik diterima secara pasif sebagai suatu kejadian yang normal dalam organisasi. Oleh karena itu seorang manajer harus belajar bagaimana menyelesaikan konflik tersebut daripada berusaha menghindarinya. Meskipun konflik dalam sebuah organisasi merupakan suatu unsur penghambat staf dalam melaksanakan tugasnya, tetapi diakui bahwa konflik dan kerjasama dapat terjadi secara bersamaan

Teori interaksi pada tahun 1970 mengemukakan bahwa konflik merupakan suatu hal yang penting dan secara aktif mengajak organisasi untuk menjadikan konflik sebagai salah satu pertumbuhan produksi. Teori ini menekankan bahwa konflik dapat mengakibatkan pertumbuhan produksi sekaligus kehancuran organisasi, keduanya tergantung bagaimana manajer mengelolanya. Menurut Erwin (1992), konflik dapat berupa sesuatu yang kualitatif atau kuantitatif. Meskipun konflik berakibat pada

stress, tetapi dapat juga meningkatkan produksi dan kreativitas. Manajemen konflik yang konstruktif akan menghasilkan lingkungan yang kondusif untuk didiskusikan sebagai suatu fenomena utama, komunikasi yang terbuka melalui pengutaraan perasaan, dan tukar pikiran serta tanggung jawab yang menguntungkan dalam menyelesaikan suatu perbedaan.

3. Penyebab Konflik

Konflik dapat berkembang karena berbagai sebab sebagai berikut: (Mito 2014)

- a. Batasan pekerjaan yang tidak jelas. Pendeskripsian batasan pekerjaan yang tidak jelas dapat memicu munculnya konflik dikarenakan adanya orang/individu yang tidak tahu pekerjaannya dan dapat mengganggu tugas dan wewenang dari orang lain.
- b. Hambatan komunikasi. Konflik juga dapat terjadi jika komunikasi dalam suatu komunitas tidak berjalan lancar, kondisi yang seperti ini akan menimbulkan misunderstanding/kesalahpahaman.
- c. Tekanan waktu. Tekanan waktu juga dapat memicu adanya konflik, jika dalam suatu komunitas tidak dapat memanage waktu dengan baik dan menggunakannya secara efektif dalam mencapai target yang ditentukan.
- d. Standar, peraturan dan kebijakan yang tidak masuk akal. Standar, peraturan dan kebijakan yang tidak masuk akal, juga dapat memicu konflik dikarenakan adanya standar, peraturan dan kebijakan yang tidak dapat diwujudkan.

- e. Pertikaian antar pribadi. Pertikaian antar pribadi juga dapat memicu adanya konflik karena akan muncul tidak adanya sinergi/kerjasama antara pribadi yang bertikai dan mencari pembenaran pribadi masing-masing.
- f. Perbedaan status. Perbedaan status juga termasuk pemicu munculnya konflik, karena adanya yang merasa superioritas/diatas daripada yang lain.
- g. Harapan yang tidak terwujud. Harapan yang tidak terwujud akan memicu konflik karena akan menjadi halangan tersendiri bagi komunitas atau individu ketika adanya harapan yang tidak terwujud dapat menurunkan self confidence/kepercayaan dirinya menurun sehingga terjadi kesusahan dalam mempercayai diri maupun orang lain
- h. Perilaku menentang. Perilaku menentang dapat menimbulkan konflik yang menghasilkan perasaan bersalah pada seseorang dimana perilaku itu ditunjukkan.

4. Kategori Konflik

Menurut Marquis dan Huston (1998), konflik dipandang secara vertikal dan horisontal. Konflik vertikal terjadi antara atasan dan bawahan sedangkan konflik horisontal terjadi antara staf dengan posisi dan kedudukan yang sama. Konflik dapat dibedakan menjadi tiga yakni: (Lestari 2014)

- a. Konflik Intrapersonal adalah konflik yang terjadi pada individu itu sendiri. Keadaan ini merupakan masalah internal untuk mengklarifikasi masalah nilai dan keinginan dari konflik yang terjadi. Hal ini sering

dimanifestasikan sebagai akibat dari manifestasi peran.

- b. Konflik Interpersonal terjadi antara dua orang atau lebih dimana nilai, tujuan dan keyakinan berbeda. Konflik ini sering terjadi karena seseorang dengan konstan berinteraksi dengan orang lain sehingga ditemukan perbedaan-perbedaan.
- c. Konflik Antar kelompok (Intergroup) Konflik yang terjadi antara dua atau lebih kelompok, departemen atau organisasi. Sumber konflik ini adalah hambatan dalam mencapai kekuasaan dan otoritas (kualitas layanan), serta keterbatasan prasarana

5. Proses Konflik

Proses konflik dibagi menjadi beberapa tahapan, yakni :(Mito 2014)

- a. Konflik Laten. Tahapan konflik yang terjadi terus-menerus (Laten) dalam suatu organisasi. Misalnya, kondisi tentang keterbatasan staf dan perubahan yang cepat. Kondisi tersebut memicu terhadap ketidakstabilan organisasi dan kualitas produksi, meskipun konflik yang ada terkadang tidak nampak secara nyata atau tidak pernah terjadi.
- b. Konflik yang Dirasakan (Felt Conflict). Konflik yang terjadi karena adanya sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman, ketakutan, tidak percaya dan marah. Konflik ini disebut juga sebagai konflik affectiveness. Hal ini penting bagi seseorang untuk menerima konflik dan tidak merasakan konflik tersebut sebagai suatu masalah/ancaman terhadap keberadaannya.

- c. Konflik yang Tampak/Sengaja Dimunculkan. Konflik yang sengaja dimunculkan untuk dicari solusinya. Tindakan yang dilakukan mungkin menghindar, kompetisi, debat, atau mencari penyelesaian konflik. Setiap orang secara tidak sadar belajar menggunakan kompetisi, kekuatan, dan agresivitas dalam menyelesaikan konflik. Sementara itu, penyelesaian konflik dalam suatu organisasi memerlukan upaya dan strategi sehingga dapat mencapai tujuan organisasi.
- d. Resolusi konflik adalah suatu penyelesaian masalah dengan cara memuaskan semua orang terlibat didalamnya dengan prinsip win-win solution.
- e. Konflik aftermath. Konflik aftermath merupakan konflik yang terjadi akibat dari tidak terselesaikannya konflik yang pertama. Konflik ini akan menjadi masalah besar dan bisa menjadi penyebab dari konflik yang utama bila tidak segera diatasi atau dikurangi

Bagan Proses Konflik Marquis dan Huston, 1998 dalam (Pardede, Merly Kasih Jayanti 2020)

Sumber: Marquis dan Huston, 1998 dalam (Pardede, Merly Kasih Jayanti 2020)

6. Penyelesaian Konflik

a. Langkah-Langkah Penyelesaian Konflik (Mito 2014)

Menurut Vestal (1994) menjabarkan langkah-langkah menyelesaikan suatu konflik meliputi pengkajian, identifikasi, dan intervensi.

1) Pengkajian.

- ❖ Analisis situasi. Identifikasi jenis konflik untuk menentukan waktu

yang diperlukan, setelah dilakukan pengumpulan fakta dan memvalidasi semua perkiraan melalui pengkajian lebih mendalam. Kemudian siapa yang terlibat dan peran masing-masing. Tentukan jika situasinya dapat diubah.

- ❖ Analisis dan memetakan isu yang berkembang. Jelaskan masalah dan prioritaskan fenomena yang terjadi. Tentukan masalah utama yang memerlukan suatu penyelesaian yang dimulai dari masalah tersebut. Hindari penyelesaian masalah dalam satu waktu.

- ❖ Menyusun tujuan
Jelaskan tujuan spesifik yang akan dicapai

2) Identifikasi

- ❖ Mengelola perasaan
Hindari respons emosional: marah, sebab setiap orang mempunyai respon yang berbeda terhadap kata-kata, ekspresi, dan tindakan

3) Intervensi

- ❖ Masuk pada konflik yang diyakini dapat diselesaikan dengan mudah atau baik. Selanjutnya identifikasi hasil yang positif yang akan terjadi.
- ❖ Menyeleksi metode dalam menyelesaikan konflik. Penyelesaian konflik memerlukan strategi yang berbeda-beda.

Seleksi metode yang paling sesuai untuk menyeleksi konflik yang terjadi

- 4) Strategi Penyelesaian Konflik
- Strategi penyelesaian konflik dapat dibedakan menjadi enam macam, yakni :(Lestari 2014)
- a. Kompromi atau negosiasi. Suatu strategi penyelesaian konflik dimana semua pihak yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama. Strategi ini biasa disebut dengan lose-lose situation. Kedua belah pihak yang terlibat saling menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat. Didalam manajemen keperawatan, strategi ini biasa digunakan oleh middle dan top manajer keperawatan.
 - b. Kompetisi. Strategi ini dapat diartikan sebagai *win-lose situation*. Penyelesaian ini menekankan hanya ada satu orang atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan kalah. Akibat negatif dari strategi ini adalah kemarahan, putus asa, dan keinginan untuk perbaikan dimasa mendatang.
 - c. Akomodasi. Istilah lain yang sering digunakan adalah cooperative situation. Konflik ini berlawanan dengan kompetisi. Pada strategi

ini seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan, dan memberi kesempatan pada orang lain untuk menang. Pada strategi ini, masalah utama yang terjadi sebenarnya tidak terselesaikan. Strategi ini biasanya digunakan dalam dunia politik untuk merebut kekuasaan dengan berbagai konsekuensinya.

- d. Smoothing. Teknik ini merupakan penyelesaian konflik dengan cara mengurangi komponen emosional dalam konflik. Pada strategi ini, individu yang terlibat dalam konflik berupaya mencapai kebersamaan daripada perbedaan dengan penuh kesadaran dan introspeksi diri. Strategi ini bisa diterapkan pada konflik yang ringan tetapi tidak dapat dipergunakan pada konflik yang besar, misalnya persaingan pelayanan/hasil produksi.
- e. Menghindar. Semua yang terlibat dalam konflik, pada strategi ini menyadari tentang masalah yang dihadapi tetapi memilih untuk menghindar atau tidak menyelesaikan masalah. Strategi ini biasanya dipilih bila ketidaksepakatan membahayakan kedua pihak, biaya penyelesaian lebih besar daripada menghindar, atau perlu orang ketiga dalam

menyelesaiakannya, atau jika masalah dapat terselesaikan dengan sendirinya.

- f. Kolaborasi. Menurut Bowditch dan Buono (1994) strategi ini merupakan strategi win-win solution. Dalam kolaborasi, kedua belah pihak yang terlibat menentukan tujuan bersama dan bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan. Karena keduanya yakin akan tercapainya tujuan yang telah ditetapkan. Strategi kolaborasi tidak akan berjalan jika kompetisi insentif sebagai bagian dari situasi tersebut, kelompok yang terlibat tidak mempunyai kemampuan dalam menyelesaikan masalah, dan tidak adanya kepercayaan dari kedua kelompok/seseorang.

4.2 Konsep Negosiasi

- 1. Pengertian Negosiasi (Efendi n.d.)
 - a. Menurut Marquis dan Huston (1998), negosiasi pada umumnya sama dengan kolaborasi. Pada organisasi, negosiasi juga dapat diartikan sebagai suatu pendekatan kompetitif. Negosiasi sering dirancang sebagai suatu pendekatan kompromi jika digunakan sebagai strategi menyelesaikan konflik. Selama negosiasi berlangsung berbagai pihak yang terlibat menyerah dan lebih menekankan waktu mengakomodasi perbedaan-perbedaan antara keduanya

- b. Menurut Smeltzer (1991) mengidentifikasikan dua tipe dasar negosiasi, yakni kooperatif (setiap orang menang) dan kompetitif (hanya satu orang yang menang). Satu hal yang penting dalam negosiasi adalah apakah salah satu atau kedua belah pihak menghendaki adanya perubahan hubungan yang berlangsung dengan meningkatkan hubungan yang lebih baik. Jika kedua pihak menghendaki perbaikan hubungan maka akan timbul tipe kooperatif. Tapi jika salah satunya maka akan timbul kompetitif.
 - c. Terdapat tiga kriteria yang harus dipenuhi sebelum manajer setuju untuk memulai proses negosiasi, yaitu: masalah harus dinegosiasikan, negosiator harus tertarik pada “take and give” selama proses negosiasi dan mereka harus saling percaya.
 - d. Negosiasi adalah komunikasi dua arah yang dirancang untuk mencapai kesepakatan pada saat kedua belah pihak memiliki kepentingan yang berbeda. Proses interaksi dan komunikasi yang dinamis dan beraneka ragam, mengandung seni dan penuh rahasia, untuk mencapai suatu tujuan yang dianggap menguntungkan para
2. Prasyarat Negosiasi yang Efektif
- a. Para pihak bersedia bernegosiasi secara sukarela berdasarkan kesadaran yang penuh (*willingness*)
 - b. Para pihak memiliki kesiapan untuk melakukan negosiasi (*preparedness*)

- c. Para pihak memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan (*authoritative*)
 - d. Para pihak memiliki kekuatan yang relatif seimbang (*relative equal bargaining power*)
 - e. Para pihak memiliki kemauan menyelesaikan masalah (*sense problem solving*)
3. Langkah-langkah yang harus dilakukan sebelum melaksanakan negosiasi adalah sebagai berikut:
- a. Mengumpulkan informasi tentang masalah sebanyak mungkin. Karena pengetahuan adalah kekuatan, semakin banyak informasi yang didapat, maka semakin besar kemungkinan untuk menawarkan negosiasi.
 - b. Dimana manajer harus memulai. Karena tugas manajer adalah melakukan kompromi, maka mereka harus memilih tujuan utama. Tujuan tersebut sebagai masukan dari tingkat bawah.
 - c. Memilih alternatif yang terbaik terhadap sarana dan prasarana. Efisiensi dan efektivitas penggunaan waktu, anggaran dan pegawai yang terlibat perlu juga diperhatikan oleh manajer.
 - d. Mempunyai agenda yang disembunyikan. Agenda tersebut adalah agenda negosiasi alternatif yang akan ditawarkan jika negosiasi tidak dapat disepakati (Mito 2014)

4. Beberapa strategi dan cara yang perlu dilakukan dalam menciptakan kondisi persuasif, asertif, dan komunikasi terbuka selama proses negosiasi berjalan menurut Smeltzer (1991) adalah :
- a. Pilih fakta-fakta yang rasional dan berdasarkan hasil penelitian.
 - b. Dengarkan dengan saksama, dan perhatikan respon nonverbal yang tampak.
 - c. Berpikir positif dan selalu terbuka untuk menerima semua alternatif informasi yang disampaikan.
 - d. Upayakan untuk memahami pandangan apa yang disampaikan lawan bicara anda. Konsentrasi dan perhatikan, tidak hanya memberikan persetujuan.
 - e. Selalu diskusikan tentang konflik yang terjadi. Hindari menyalahkan orang lain atas konflik yang terjadi.
 - f. Jujur.
 - g. Usahakan bersikap bahwa anda memerlukan penyelesaian terbaik.
 - h. Jangan langsung menyetujui solusi yang ditawarkan, tetapi berpikir dan mintalah waktu untuk menjawabnya.
 - i. Jika kedua belah pihak menjadi marah atau lelah selama negosiasi berlangsung, istirahatlah sebentar.
 - j. Dengarkan dan tanyakan tentang pendapat yang belum begitu anda pahami.
 - k. Bersabarlah (Nursalam 2013)

5. Kunci Sukses Dalam Negosiasi (Nursalam 2013)

a. Lakukan

- 1) Jelaskan tujuan negosiasi, bukan posisinya. Pastikan bahwa anda mengetahui keinginan orang lain.
- 2) Perlakukan orang lain sebagai teman dalam menyelesaikan masalah, bukan sebagai musuh. Hadapi masalah yang ada bukan orangnya.
- 3) Ingat, bahwa setiap orang menginginkan/mengharapkan penyelesaian yang diterima, jika anda dapat menyajikan sesuatu dengan baik dan menarik.
- 4) Dengarkan baik-baik apa yang dikatakan dan apa yang tidak. Perhatikan gerakan tubuhnya.
- 5) Lakukan sesuatu yang sederhana, tidak berbelit-belit.
- 6) Antisipasi penolakan.
- 7) Tahu apa yang anda berikan.
- 8) Tunjukkan beberapa alternatif pilihan.
- 9) Tunjukkan keterbukaan dan ketaatan jika orang lain sepakat terhadap pendapat anda.
- 10) Bersikap asertif, bukan agresif.
- 11) Hati-hati, anda mempunyai sesuatu kekuasaan untuk memutuskan.
- 12) Pergunakan gerakan tubuh, jika anda menyetujui dan tidak terhadap suatu pendapat.
- 13) Konsisten terhadap apa yang anda anggap benar

b. Hindari

- 1) Sikap yang tidak baik, seperti sinis, kasar, dan menyepelekan.

- 2) Trik yang tidak baik, seperti manipulasi.
- 3) Distorsi.
- c. Tergesa-gesa dalam proses negosiasi.
 - 1) Tidak berurutan.
 - 2) Membuat hanya satu pilihan.
 - 3) Memaksakan kehendak.
 - 4)
 - 5) Berusaha menekan pada satu pendapat

4.3 Konsep Kolaborasi

1. Definisi Kolaborasi

Kolaborasi adalah hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidangrespektif mereka. Praktik keperawatan kolaboratif menekankan tanggung jawab bersamadalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi. Kolaborasi adalah suatu hubungan yang kolegal dengan pemberi perawatankesehatan lain dalam pemberian perawatan pasien. Praktik kolaboratif membutuhkanatau dapat mencakup diskusi diagnosis pasien dan kerjasama dalam penatalaksanaan dan pemberian perawatan). Kolaborasi menurut Asosiasi Perawat Amerika (ANA, 1992), adalah hubungankerja diantara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada klien. Kegiatanyang dilakukan meliputi diskusi tentang diagnosa, kerjasama dalam asuhan kesehatansaling berkonsultasi atau komunikasi serta masing-masing bertanggung

jawab pada kepercayaannya . Defenisi kolaborasi dapat disimpulkan yaitu hubungan kerja sama antara perawat dan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien yang didasarkan pada pendidikan dan kemampuan praktisi yang memiliki tanggung jawab dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan .(Nursalam 2013)

2. Manfaat Kolaborasi

Kolaborasi dilakukan dengan beberapa alasan sebagai manfaat dari kolaborasi yaitu antara lain:(Nursalam 2014)

- a. Sebagai pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan klien, dengan tujuan memberikan kualitas pelayanan yang terbaik bagi klien.
- b. Sebagai penyelesaian konflik untuk menemukan penyelesaian masalah atau isu.
- c. Memberikan model yang baik riset kesehatan.

3. Komponen Kompetensi Sebagai Dasar Kolaborasi

Gambaran penting untuk kolaborasi mencakup, keterampilan komunikasi yang efektif, saling menghargai, rasa percaya, memberi dan menerima umpan balik, pengambilan keputusan, dan manajemen konflik.(Bassie, L 2013)

- a. Keterampilan Komunikasi Yang Efektif
Komunikasi sangat penting dalam meningkatkan kolaborasi karena memfasilitasi berbagai pengertian individu (Kemenkes, 2012). Chittiy, 2001

dalam (Bassie, L 2013) mendefenisikan komunikasi adalah sebagai pertukaran kompleks antara pikiran,gagasan, atau informasi, pada dua level verbal dan nonverbal. Komunikasi yang efektif adalah kemampuan dalam menyampaikan pesan dan informasi dengan baik,menjadi pendengar yang baik dan keterampilan menggunakan berbagai media.Thomas Leech, menyatakan bahwa untuk membangun komunikasi yang efektif, harus menguasai empat keterampilan dasar dalam komunikasi, yaitu: membaca, menulis,mendengar dan berbicara

- b. Saling Menghargai dan Rasa Percaya
- Saling menghargai terjadi saat dua orang atau lebih menunjukkan atau merasaterhormat atau berharga terhadap satu sama lain. Dan rasa percaya terjadi saatseseorang percaya terhadap tindakan orang lain. Saling menghargai maupun rasa percaya menyiratkan suatu proses dan hasil yang dilakukan bersama. Tanpa adanya saling menghargai maka kerja sama tidak akan terjadi. Yang dimaksud dengan pentingnya menghargai satu sama lain yaitu:(Nursalam 2013)
- 1) Dapat mengurangi perbedaan status profesional.
 - 2) Meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja.
 - 3) Meningkatkan pembagian informasi diantara profesi
 - 4) Menerima kontribusi profesi lain.

- 5) Sebagai advokasi evaluasi kritis kritis penampilan kerja diantara anggota tim
 - 6) Mempermudah pengambilan keputusan bersama.
- c. Meningkatkan tanggung jawab dan tanggung gugat dalam bekerja.
Memberi dan Menerima Umpan Balik Salah satu yang dihadapi para professional adalah memberi dan menerima umpan balik pada saat yang tepat, relevan, dan membantu untuk dan dari satu sama lain, dan klien mereka. Umpan balik yang positif dicirikan dengan gaya komunikasi yang hangat, perhatian, dan penuh penghargaan.
 - d. Pengambilan Keputusan.
Proses pengambilan keputusan ditingkat tim mencakup pembagian tanggung jawab untuk hasil. Jelasnya, untuk menciptakan suatu solusi, tim tersebut harus mengikuti setiap langkah proses pengambilan keputusan yang dimulai dengan definisi masalah yang jelas.
 - e. Manajemen Konflik
Konflik peran dapat terjadi, dalam situasi apapun di tempat individu bekerjasama. Konflik peran muncul saat seseorang diharapkan melaksanakan peran yang bertentangan atau tidak sesuai dengan harapan
4. Proses Kolaboratif
Proses kolaboratif dengan sifat interaksi antara perawat dengan dokter menentukan kualitas praktik kolaborasi. ANA, 1998 dalam Siegler &

Whitney (2000)menjabarkan kolaborasi sebagai hubungan rekan yang sejati, dimana masing-masing pihak menghargai kekuasaan pihak

lain dengan mengenal dan menerima lingkup kegiatan dan tanggung jawab masing-masing dan adanya tujuan bersama. Sifatkolaborasi tersebut terdapat beberapa indikator yaitu kontrol kekuasaan, lingkup praktik, kepentingan bersama dan tujuan bersama.

- a. Kontrol kekuasaan dapat terbina apabila dokter dan perawat mendapat kesempatanyang sama mendiskusikan pasien tertentu. Kemitraan terbentuk apabila interaksi yangdiawali sama banyaknya dengan yang diterima dimana terdapat beberapa kategoriantara lain: menanyakan informasi, memberikan informasi, menanyakan dan member pendapat, memberi pengarahan atau perintah, pengambilan keputusan, memberi pendidikan, memberi dukungan/persetujuan , menyatakan tidak setuju, orientasi dan humor.(Nursalam 2013)
- b. Lingkungan Praktik. Menunjukkan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Perawat dan doktermemiliki bidang praktik yang berbeda dengan peraturan masingmasing tetapi tugas-tugas tertentu dibina yang sama.(S. Christina 2012)
- c. Kepentingan bersama merupakan tingkat ketegasan masing-masing (usaha untukmemuaskan kepentingan sendiri)

dan faktor kerjasama (usaha untuk memuaskan pihak lain).

- d. Tujuan bersama pada proses ini bersifat lebih terorientasi pada pasien dan dapat membantu menentukan bidang tanggung jawab yang berkaitan dengan prognosis pasien.

Rangkuman

Konflik adalah suatu masalah internal dan eksternal yang terjadi sebagai akibat dari perbedaan pendapat, nilai-nilai atau keyakinan dari dua orang atau lebih. Konflik dapat berkembang karena berbagai sebab sebagai berikut: batasan pekerjaan yang tidak jelas, hambatan komunikasi, tekanan waktu, standar, peraturan dan kebijakan yang tidak masuk akal, pertikaian antar pribadi, perbedaan status, harapan yang tidak terwujud. Konflik dapat dicegah atau dikelola dengan: disiplin, pertimbangan pengalaman dalam tahapan kehidupan, komunikasi dan mendengarkan secara aktif.

Negosiasi adalah komunikasi dua arah yang dirancang untuk mencapai kesepakatan pada saat kedua belah pihak memiliki kepentingan yang berbeda. Proses interaksi dan komunikasi yang dinamis dan beraneka ragam, mengandung seni dan penuh rahasia, untuk mencapai suatu tujuan yang dianggap menguntungkan. Proses kolaboratif dengan sifat interaksi antara perawat dengan dokter menentukan kualitas praktik kolaborasi. ANA, 1998 dalam Siegler & Whitney (2000) menjabarkan kolaborasi sebagai hubungan rekan yang sejati, dimana masing-masing pihak menghargai kekuasaan pihak lain dengan mengenal dan menerima lingkup kegiatan dan tanggung jawab masing-masing dan adanya tujuan bersama. Sifat kolaborasi tersebut terdapat beberapa indikator yaitu kontrol kekuasaan, lingkup praktik, kepentingan bersama dan tujuan bersama.

Latihan

1. Berikan pendapat tentang konflik?
2. Jelaskan dan berikan contoh kasus dari negosiasi?
3. Jelaskan dan berikan contoh kasus dari kolaborasi?

BAB 5

MPKP (MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL)

Deskripsi Singkat

Peningkatan profesionalisme keperawatan di Indonesia dimulai sejak diterima dan diakuiinya keperawatan sebagai profesi pada Lokakarya Nasional Keperawatan (1983). Sejak saat itu berbagai upaya telah dilakukan oleh Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Kesehatan dan organisasi profesi, diantaranya adalah dengan membuka pendidikan pada tingkat sarjana, mengembangkan Kurikulum Diploma III keperawatan, mengadakan pelatihan bagi tenaga keperawatan, serta mengembangkan standar praktik keperawatan. Upaya penting lainnya adalah dibentuknya Direktorat Keperawatan di Departemen Kesehatan di Indonesia. Semua upaya tersebut bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme keperawatan agar mutu asuhan keperawatan dapat ditingkatkan. (Sitorus 2006)

Walaupun sudah banyak hal positif yang telah dicapai di bidang pendidikan keperawatan, tetapi gambaran pengelolaan layanan keperawatan belum memuaskan. Layanan keperawatan masih sering mendapat keluhan masyarakat, terutama tentang sikap dan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien atau keluarga.

Layanan keperawatan yang ada di Rumah Sakit masih bersifat okupasi. Artinya, tindakan keperawatan yang dilakukan hanya pada pelaksanaan prosedur, pelaksanaan tugas berdasarkan instruksi dokter. Pelaksanaan tugas tidak didasarkan pada tanggung jawab moral serta tidak adanya analisis dan sintesis

yang mandiri tentang asuhan keperawatan. Untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan restrukturisasi, reengineering, dan redesigning system pemberian asuhan keperawatan melalui pengembangan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) yang diperbaharui dengan SP2KP. (Sugiharto, A. S., Keliat, B. A., & Sri 2012)

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan Definisi model keperawatan
2. Mendeskripsikan Tujuan Model Keperawatan
3. Menguraikan Komponen Model Keperawatan
4. Menganalisis Kualitas Pelayanan Keperawatan
5. Mendeskripsikan Pilar-pilar MPKP
6. Menguraikan Standar Praktik Keperawatan
7. Mendeskripsikan Model Praktik
8. Menganalisis Penetapan Jenis Tenaga Keperawatan
9. Menganalisis Macam Metode Praktik Keperawatan Profesional
10. Menguraikan Langkah-langkah
11. Menerapkan kegiatan dalam MPKP

5.1 Definisi Model Praktik Keperawatan Profesional

Keperawatan professional adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan yang profesional merupakan praktek keperawatan yang dilandasi oleh nilai-nilai profesional, yaitu mempunyai otonomi dalam pekerjaannya, bertanggung jawab dan bertanggung gugat, pengambilan keputusan yang mandiri, kolaborasi dengan disiplin lain, pemberian pembelaan dan memfasilitasi kepentingan klien. Tuntutan terhadap kualitas pelayanan keperawatan mendorong perubahan dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan bermutu. Dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional diperlukan sebuah pendekatan manajemen yang memungkinkan diterapkannya metode penugasan yang dapat mendukung penerapan perawatan yang profesional di rumah sakit (Marquis, 2010).

Model praktek keperawatan profesional (MPKP) adalah salah satu metode pelayanan keperawatan yang merupakan suatu system, struktur, proses dan nilai-nilai yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut. MPKP telah dilaksanakan di beberapa negara, termasuk rumah sakit di Indonesia sebagai suatu upaya manajemen rumah sakit untuk meningkatkan asuhan keperawatan melalui beberapa kegiatan yang menunjang kegiatan keperawatan profesional yang sistematis. Penerapan MPKP menjadi salah satu daya ungkit pelayanan yang berkualitas. Metode ini sangat menekankan kualitas kinerja tenaga keperawatan yang berfokus pada

profesionalisme keperawatan antara lain melalui penerapan standar asuhan keperawatan.

Sistem MAKP adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur, yakni: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan dan sistem MAKP. Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini dan akan menentukan kualitas produksi/jasa layanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai-nilai tersebut sebagai sesuatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud (Nursalam, 2014).

Beberapa pengertian diatas dapat diambil kesimpulan sistem MAKP adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang mendefinisikan empat unsur, yakni: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP untuk mengatur pemberian asuhan keperawatan.

5.2 Tujuan Model Keperawatan

Menurut Nursalam (2014), karakteristik ronde keperawatan sebagai berikut :

- a. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan.
- b. Mengurangi konflik, tumpang tindih dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
- c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
- d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
- e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

5.3 Komponen Model Keperawatan

Berdasarkan MPKP yang sudah dikembangkan di berbagai rumah sakit, Hoffart & Woods (1996) menyimpulkan bahwa MPKP terdiri lima komponen yaitu nilai – nilai professional yang merupakan inti MPKP, hubungan antar professional, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen terutama dalam perubahan pengambilan keputusan serta sistem kompensasi dan penghargaan. Menurut Nursalam (2014), tujuan dari ronde keperawatan yaitu :(Nursalam 2014)

- a. Nilai – nilai professional
Pada model ini PP dan PA membangun kontrak dengan klien/keluarga, menjadi partner dalam memberikan asuhan keperawatan. Pada pelaksanaan dan evaluasi rencana. PP mempunyai otonomi dan akuntabilitas untuk mempertanggungjawabkan asuhan yang diberikan termasuk tindakan yang dilakukan oleh PA. hal ini berarti PP mempunyai tanggung jawab membina performa PA agar melakukan tindakan berdasarkan nilai-nilai professional.
- b. Hubungan antar professional
Hubungan antar profesional dilakukan oleh PP. PP yang paling mengetahui perkembangan kondisi klien sejak awal masuk. Sehingga mampu memberi informasi tentang kondisi klien kepada profesional lain khususnya dokter. Pemberian informasi yang akurat akan membantu dalam penetapan rencana tindakan medik.
- c. Metode pemberian asuhan keperawatan
Metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah modifikasi keperawatan primer sehingga keputusan tentang rencana

ditetapkan oleh PP, PP akan mengevaluasi perkembangan klien setiap hari dan membuat modifikasi pada rencana sesuai kebutuhan klien.

- d. Pendekatan manajemen
Pada model ini diberlakukan manajemen SDM, yaitu ada garis koordinasi yang jelas antara PP dan PA. Performa PA dalam satu tim menjadi tanggung jawab PP. Dengan demikian, PP adalah seorang manajer asuhan keperawatan. Sebagai seorang manajer, PP harus dibekali dengan kemampuan manajemen dan kepemimpinan sehingga PP dapat menjadi manajer yang efektif dan pemimpin yang efektif.
- e. Sistem kompensasi dan penghargaan.
PP dan timnya berhak atas kompensasi serta penghargaan untuk asuhan keperawatan yang dilakukan sebagai asuhan yang profesional. Kompensasi dan penghargaan yang diberikan kepada perawat bukan bagian dari asuhan medis atau kompensasi dan penghargaan berdasarkan prosedur.

5.4 Kualitas Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam (2014), Setiap upaya untuk meningkatkan pelayanan keperawatan selalu berbicara mengenai kualitas. Kualitas amat diperlukan untuk : (Bassie, L 2013)

- a. Meningkatkan asuhan keperawatan kepada pasien/konsumen.
- b. Menghasilkan keuntungan (pendapatan) institusi.
- c. Mempertahankan eksistensi institusi.
- d. Meningkatkan kepuasan kerja.
- e. Meningkatkan kepercayaan konsumen/pelanggan.

- f. Menjalankan kegiatan sesuai aturan/standar.

5.5 Pilar-Pilar MPKP

Dalam model praktik keperawatan professional terdiri dari empat pilar diantaranya adalah :

- a. Pilar I : Pendekatan manajemen keperawatan
Dalam model praktik keperawatan mensyaratkan pendekatan manajemen sebagai pilar praktik perawatan professional yang pertama. Pada pilar I yaitu pendekatan manajemen terdiri dari :
 - 1) Perencanaan dengan kegiatan perencanaan yang dipakai di ruang MPKP meliputi (perumusan visi, misi, filosofi, kebijakan dan rencana jangka pendek ; harian,bulanan,dan tahunan)
 - 2) Pengorganisasian dengan menyusun struktur organisasi, jadwal dinas dan daftar alokasi pasien.
 - 3) Pengarahan
Dalam pengarahan terdapat kegiatan delegasi, supervise, menciptakan iklim motifasi, manajemen waktu, komunikasi efektif yang mencakup pre dan post conference, dan manajemen konflik
 - 4) Pengawasan
 - 5) Pengendalian.
- b. Pilar II: Sistem penghargaan
Manajemen sumber daya manusia diruang model praktik keperawatan professional berfokus pada proses rekrutmen,seleksi kerja orientasi, penilaian kinerja, staf perawat.proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPKP dan setiap ada penambahan perawatan baru.

- c. **Pilar III: Hubungan professional**
Hubungan professional dalam pemberian pelayanan keperawatan (tim kesehatan) dalam penerima pelayanan keperawatan (klien dan keluarga). Pada pelaksanaannya hubungan professional secara internal artinya hubungan yang terjadi antara pembentuk pelayanan kesehatan misalnya antara perawat dengan perawat, perawat dengan tim kesehatan dan lain – lain. Sedangkan hubungan professional secara eksternal adalah hubungan antara pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
- d. **Pilar IV : manajemen asuhan keperawatan**
Salah satu pilar praktik professional perawatan adalah pelayanan keperawatan dengan menggunakan manajemen asuhan keperawatan di MPKP tertentu. Manajemen asuhan keperawatan yang diterapkan di MPKP adalah asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan.

5.6 Standar Praktik Keperawatan

Menurut Nursalam (2014), Standar praktik keperawatan di Indonesia yang disusun oleh Depkes RI (1995) terdiri atas beberapa standar, yaitu: (Hendro Bidjuni 2017)

1. Menghargai hak-hak pasien.
2. Penerimaan sewaktu pasien masuk rumah sakit (SPMRS).
3. Observasi keadaan pasien.
4. Pemenuhan kebutuhan nutrisi.
5. Asuhan pada tindakan nonoperatif dan administratif.
6. Asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif.
7. Pendidikan kepada pasien dan keluarga.

8. Pemberian asuhan secara terus-menerus dan berkesinambungan.

Standar intervensi keperawatan yang merupakan lingkup tindakan keperawatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (14 Kebutuhan Dasar Manusia dari Henderson), meliputi:

1. Oksigen.
2. Cairan dan elektrolit.
3. Eliminasi.
4. Kemananan.
5. Kebersihan dan kenyamanan fisik.
6. Istirahat dan tidur.
7. Aktivitas dan gerak.
8. Spiritual.
9. Emosional.
10. Komunikasi.
11. Mencegah dan mengatasi risiko psikologis.
12. Pengobatan dan membantu proses penyembuhan.
13. Penyuluhan.
14. Rehabilitasi.

5.7 Model Praktik

Menurut Nursalam (2014), ada beberapa model praktik keperawatan yaitu :(Nursalam 2014)

1. Praktik keperawatan rumah sakit.
Perawat profesional (Ners) mempunyai wewenang dan tanggung jawab melaksanakan praktik keperawatan di rumah sakit dengan sikap dan kemampuannya. Untuk itu, perlu dikembangkan pengertian praktik keperawatan rumah sakit dan lingkup cakupannya sebagai bentuk praktik keperawatan profesional, seperti proses dan

- prosedur registrasi, dan legislasi keperawatan.
2. Praktik keperawatan rumah.
Bentuk praktik keperawatan rumah diletakkan pada pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan sebagai kelanjutan dari pelayanan rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan oleh perawat profesional rumah sakit, atau melalui pengikutsertaan perawat profesional yang melakukan praktik keperawatan berkelompok.
 3. Praktik keperawatan berkelompok.
Beberapa perawat profesional membuka praktik keperawatan selama 24 jam kepada masyarakat yang memerlukan asuhan keperawatan dengan pola yang diuraikan dalam pendekatan dan pelaksanaan praktik keperawatan rumah sakit dan rumah. Bentuk praktik keperawatan ini dapat mengatasi berbagai bentuk masalah keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat dan dipandang perlu di masa depan. Lama rawat pasien di rumah sakit perlu dipersingkat karena biaya perawatan di rumah sakit diperkirakan akan terus meningkat.
 4. Praktik keperawatan individual.
Pola pendekatan dan pelaksanaan sama seperti yang diuraikan untuk praktik keperawatan rumah sakit. Perawat profesional senior dan berpengalaman secara sendiri/perorangan membuka praktik keperawatan dalam jam praktik tertentu untuk memberi asuhan keperawatan, khususnya konsultasi dalam keperawatan bagi masyarakat yang memerlukan. Bentuk praktik keperawatan ini sangat diperlukan

oleh kelompok/golongan masyarakat yang tinggal jauh terpencil dari fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya yang dikembangkan pemerintah.

5.8 Penetapan Jenis Tenaga keperawatan

Pelaksanaan MPKP dalam satu ruangan harus ditetapkan jenis tenaga keperawatannya, beberapa jenis tenaga yang ada meliputi kepala ruang rawat, Clinical care manager (CCM), perawat primer (PP), serta perawata sosiet (PA). Peran dan fungsi antara PP dan PA harus jelas dan sesuai dengan tanggungjawabnya. Pada ruang rawat MPKP pemula, kepala ruangan adalah perawat dengan kemampuan DIII keperawatan dengan pengalaman, dan pada MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan S. Kep/Ners dengan pengalaman (Marquis, 2010).

Tugas dan tanggung jawab setiap jenis tenaga adalah sebagai berikut :

1. Kepala Ruangan
Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, kepala ruang adalah perawat dengan kemampuan DIII keperawatan dengan pengalaman kerja minimal 5 tahun
2. *Clinical care manager* (CCM)
Clinical care manager adalah seseorang dengan pendidikan S1 Keperawatan/Ners, dengan pengalaman kerja lebih dari 3 tahun
3. Perawat Primer (PP)
Perawat primer pada MPKP pemula adalah seorang yang berpendidikan DIII, Tugas perawat primer adalah memimpin dan bertanggungjawab pada pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan serta pendokumentasian dan administrasi pada sekelompok pasien yang menjadi

tanggungjawabnya. Berpartisipasi dalam visite dokter, mengatasi permasalahan konflik pasien, penunggu dan petugas di areanya, mengkoordinasikan proses pelayanan kepada kepala ruangan mengatur dan memantau semua proses asuhan keperawatan di area kelolaan, dan memastikan kelengkapan pendokumentasian dan administrasi dari klien masuk sampai pulang..

4. Perawat Asosiet (PA)

Pada MPKP pemula perawat Asosiet adalah yang berpendidikan DIII Keperawatan, dan tidak menutup kemungkinan masih ada yang berpendidikan SPK Tugas PA adalah bertanggungjawab dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang menjadi tanggungjawabnya.

Melaksanakan dokumentasi keperawatan, dan berkoordinasi dengan perawat primer untuk pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengaturan tanggungjawab PP lebih ditekankan pada pelaksanaan terapi keperawatan karena bentuk tindakannya lebih pada interaksi, adaptasi yang memerlukan konsep analisa yang tinggi, tindakan yang tidak memerlukan analisis dapat dilakukan oleh PA.

5.9 Dasar Pertimbangan MAKP

Menurut Nursalam (2014), dasar pertimbangan model metode asuhan keperawatan dapat meliputi :

1. Sesuai dengan visi dan misi institusi.
Dasar utama penentuan model pemberian asuhan keperawatan harus didasarkan pada visi dan misi rumah sakit.
2. Dapat diterapkannya proses keperawatan dalam asuhan keperawatan.

Proses keperawatan merupakan unsur penting terhadap kesinambungan asuhan keperawatan kepada pasien. Keberhasilan dalam asuhan keperawatan sangat ditentukan oleh pendekatan proses keperawatan.

3. Efisien dan efektif dalam penggunaan biaya.
Setiap suatu perubahan, harus selalu mempertimbangkan biaya dan efektivitas dalam kelancaran pelaksanaannya. Bagaimana pun baiknya suatu model, tanpa ditunjang oleh biaya memadai, maka tidak akan didapat hasil yang sempurna.
4. Terpenuhinya kepuasan pasien, keluarga, dan masyarakat.
Tujuan akhir asuhan keperawatan adalah kepuasan pelanggan atau pasien terhadap asuhan yang diberikan oleh perawat. Oleh karena itu, model yang baik adalah model asuhan keperawatan yang dapat menunjang kepuasan pelanggan.
5. Kepuasan dan kinerja perawat.
Kelancaran pelaksanaan suatu model sangat ditentukan oleh motivasi dan kinerja perawat. Model yang dipilih harus dapat meningkatkan kepuasan perawat, bukan justru menambah beban kerja dan frustrasi dalam pelaksanaannya.
6. Terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lainnya.
Komunikasi secara profesional sesuai dengan lingkup tanggung jawab merupakan dasar pertimbangan penentuan model. Model asuhan keperawatan diharapkan akan dapat meningkatkan hubungan interpersonal yang baik antara perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

5.10 Macam Metode Praktik Keperawatan Profesional

Menurut Nursalam (2014), dalam setiap perawat memiliki peran masing-masing diantaranya :

1. Metode Fungsional

Metode Fungsional yaitu pengorganisasian tugas pelayanan keperawatan yang didasarkan kepada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan.

Model pemberian asuhan keperawatan ini berorientasi pada penyelesaian tugas dan prosedur keperawatan. Perawat ditugaskan untuk melakukan tugas tertentu untuk dilaksanakan kepada semua pasien yang dirawat di suatu ruangan. Model ini digambarkan sebagai keperawatan yang berorientasi pada tugas dimana fungsi keperawatan tertentu ditugaskan pada setiap anggota staff. Setiap staff perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan pada semua pasien dibangsal. Misalnya seorang perawat bertanggungjawab untuk pemberian obat-obatan, seorang yang lain untuk tindakan perawatan luka, seorang lagi mengatur pemberian intravena, seorang lagi ditugaskan pada penerimaan dan pemulangan, yang lain memberibantuan mandi dan tidak ada perawat yang bertanggung jawab penuh untuk perawatan seorang pasien.

Seorang perawat bertanggungjawab kepada manajer perawat. Perawat senior menyibukan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawat pelaksana pada tindakan keperawatan. Penugasan yang dilakukan

pada model ini berdasarkan 3 kriteria efisiensi, tugas didistribusikan berdasarkan tingkat kemampuan masing-masing perawat dan dipilih perawat yang paling murah. Kepala ruangan terlebih dahulu mengidentifikasi tingkat kesulitan tindakan, selanjutnya ditetapkan perawat yang akan bertanggungjawab mengerjakan tindakan yang dimaksud. Model fungsional ini merupakan metode praktek keperawatan yang paling tua yang dilaksanakan oleh perawat dan berkembang pada saat perang dunia kedua.

a. Contoh Aplikasi Model Keperawatan Fungsional

Perawat A tugasnya menyuntik sedangkan perawat B tugasnya mengukur suhu badan pasien.

Seorang perawat dapat melakukan dua jenis tugas atau lebih untuk semua klien yang ada di unit tersebut. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima laporan tentang semua klien serta menjawab semua pertanyaan tentang klien.

b. Kelebihan Model Fungsional

Efisien karena dapat menyelesaikan banyak pekerjaan dalam waktu singkat dengan pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik.

- 1) Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga.
- 2) Perawat akan terampil untuk tugas pekerjaan tertentu saja.
- 3) Mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah selesai kerja.

- 4) Kekurangan tenaga ahli dapat diganti dengan tenaga yang kurang berpengalaman untuk tugas sederhana.
 - 5) Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf atau peserta didik yang melakukan praktek untuk ketrampilan tertentu.
 - 6) Lebih sedikit membutuhkan perawat
 - 7) Tugas-tugas mudah dijelaskan dan diberikan
 - 8) Para pekerja lebih mudah menyesuaikan tugas
 - 9) Tugas cepat selesai
- c. Kelemahan Model Fungsional
- 1) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah atau tidak total sehingga kesulitan dalam penerapan proses keperawatan.
 - 2) Perawat cenderung meninggalkan klien setelah melakukan tugas pekerjaan.
 - 3) Persepsi perawat cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan ketrampilan saja.
 - 4) Tidak memberikan kepuasan pada pasien ataupun perawat lainnya.
 - 5) Menurunkan tanggung jawab dan tanggung gugat perawat Hubungan perawat dan klien sulit terbentuk
 - 6) Tidak efektif
 - 7) Membosankan
 - 8) Komunikasi minimal

d. Struktur Model Keperawatan Fungsional

Gambar 5.1 Struktur model asuhan keperawatan fungsional

Sumber: (P. Christina, Indrachyani, and Yatnikasaria 2019)

2. Metode Keperawatan Total

Metode keperawatan asuhan pasien total adalah model pengelolaan asuhan pasien yang paling tua. Pada metode ini, perawat mengemban tanggungjawab total untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang dikelola selama waktu kerja mereka (Marquis, 2010).

Metode keperawatan Total yaitu pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu orang perawat pada saat bertugas/jaga selama periode waktu tertentu atau sampai klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima semua laporan tentang pelayanan keperawatan klien.

Metode penugasan ini masih luas digunakan di rumah sakit dan lembaga perawatan kesehatan di rumah. Struktur organisasi ini memberikan otonomi dan tanggungjawab yang tinggi pada perawat. Mengelola pasien adalah tindakan yang sederhana

dan langsung serta tidak membutuhkan perencanaan seperti yang dibutuhkan metode pemberiasuhan yang lain. Batas tanggungjawab dan pertanggungjawaban jelas. Secara teori, Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama pasien mendapatkan asuhan yang holistic dan tidak terpisah-pisah selama waktu kerja perawat.

a. Kelebihan :

- 1) Kepuasan tugas secara keseluruhan dapat dicapai.
- 2) Kepuasan tugas secara keseluruhan dapat dicapai.
- 3) Fokus keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
- 4) Memberikan kesempatan untuk melakukan keperawatan yang komprehensif.
- 5) Memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas, non-keperawatan dapat dilakukan oleh yang bukan perawat.
- 6) Mendukung penerapan proses keperawatan.

b. Kekurangan :

- 1) Pendelegasian perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas.
- 2) Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.

c. Struktur Model Keperawatan Total

Gambar 5.2 Sistem pemberian asuhan keperawatan total

Sumber: (Marquis, 2010)

3. Metode TIM

Metode tim adalah pengorganisasian pelayanan keperawatan dengan menggunakan kaitim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat. Kelompok ini dipimpin oleh perawat yang berijazah dan berpengalaman kerja serta memiliki pengetahuan dibidangnya (Registered Nurse). Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh pimpinan kelompok/ ketua group dan ketua group bertanggungjawab dalam mengarahkan anggota group / tim. Selain itu ketua group bertugas member pengarahan dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan klien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila menjalani kesulitan dan selanjutnya ketua tim melaporkan pada kepala ruang tentang kemajuan pelayanan / asuhan keperawatan terhadap klien. Keperawatan Tim berkembang pada awal tahun 1950-an, saat berbagai pemimpin keperawatan

memutuskan bahwa pendekatan tim dapat menyatukan perbedaan katagori perawatp elaksana dan sebagai upaya untuk menurunkan masalah yang timbul akibat penggunaan model fungsional. Pada model tim, perawat bekerjasama memberikan asuhan keperawatan untuk sekelompok pasien di bawah arahan/pimpinan seorang perawat professional (Nursalam, 2014).

Dibawah pimpinan perawat professional, kelompok perawat akan dapat bekerja bersama untuk memenuhi sebagai perawat fungsional. Penugasan terhadap pasien dibuat untuk tim yang terdiri dari ketua tim dan anggota tim. Model tim 5 didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga timbul motivasi dan rasa tanggungjawab perawat yang tinggi. Setiap anggota tim akan merasakan kepuasan karena diakui kontribusmnya di dalam mencapai tujuan bersama yaitu mencapai kualitas asuhan keperawatan yang bermutu. Potensi setiap anggota tim saling melengkapi menjadi suatu kekuatan yang dapat meningkatkan kemampuan kepemimpinan serta menimbulkan rasa kebersamaan dalam setiap upaya dalam pemberian asuhan keperawatan. Pelaksanaan konsep tim sangat tergantung pada filosofi Perawat yang berperan sebagai ketua tim bertanggungjawab untuk mengetahui kondisi dan kebutuhan semua pasien yang ada di dalam timnya dan merencanakan perawatan klien. Tugas ketua tim meliputi: mengkaji anggota tim, member arahan perawatan untuk klien, melakukan pendidikan kesehatan, mengkoordinasikan aktivitas klien.

Menurut Nursalam (2014), ada beberapa elemen penting yang harus diperhatikan:

- 1) Pemimpin tim didelegasikan/diberi otoritas untuk membuat penugasan bagi Anggota tim dan mengarahkan pekerjaan timnya.
- 2) Pemimpin diharapkan menggunakan gaya kepemimpinan demokratik atau partisipatif dalam berinteraksi dengan anggota tim.
- 3) Tim bertanggungjawab terhadap perawatan total yang diberikan kepada kelompok pasien.
- 4) Komunikasi di antara anggota tim adalah penting agar dapat sukses. Komunikasi meliputi: penulisan perawatan klien, rencana perawatan klien, laporan untuk dan dari pemimpin tim, pertemuan tim untuk mendiskusikan kasus pasien dan umpan balik informal di antara anggota tim.

a. Kelebihan

- 1) Dapat memfasilitasi pelayanan keperawatan secara komprehensif dan holistik.
- 2) Memungkinkan pelaksanaan proses keperawatan.
- 3) Konflik antar staf dapat dikendalikan melalui rapat dan efektif untuk belajar.
- 4) Memberi kepuasan anggota tim dalam berhubungan interpersonal.
- 5) Memungkinkan meningkatkan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda secara efektif.
- 6) Peningkatan kerjasama dan komunikasi di antara anggota tim dapat menghasilkan sikap moral yang tinggi, memperbaiki fungsi staf secara keseluruhan, memberikan anggota tim perasaan bahwa dia mempunyai kontribusi terhadap hasil asuhan keperawatan yang diberikan.

- 7) Akan menghasilkan kualitas asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- 8) Metode ini memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas.

b. Kelemahan

- 1) Ketua tim menghabiskan banyak waktu untuk koordinasi dan supervise anggota tim dan harus mempunyai keterampilan yang tinggi baik sebagai perawat pemimpin maupun perawat klinik.
- 2) Keperawatan tim menimbulkan fragmentasi keperawatan bila konsepnya tidak diimplementasikan dengan total.
- 3) Rapat tim membutuhkan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim ditiadakan, sehingga komunikasi antar anggota tim terganggu.
- 4) Perawat yang belum terampil dan belum berpengalaman selalu tergantung staf, berlandung kepada anggota tim yang mampu.
- 5) Akuntabilitas dari tim menjadi kabur.
- 6) Tidak efisien bila dibandingkan dengan model fungsional karena membutuhkan tenaga yang mempunyai keterampilan tinggi.

c. Tanggungjawab Kepala Ruang

- 1) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
- 2) Mengorganisir pembagian tim dan pasien.
- 3) Memberi kesempatan pada ketua tim untuk mengembangkan kepemimpinan.
- 4) Menjadi narasumber bagi ketua tim.

- 5) Mengorientasikan tenaga keperawatan yang baru tentang metode/model tim dalam pemberian asuhan keperawatan.
- 6) Memberi pengarahan kepada seluruh kegiatan yang ada di ruangnya.
- 7) Melakukan pengawasan terhadap seluruh kegiatan yang ada di ruangnya.
- 8) Memfasilitasi kolaborasi tim dengan anggota tim kesehatan yang lainnya.
- 9) Melakukan audit asuhan dan pelayanan keperawatan di ruangnya, kemudian menindaklanjutinya.
- 10) Memotivasi staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan.
- 11) Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka dengan semua staf.

d. Tanggungjawab ketua tim

- 1) Mengatur jadwal dinas timnya yang dikoordinasikan dengan kepala ruangan.
- 2) Membuat perencanaan berdasarkan tugas dan kewenangannya yang didelegasikan oleh kepala ruangan.
- 3) Melakukan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi asuhan keperawatan bersama-sama anggota timnya.
- 4) Mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tindakan medik.
- 5) Membuat penugasan kepada setiap anggota tim dan memberikan bimbingan melalui konferens.
- 6) Mengevaluasi asuhan keperawatan baik proses ataupun hasil yang diharapkan serta mendokumentasikannya.

- 7) Memberi pengarahan pada perawat pelaksana tentang pelaksanaan asuhan keperawatan
 - 8) Menyelenggarakan konferensi.
 - 9) Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
 - 10) Melakukan audit asuhan keperawatan yang menjadi tanggungjawab timnya.
 - 11) Melakukan perbaikan pemberian asuhan keperawatan.
- e. Tanggungjawab anggota tim
- 1) Melaksanakan tugas berdasarkan rencana asuhan keperawatan.
 - 2) Mencatat dengan jelas dan tepat asuhan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan respon klien.
 - 3) Berpartisipasi dalam setiap memberi masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan.
 - 4) Menghargai bantuan dan bimbingan dan ketua tim.
 - 5) Melaporkan perkembangan kondisi pasien kepada ketua tim.
 - 6) Memberikan laporan

f. Struktur Model Keperawatan TIM

**Gambar 5.3 Sistem pemberian asuhan
keperawatan tim
Sumber: (Marquis, 2010)**

4. Metode Primer

Model primer dikembangkan pada awal tahun 1970-an, menggunakan beberapa konsep dan perawatan total pasien. Keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan di mana perawat primer bertanggungjawab selama 24 jam terhadap perencanaan pelaksanaan pengevaluasi satu atau beberapa klien dan sejak klien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan pulang. Selama jam kerja, perawat primer memberikan perawatan langsung secara total untuk klien. Ketika perawat primer tidak sedang bertugas, perawatan diberikan/didelegasikan kepada perawat asosiet yang mengikuti rencana keperawatan yang telah disusun oleh perawat primer. Pada model ini, klien,

keluarga, staf medik dan staf keperawatan akan mengetahui bahwa pasien tertentu akan merupakan tanggungjawab perawat primer tertentu. Setiap perawat primer mempunyai 4-6 pasien. Seorang perawat primer mempunyai kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial masyarakat membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah, dan lain sebagainya. Dengan diberikannya kewenangan tersebut, maka dituntut akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil pelayanan yang diberikan.

Tanggungjawab mencakup periode 24 jam, dengan perawat kolega yang memberikan perawatan bila perawat primer tidak ada. Perawatan yang diberikan direncanakan dan ditentukan secara total oleh perawat primer. Metode keperawatan primer mendorong praktek kemandirian perawat, yang ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. Perawat primer bertanggungjawab untuk membangun komunikasi yang jelas di antara pasien, dokter, perawat sosial, dan anggota tim kesehatan lain. Walaupun perawat primer membuat rencana keperawatan, umpan balik dari orang lain diperlukan untuk pengkoordinasian asuhan keperawatan klien.

Dalam menetapkan seseorang menjadi perawat primer perlu berhati-hati karena memerlukan beberapa kriteria, di antaranya dalam menetapkan kemampuan asertif, self direction kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai 10 keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan baik antar berbagai disiplin ilmu. Di negara maju pada umumnya

perawat yang ditunjuk sebagai perawat primer adalah seorang perawat spesialis klinik yang mempunyai kualifikasi master dalam bidang keperawatan.

a. Karakteristik modalitas keperawatan primer adalah :

- 1) Perawat primer mempunyai tanggungjawab untuk asuhan keperawatan pasien selama 24 jam sehari, dari penerimaan sampai pemulangan.
- 2) Perawat primer melakukan pengkajian kebutuhan asuhan keperawatan, kolaborasi dengan pasien dan professional kesehatan lain, dan menyusun rencana perawatan.
- 3) Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan didelegasikan oleh perawat primer kepada perawat sekunder selama shift lain.
- 4) Perawat primer berkonsultasi dengan perawat kepala dan penyelia.
- 5) Autoritas, tanggunggugat dan autonomi ada pada perawat primer

b. Kelebihan

- 1) Perawat primer mendapat akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan untuk pengembangan diri.
- 2) Memberikan peningkatan autonomi pada pihak perawat, jadi meningkatkan motivasi, tanggungjawab dan tanggunggugat.
- 3) Bersifat kontinuitas dan komprehensif sesuai dengan arahan perawat primer

dalam memberikan atau mengarahkan perawatan sepanjang hospitalisasi.

- 4) Membebaskan manajer perawat klinis untuk melakukan peran manajer operasional dan administrasi.
- 5) Kepuasan kerja perawat tinggi karena dapat memberikan asuhan keperawatan secara holistik. Kepuasan yang dirasakan oleh perawat primer adalah memungkinkan pengembangan diri melalui penerapan ilmu pengetahuan.
- 6) Staf medis juga merasakan kepuasan karena senantiasa informasi tentang kondisi klien selalu mutakhir dan komprehensif serta informasi dapat diperoleh dari satu perawat yang benar-benar mengetahui keadaan kliennya.
- 7) Perawat ditantang untuk bekerja total sesuai dengan kapasitas mereka.
- 8) Waktu yang digunakan lebih sedikit dalam aktivitas koordinasi dan supervisi dan lebih banyak waktu untuk aktivitas langsung kepada klien.
- 9) Pasien terlihat lebih menghargai. Pasien merasa dimanusiakan karena terpenuhi kebutuhannya secara individu.
- 10) Asuhan keperawatan berfokus pada kebutuhan klien.
- 11) Profesi lain lebih menghargai karena dapat berkonsultasi dengan perawat yang mengetahui semua tentang kliennya.
- 12) Menjamin kontinuitas asuhan keperawatan.
- 13) Meningkatnya hubungan antara perawat dan klien.
- 14) Metode ini mendukung pelayanan profesional.

- 15) Rumah sakit tidak harus mempekerjakan terlalu banyak tenaga keperawatan tetapi harus berkualitas tinggi.

c. Kelemahan

- 1) Hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional
- 2) Tidak semua perawat merasa siap untuk bertindak mandiri, memiliki akuntabilitas dan kemampuan untuk mengkaji serta merencanakan asuhan keperawatan untuk klien.
- 3) Akuntabilitas yang total dapat membuat jenuh.
- 4) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.
- 5) Biaya relative tinggi disbanding metode penugasan yang lain.

d. Ketenagaan metode primer

- 1) Setiap perawat primer adalah perawat "bedside"
- 2) Beban kasuspasien 4-6 orang untuk satu perawat primer
- 3) Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal
- 4) Perawat primer dibantu oleh perawat professional lain maupun non professional sebagai perawat asisten.

e. Tanggung jawab Kepala Ruang dalam metode primer

- 1) Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer
- 2) Mengorganisir pembagian pasien kepada perawat primer

- 3) Menyusun jadual dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten
 - 4) Orientasi dan merencanakan karyawan baru
 - 5) Merencanakan dan menyelenggarakan pengembangan staff
- f. Tanggung jawab perawat primer
- 1) Menerima pasien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif
 - 2) Membuat tujuan dan rencana keperawatan
 - 3) Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama ia dinas
 - 4) Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain
 - 5) Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai
 - 6) Menyipakan penyuluhan untuk pulang
 - 7) Melakukan rujukan kepada pekarya sosial, kontak dengan lembaga sosial dimasyarakat
 - 8) Membuat jadual perjanjian klinis
 - 9) Mengadakan kunjungan rumah

g. Struktur Model Keperawatan Primer

Gambar 5.4 Diagram system asuhan keperawatan primer

Sumber: (Marquis, 2010) dalam (Pardede, Merly Kasih Jayanti 2020)

5. Metode Modular

Metode Modular yaitu pengorganisasian pelayanan / asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional dan non profesional (trampil) untuk sekelompok klien dari mulai masuk rumah sakit sampai pulang disebut tanggung jawab total atau keseluruhan. Untuk metode ini diperlukan perawat yang berpengetahuan, terampil dan memiliki kemampuan kepemimpinan. Idealnya 2-3 perawat untuk 8-12 orang klien.

Metode modular atau metode modifikasi adalah penggunaan metode asuhan keperawatan dengan modifikasi antara tim dan primer. Sekalipun dalam memberikan asuhan keperawatan dengan

menggunakan metode ini dilakukan oleh dua hingga tiga perawat, tanggungjawab paling besar tetap ada pada perawat professional. Perawat professional memiliki kewajiban untuk memimbing dan melatih non professional. Apabila perawat professional sebagai ketua tim dalam keperawatan modular ini tidak masuk, tugas dan tanggungjawab dapat digantikan oleh perawat professional lainnya yang berperan sebagai ketua tim. Peran perawat kepala ruangan (*nurse unit manager*) diarahkan dalam hal membuat jadwal dinas dengan mempertimbangkan kecocokan anggota dalam bekerjasama, dan berperan sebagai fasilitator, pembimbing secara motivator.

a. Kelebihan

- 1) Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif dan holistic dengan pertanggungjawaban yang jelas.
- 2) Memungkinkan pencapaian proses keperawatan
- 3) Konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim, cara ini efektif untuk belajar.
- 4) Memberi kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal
- 5) Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif.
- 6) Produktif karena kerjasama, komunikasi dan moral
- 7) Model praktek keperawatan professional dapat dilakukan atau diterapkan.
- 8) Memberikan kepuasan kerja bagi perawat

- 9) Memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga yang menerima asuhan keperawatan
- b. Kekurangan
- 1) Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.
 - 2) Pendelegasian perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggungjawab klien bertugas
 - 3) Hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional
 - 4) Biaya relatif lebih tinggi dibandingkan metode lain karena lebih banyak menggunakan perawat profesional.
 - 5) Perawat harus mampu mengimbangi kemajuan teknologi kesehatan/kedokteran
 - 6) Masalah komunikasi
- c. Tugas dan tanggungjawab kepala perawat
- 1) Memfasilitasi pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pasien.
 - 2) Memberikan motivasi pada staf perawat.
 - 3) Melatih perawat untuk bekerjasama dalam pemberian asuhan.
- d. Tugas dan tanggungjawab ketua tim moduler
- 1) Memimpin, mendukung, dan menginstruksikan perawat non profesional untuk melaksanakan tindakan perawatan.
 - 2) Memberikan asuhan keperawatan pasien meliputi: mengkaji, merencanakan, melaksanakan dan menilai hasil asuhan keperawatan.

3) Memberi bimbingan dan instruksi kepada perawat patner kerjanya.

e. Tugas dan tanggungjawab anggota tim :
Memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan yang ditugaskan ketua tim

f. Struktur Model Keperawatan Modular

Gambar 5.5 Sistem pemberian asuhan keperawatan modular

Sumber: (Marquis, 2010) dalam (Yanti and Warsito n.d.)

6. Metode Kasus

Metode Kasus yaitu pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan dimana perawat mampu memberikan asuhan keperawatan mencakup seluruh aspek keperawatan yg dibutuhkan. Metode kasus adalah metode dimana perawat bertanggungjawab terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan konstan untuk periode tertentu. Metode penugasan kasus biasa

diterapkan untuk perawatan khusus seperti isolasi, intensive care, perawat kesehatan komunitas. Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada seorang pasien secara menyeluruh, untuk mengetahui apa yang harus dilakukan pada pasien dengan baik. Dalam metode ini dituntut kualitas serta kuantitas yang tinggi dari perawat, sehingga metode ini sesuai jika digunakan untuk ruangan ICU ataupun ICCU.

a. Kelebihan :

- 1) Sederhana dan langsung
- 2) Garis pertanggungjawaban jelas
- 3) Kebutuhan pasien cepat terpenuhi
- 4) Memudahkan perencanaan tugas
- 5) Perawat lebih memahami kasus per kasus

b. Kekurangan :

- 1) Moral perawat profesional melakukan tugas non profesional
- 2) Tidak dapat dikerjakan perawat non profesional
- 3) Membingungkan
- 4) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggungjawab
- 5) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama

c. Struktur Model Asuhan Keperawatan Kasus

Gambar 5.6 Sistem pemberian asuhan keperawatan kasus

Sumber: (Marquis, 2010)

5.11 Langkah - Langkah

Menurut Nursalam (2014), MPKP dikembangkan beberapa jenis sesuai dengan kondisi sumberdaya manusia yang ada, antara lain adalah:(Nursalam 2014)

a. Model Praktek Keperawatan Profesional III

Melalui pengembangan model PKP III dapat berikan asuhan keperawatan professional tingkat III. Pada ketenagaan terdapat tenaga perawat dengan kemampuan doctor dalam keperawatan klinik yang berfungsi untuk melakukan riset dan membimbing para perawat melakukan riset serta memanfaatkan hasil-hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan.

b. Model Praktek Keperawatan Profesional II

Pada model ini akan mampu memberikan asuhan keperawatan professional tingkat II. Pada ketenagaan terdapat tenaga perawat dengan kemampuan spesialis keperawatan yang spesifik untuk cabang ilmu tertentu. Perawat spesialis berfungsi untuk memberikan konsultasi tentang asuhan keperawatan kepada perawat primer pada area spesialisnya. Disamping itu melakukan riset dan memanfaatkan hasil-hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan. Jumlah perawat spesialis direncanakan satu orang untuk 10 perawat primer pada area spesialisnya. Disamping itu melakukan riset dan memanfaatkan hasil-hasil riset dalam memberikan asuhan keperawatan. Jumlah perawat spesialis direncanakan satu orang untuk 10 perawat primer (1:10).

c. Model Praktek Keperawatan Profesional I.

Pada model ini perawat mampu memberikan asuhan keperawatan professional tingkat I dan untuk itu diperlukan penataan 3 komponen utama yaitu: ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan. Pada model ini adalah kombinasi metode keperawatan primer dan metode tim disebut tim primer.

d. Model Praktek Keperawatan Profesional Pemula

Model Praktek Keperawatan Profesional Pemula (MPKP) merupakan tahap awal untuk menuju model PKP. Model ini mampu memberikan asuhan keperawatan professional tingkat pemula. Pada model ini terdapat 3 komponen utama yaitu: ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan.

Menurut Nursalam (2014), bahwa penetapan sistem model MAKP II didasarkan pada beberapa alasan, yaitu : (Nursalam 2014)

- 1) Keperawatan primer tidak digunakan secara murni, karena perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan SI keperawatan atau setara.
- 2) Keperawatan tim tidak digunakan secara murni, karena tanggungjawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim.
- 3) Melalui kombinasi kedua model ini diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitasnya terdapat pada primer.

Disamping itu karena saat ini perawat yang ada di rumah sakit sebagian besar adalah lulusan SPK, maka akan mendapat bimbingan dari perawat primer atau ketua tim tentang asuhan keperawatan. Nilai-nilai profesional dari penatalaksanaan kegiatan keperawatan diaplikasikan dalam bentuk aktifitas pelayanan profesional yang dipaparkan dalam 4 pilar sebagai berikut :

- 1) Pendekatan Manajemen (*Manajemen Approach*)
- 2) Penghargaan karir (*compensatory rewards*)
- 3) Hubungan Profesional (*professional relationship*)
- 4) Sistem pemberian asuhan pasien (*patient care delivery system*)

5.12 Kegiatan dalam PMKP

a. Timbang terima

Timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien, bertujuan :

- 1) Menyampaikan kondisi atau keadaan secara umum klien
- 2) Menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindaklanjuti oleh dinas berikutnya
- 3) Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya.

Prosedur timbang terima. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam prosedur ini meliputi :

- 1) Persiapan
 - ❖ kedua kelompok dalam keadaan siap
 - ❖ kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan
- 2) Pelaksanaan

Dalam penerapannya, dilakukan timbang terima kepada masing-masing penanggung jawab:

- ❖ Timbang terima dilaksanakan setiap penggantian shift/operan
- ❖ Dari nurse station perawat berdiskusi untuk melaksanakan timbang terima dengan mengkaji secara komprehensif yang berkaitan tentang masalah keperawatan klien, rencana tindakan yang sudah dan belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya yang perlu dilimpahkan.
- ❖ Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang lengkap sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian disampaikan pada saat timbang terima secara singkat dan jelas. Lama timbang terima untuk setiap klien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci. Pelaporan unraherimakan kepada perawat yang berikutnya

Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat timbang terima adalah :

- 1) identitas klien dan diagnosa medic
- 2) masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul
- 3) tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan
- 4) intervensi kolaborasi dan dependensi
- 5) rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya, misalnya operasi, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan penunjang lainnya, persiapan untuk konsultasi atau

prosedur lainnya yang tidak dilaksanakan secara rutin.

Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang kurang jelas. Timbang terima dituliskan secara langsung pada buku laporan ruangan oleh perawat. Penyampaian operan di atas (point c) harus dilakukan secara jelas dan tidak terburu-buru. Perawat penanggung jawab dan anggotanya dari kedua shift bersama-sama secara langsung melihat keadaan klien.

b. *Preconference*

Komunikasi kepala primer dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh kepala primer atau penanggung jawab primer. Jika yang dinas pada primer tersebut hanya 1 orang, maka pre conference diadakan. Isi pre conference adalah rencana tiap perawat (rencana harian) dan tambahan rencana dari kepala primer dan penanggung jawab primer. (modul mpkp, 2006)

Waktu : setelah operan

Tempat : meja masing-masing perawat primer

PJ : kepala primer atau penanggung jawab primer

Kegiatan :

- 1) Kepala primer atau penanggung jawab primer membuka acara
- 2) Kepala primer atau penanggung jawab primer menanyakan rencana harian masing-masing perawat pelaksana

- 3) Kepala primer atau penanggung jawab primer memberikan masukan dan tindakan lanjut terkait dengan asuhan yang diberikan saat itu
- 4) Kepala primer atau penanggung jawab primer memberikan reinforcement
- 5) Kepala primer atau penanggung jawab primer menutup acara

c. *Post conference*

Komunikasi kepala primer dan perawat pelaksana tentang hasil kegiatan sepanjang shift dan sebelum operan kepada shift berikutnya. Isinya adalah hasil asuhan keperawatan tiap perawatan dan hal penting untuk operan (tindak lanjut). Post conference dipimpin oleh kepala primer atau penanggung jawab primer. (Sugiharto, A. S., Keliat, B. A., & Sri 2012)

Waktu : sebelum operan ke dinas berikutnya

Tempat : meja masing-masing primer

PJ : kepala primer atau penanggung jawab primer

Kegiatan :

- 1) Kepala primer atau penanggung jawab primer membuka acara
- 2) Kepala primer atau penanggung jawab primer menanyakan kendala dalam asuhan yang telah diberikan
- 3) Kepala primer atau penanggung jawab primer menanyakan tindakan lanjut asuhan klien yang harus dioperkan kepada perawat shift berikutnya
- 4) Kepala primer atau penanggung jawab primer menutup acara

d. Ronde keperawatan

Suatu kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat, disamping klien dilibatkan untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan akan tetapi pada kasus tertentu harus dilakukan oleh penanggung jawab jaga dengan melibatkan seluruh anggota tim.

Karakteristik :

- 1) Klien dilibatkan secara langsung
- 2) Klien merupakan fokus kegiatan
- 3) Perawat asosiet, perawat primer dan konsuler melakukan diskusi bersamakonsuler memfasilitasi kreatifitas
- 4) Konsuler membantu mengembangkan kemampuan perawat asosiet, perawat primer untuk meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah.

Tujuan :

- 1) Menumbuhkan cara berfikir secara kritis
- 2) Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien
- 3) Meningkatkan vadilitas data klien
- 4) Menilai kemampuan justifikasi
- 5) Meningkatkan kemampuan dalam menilai hasil kerja
- 6) Meningkatkan kemampuan untuk emodifikasi rencana perawatan.

Dalam menjalankan pekerjaannya perlu adanya sebuah peranan yang bisa untuk memaksimalkan keberhasilan yang bisa disebutkan antara lain :

- 1) Menjelaskan keadaan dan adta demografi klien

- 2) Menjelaskan masalah keperawatan utama
- 3) Menjelaskan intervensi yang belum dan yang akan dilakukan
- 4) Menjelaskan tindakan selanjutnya
- 5) Menjelaskan alasan ilmiah tindakan yang akan diambil

Peran perawat primer lain dan atau konsuler

- 1) Memberikan justifikasi
- 2) Memberikan reinforcement
- 3) Menilai kebenaran dari suatu masalah, intervensi keperawatan serta, tindakan yang rasional
- 4) Mengarahkan dan koreksi
- 5) Mengintegrasikan teori dan konsep yang telah dipelajari

Tahap pelaksanaan ronde keperawatan

- 1) Pesiapan
 - ❖ Penetapan kasus minimal 1 hari sebelum waktu pelaksanaan ronde
 - ❖ Pemberian informed consent kepada klien/keluarga
- 2) Pelaksanaan ronde
 - ❖ Penjelasan tentang klien oleh perawat dalam hal ini penjelasan difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan atau telah dilaksanakan dan memilih prioritas yang perlu didiskusikan
 - ❖ Pemberian justifikasi oleh perawat tentang masalah klien serta rencana tindakan yang akan dilakukan
 - ❖ Tindakan keperawatan pada masalah prioritas yang telah dan yang akan ditetapkan

3) Pasca ronde

Mendiskusikan hasil temuan dan tindakan pada klien tersebut serta menerapkan tindakan yang perlu dilakukan.

Rangkuman

Model pemberian asuhan keperawatan ada enam macam, yaitu: model kasus, model fungsional, model tim, model primer, dan model modular. Masing-masing model juga memiliki kelebihan maupun kekurangannya sehingga pemberian asuhan keperawatan dapat dilakukan dalam berbagai macam metode. Model pemberian asuhan keperawatan ini berorientasi pada penyelesaian tugas dan prosedur keperawatan. Metode kasus adalah metode dimana perawat bertanggungjawab terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan konstan untuk periode tertentu. Tujuan pemberian metode tim dalam asuhan keperawatan adalah untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan objektif pasien. Metode keperawatan modular memiliki kesamaan baik dengan metode keperawatan tim maupun metode keperawatan primer.

Asuhan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien arthritis mulai dari pengkajian misalnya biodata, riwayat kesehatan, pengkajian pengkajian sekunder, pemeriksaan penunjang, dan analisa data. Setelah itu ditentukan diagnose keperawatan dan dilanjut dengan intervensi keperawatan.

Latihan

1. Jelaskan definisi dari model keperawatan?
2. Jelaskan tujuan model keperawatan?
3. Jelaskan dan berikan contoh komponen dari model keperawatan?
4. Uraikan dan berikan contoh kualitas pelayanan keperawatan
5. Sebutkan pilar-pilar MPKP?
6. Uraikan dan berikan contoh dari standar praktik keperawatan?
7. Jelaskan model praktik keperawatan ?
8. Bagaimana cara penetapan jenis tenaga keperawatan?
9. Uraikan tentang dasar pertimbangan pemilihan model metode asuhan keperawatan (MPKP)?
10. Sebutkan dan berikan contoh macam metode praktik keperawatan profesional?
11. Berikan contoh dari langkah-langkah MPKP?
12. Buatlah contoh Kegiatan dalam MPKP?

BAB 6

KONSEP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN

Deskripsi Singkat

Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan utama dari pelayanan rumah sakit. Hal ini terjadi karena pelayanan keperawatan diberikan selama 24 jam kepada pasien yang membutuhkannya, berbeda dengan pelayanan medis dan pelayanan kesehatan lainnya yang hanya membutuhkan waktu yang relatif singkat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada kliennya. Dengan demikian pelayanan keperawatan perlu ditingkatkan kualitasnya secara terus-menerus dan berkesinambungan sehingga pelayanan rumahsakit akan meningkat juga seiring dengan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. (Abdul 2014)

Kualitas pelayanan keperawatan sangat dipengaruhi oleh proses, peran dan fungsi dari manajemen pelayanan keperawatan, karena manajemen keperawatan adalah suatu tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh manajer/ pengelola keperawatan yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan serta mengawasi sumber-sumber yang ada, baik sumber daya maupun sumber dana sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien baik kepada klien, keluarga dan masyarakat.

Mengingat pentingnya peranan manajemen pelayanan keperawatan, maka dalam makalah ini penulis akan menguraikan tentang pengertian, proses, dimensi, penilaian, strategi, indikator, standar, dan peran dalam

menejemen mutu pelayanan keperawatan sehingga dapat menggambarkan bagaimana manajemen keperawatan yang bermutu seharusnya dilaksanakan.

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan definisi mutu pelayanan keperawatan
2. Mendeskripsikan Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan
3. Menguraikan Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan
4. Menganalisis Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan
5. Membedakan Pelayanan keperawatan
6. Menguraikan Dimensi mutu pelayanan

6.1 Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu Pelayanan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Mutu pelayanan keperawatan adalah asuhan keperawatan professional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu, (reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy). Mutu pelayanan keperawatan merupakan suatu pelayanan yang

menggambarkan produk dari pelayanan keperawatan itu sendiri yang meliputi secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada individu sakit maupun yang sehat dan dilakukan sesuai standar keperawatan. (Hufon 2008)

6.2 Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan (Nursalam 2014)

Menurut Nursalam tujuan mutu pelayanan keperawatan terdapat 5 tahap yaitu:

- a. Tahap pertama adalah penyusunan standar atau kriteria. dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat.
- b. Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi disini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan.
- c. Tahap ketiga adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri.
- d. Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisa data. Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu-persatu.
- e. Tahap kelima adalah evaluasi ulang. Tahap ini berfungsi untuk meminimalkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan tindakan keperawatan. Tujuan keperawatan merupakan hal yang harus direncanakan secara optimal oleh perawat.

Tujuan keperawatan menurut Gillies cit Asmuji (2012) dalam (Bassie, L 2013) menyebutkan:

- a. Tujuan keperawatan harus jelas, sehingga tercipta output keberhasilan yang optimal. Dari hasil yang optimal maka akan mendukung kinerja dan meningkatkan kerja perawat.
- b. Tujuan yang memiliki kriteria sulit dan menantang harus dikolaborasikan dengan tim sejawat lain maupun tim medis lainnya. Disini perawat tidak diperkenankan untuk melakukan tindakan secara persepsi tetapi secara rasional berdasarkan hasil diskusi.
- c. Tujuan keperawatan diharuskan dapat diukur, berisi ketentuan kuantitatif sehingga akan lebih mudah membandingkan seberapa besar pencapaian keberhasilan tersebut.
- d. Tujuan keperawatan harus berdasarkan waktu yang ditentukan, agar pencapaian target lebih baik lagi. Waktu yang optimal dilaksanakan dengan target dan tidak mengesampingkan kolaborasi dengan pasien.

6.3 Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam (2014) kualitas mutu pelayanan keperawatan terdiri atas beberapa faktor yaitu: (Nursalam 2014)

- a. Komunakasi dari mulut ke mulut (word of mouth communication), biasanya komunikasi dari mulut ke mulut sering dilakukan oleh masyarakat awam yang telah mendapatkan perawatan dari sebuah instansi. Yang nantinya akan menyebarkan berita positif apabila mereka mendapatkan perlakuan yang baik selama di rawat

atau menyampaikan berita negatif tentang mutu pelayanan keperawatan berdasarkan pengalaman yang tidak menyenangkan.

- b. Kebutuhan pribadi (personal need), kebutuhan dari masing-masing pasien bervariasi maka mutu pelayanan keperawatan juga harus menyesuaikan berdasarkan kebutuhan pribadi pasien.
- c. Pengalaman masa lalu (past experience), seorang pasien akan cenderung menilai sesuatu berdasarkan pengalaman yang pernah mereka alami. Didalam mutu pelayanan keperawatan yang baik akan memberikan pengalaman yang baik kepada setiap pasien, namun sebaliknya jika seseorang pernah mengalami hal kurang baik terhadap mutu pelayanan keperawatan maka akan melekat sampai dia mendapatkan perawatan kembali di suatu instansi.
- d. Komunikasi eksternal (company's external communication), sebagai pemberi mutu pelayanan keperawatan juga dapat melakukan promosi sehingga pasien akan mempercayai penuh terhadap mutu pelayanan keperawatan di instansi tersebut.

Sedangkan menurut Triwibowo (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan itu sendiri meliputi 7 kriteria diantaranya: (Suarli 2009)

- a. Mengetahui kemampuan diri, seorang perawat sebelum melakukan sebuah tindakan keperawatan kepada pasien harus mengetahui kelemahan dan kekuatan yang ada pada diri perawat sendiri. Karena introspeksi diri yang baik akan menghasilkan

atau meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan.

- b. Meningkatkan kerja sama, perawat harus berkerjasama dalam melakukan asuhan keperawatan baik dengan tim medis, teman sejawat perawat, pasien dan keluarga pasien.
- c. Pengetahuan keterampilan masa kini, dimaksudkan agar perawat lebih memiliki pengetahuan yang luas dan berfungsi dalam penyelesaian keluhan pasien dengan cermat dan baik.
- d. Penyelesaian tugas, perawat merupakan anggota tim medis yang paling dekat dengan pasien. oleh karena itu, perawat dituntut untuk mengetahui keluhan pasien dengan mendetail dan melakukan pendokumentasian teliti setelah melakukan asuhan.
- e. Pertimbangan prioritas keperawatan, seorang perawat harus mampu melakukan penilaian dan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas utama pasien.
- f. Evaluasi berkelanjutan, setelah melakukan perencanaan perawat juga harus melakukan evaluasi pasien agar tindakan perawatan berjalan dengan baik, dan perawat mampu melakukan pemantauan evaluasi secara berkelanjutan.

6.4 Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

Setiap instansi kesehatan akan lebih mengedepankan mutu pelayanan dibandingkan dengan hal lainnya. Mutu pelayanan itu sendiri dapat terwujud apabila didalam setiap instasi memiliki peranan dan tugas sesuai dengan profesi. Setiap profesi kesehatan juga harus

mengedepankan mutu dengan memberikan pelayanan yang optimal kepada semua pasien. Suatu pelayanan keperawatan dapat dikatakan baik apabila dalam pemenuhan kebutuhan pasien berjalan dengan sesuai. Dari pelayanan yang baik tersebut maka akan menimbulkan budaya penanganan yang baik kepada semua pasien. Dan akan tercapainya tingkat kepuasan pasien pada standar yang setinggi-tingginya.

Mutu pelayanan keperawatan sebagai alat ukur dari kualitas pelayanan kesehatan dan menjadi salah satu faktor penentu citra instansi pelayanan kesehatan di masyarakat. Di karenakan keperawatan merupakan salah satu profesi dengan jumlah terbanyak dan yang paling dekat dengan pasien. Mutu pelayanan keperawatannya sendiri dilihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan puas atau tidak puas (Nursalam, 2011).

Menurut Nursalam (2013) suatu pelayanan keperawatan harus memiliki mutu yang baik dalam pelaksanaannya. Diantaranya adalah:

- a. Caring adalah sikap peduli yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasiennya. Perawat akan senantiasa memberikan asuhan dengan sikap yang siap tanggap dan perawat mudah dihubungi pada saat pasien membutuhkan perawatan.
- b. Kolaborasi adalah tindakan kerja sama antara perawat dengan anggota medis lain, pasien, keluarga pasien, dan tim sejawat keperawatan dalam menyelesaikan prioritas perencanaan pasien. Disini perawat juga bertanggung jawab penuh dalam kesembuhan dan memotivasi pasien.

- c. Kecepatan, suatu sikap perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dimana perawat menunjukkan sikap yang tidak acuh tak acuh, tetapi akan memberikan sikap baik kepada pasien.
- d. Empati adalah sikap yang harus ada pada semua perawat. Perawat akan selalu memperhatikan dan mendengarkan keluhan kesah yang dialami pasien. Tetapi perawat tidak bersikap simpati, sehingga perawat dapat membimbing kepercayaan pasien.
- e. Courtesy adalah sopan santun yang ada pada diri perawat sendiri. Perawat tidak akan cenderung membela satu pihak, tetapi perawat akan bersikap netral kepada siapapun pasien mereka. Perawat juga akan menghargai pendapat pasien, keluarga pasien, dan tim medis lain dalam hal kebaikan dan kemajuan pasien.
- f. Sincerity adalah kejujuran dalam diri perawat. Jujur juga merupakan salah satu kunci keberhasilan perawat dalam hal perawatan kepada pasien. Perawat akan bertanggung jawab atas kesembuhan dan keluhan yang dialami pasien.
- g. Komunikasi teraupetik merupakan salah satu cara yang paling mudah untuk dilakukan perawat dalam memberikan asuhan. Karena komunikasi teraupetik sendiri merupakan cara efektif agar pasien merasa nyaman dan lebih terbuka dengan perawat. Mutu pelayanan keperawatan yang baik merupakan ujung tombak pelayanan di rumah sakit. Agar terwujudnya pelayanan keperawatan yang berkualitas perawat profesional harus memiliki kemampuan intelektual yang cukup, teknikal dan

interpersonal, melaksanakan asuhan berdasarkan standar praktik dan berdasarkan etik legal(Suarli, S., & Bahtiar 2010)

6.5 Pelayanan Keperawatan

Herderson (1966, dalam Kozier et al, 1997) menjelaskan pelayanan keperawatan sebagai kegiatan membantu individu sehat atau sakit dalam melakukan upaya aktivitas untuk membuat individu tersebut sehat atau sembuh dari sakit atau meninggal dengan tenang (jika tidak dapat disembuhkan), atau membantu apa yang seharusnya dilakukan apa bila ia mempunyai cukup kekuatan, keinginan, atau pengetahuan.

Berdasarkan kebijakan Depkes RI (1998), mutu pelayanan keperawatan adalah pelayanan kepada pasien yang berdasarkan standar keahlian untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, sehingga pasien dapat memperoleh kepuasan dan akhirnya dapat meningkatkan kepercayaan kepada rumah sakit, serta dapat menghasilkan keunggulan kompetitif melalui pelayanan yang bermutu, efisien, inovatif dan menghasilkan *customer responsiveness*.

Standar praktek keperawatan telah disahkan oleh MENKES RI dalam Surat Keputusan Nomor : 660/Menkes/SK/IX/1987. Kemudian diperbaharui dan disahkan berdasarkan SK DIRJEN YANMED RI No : 00.03.2.6.7637, tanggal 18 Agustus 1993. Kemudian pada tahun 1996,DPP PPNI menyusun standar profesi keperawatan SK No: 03/DPP /SKI/1996 yang terdiri dari standar pelayanan keperawatan, praktek keperawatan, standar pendidikan keperawatan dan standar pendidikan keperawatan berkelanjutan.(Ppni 2005)s

6.6 Dimensi mutu pelayanan

Mutu pelayanan keperawatan dapat merupakan suatu pelayanan keperawatan yang komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual yang diberikan oleh perawat profesional kepada pasien (individu, keluarga maupun masyarakat) baik sakit maupun sehat, dimana perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar pelayanan. Namun pada dasarnya, definisi mutu pelayanan keperawatan itu dapat berbeda-beda tergantung dari sudut pandang mana mutu tersebut dilihat. (Famella, Sri Wahyu Lelly Hana Setyanti 2015)

Lima dimensi mutu pelayanan (Service Quality), terdiri dan:

1. Wujud nyata (*tangibles*) adalah wujud langsung yang meliputi fasilitas fisik, yang mencakup kemutahiran peralatan yang digunakan, kondisi sarana, kondisi SDM perusahaan dan keselarasan antara fasilitas fisik dengan jenis jasa yang diberikan.
2. Keandalan (*reliability*) adalah aspek-aspek keandalan system pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yang meliputi kesesuaian pelaksanaan pelayanan dengan rencana kepedulian perusahaan kepada permasalahan yang dialami pasien, keandalan penyampaian jasa sejak awal, ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan janji yang diberikan, keakuratan penanganan.
3. Ketanggapan (*responsiveness*) adalah keinginan untuk membantu dan menyediakan jasa yang dibutuhkan konsumen. Hal ini meliputi kejelasan informasi waktu penyampaian jasa, ketepatan dan kecepatan dalam pelayanan administrasi, kesediaan

pegawai dalam membantu konsumen, keluangan waktu pegawai dalam menanggapi permintaan pasien dengan cepat.

4. Jaminan (*assurance*) adalah adanya jaminan bahwa jasa yang ditawarkan memberikan jaminan keamanan yang meliputi kemampuan SDM, rasa aman selama berurusan dengan karyawan, kesabaran karyawan, dan dukungan pimpinan terhadap staf.

Dimensi kepastian atau jaminan ini merupakan gabungan dari dimensi :

1. Kompetensi (*Competence*), artinya keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki oleh para karyawan untuk melakukan pelayanan
2. Kesopanan (*Courtesy*), yang meliputi keramahan, perhatian dan sikap para karyawan
3. Kredibilitas (*Credibility*), meliputi hal-hal yang berhubungan dengan kepercayaan kepada perusahaan, seperti reputasi, prestasi dan sebagainya.
4. Empati (*empathy*), berkaitan dengan memberikan perhatian penuh kepada konsumen yang meliputi perhatian kepada konsumen, perhatian staf secara pribadi kepada konsumen, pemahaman akan kebutuhan konsumen, perhatian terhadap kepentingan, kesesuaian waktu pelayanan dengan kebutuhan konsumen.

Dimensi empati ini merupakan penggabungan dari dimensi :

1. Akses (*Acces*), meliputi kemudahan untuk memafaatkan jasa yang ditawarkan

2. Komunikasi (*Communication*), merupakan kemampuan melakukan komunikasi untuk menyampaikan informasi kepada pelanggan atau memperoleh masukan dari pelanggan
 3. Pemahaman kepada pelanggan (*Understanding the Customer*), meliputi usaha perusahaan untuk mengetahui dan memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan Strategi mutu
1. *Quality Assurance (Jaminan Mutu)*
Quality Assurance mulai digunakan di rumah sakit sejak tahun 1960-an implementasi pertama yaitu audit keperawatan. Strategi ini merupakan program untuk mendesain standar pelayanan keperawatan dan mengevaluasi pelaksanaan standar tersebut Quality Assurance sering diartikan sebagai menjamin mutu atau memastikan mutu karena Quality Assurance berasal dari kata to assure yang artinya meyakinkan orang, mengusahakan sebaik-baiknya, mengamankan atau menjaga. Dimana dalam pelaksanaannya menggunakan teknik-teknik seperti inspeksi, internal audit dan surveilan untuk menjaga mutu yang mencakup dua tujuan yaitu : organisasi mengikuti prosedur pegangan kualitas, dan efektifitas prosedur tersebut untuk menghasilkan hasil yang diinginkan.

Dengan demikian quality assurance dalam pelayanan keperawatan adalah kegiatan menjamin mutu yang berfokus pada proses agar mutu pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar. Dimana metode yang digunakan adalah : audit internal dan surveilan untuk memastikan apakah proses

pengerjaannya (pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien) telah sesuai dengan standar operating procedure (SOP); evaluasi proses; mengelola mutu; dan penyelesaian masalah. Sehingga sebagai suatu sistem (input, proses, outcome), menjaga mutu pelayanan keperawatan difokuskan hanya pada satu sisi yaitu pada proses pemberian pelayanan keperawatan untuk menjaga mutu pelayanan keperawatan.

2. *Continuous Quality Improvement* (Peningkatan Mutu Berkelanjutan)
Continuous Quality Improvement dalam pelayanan kesehatan merupakan perkembangan dari Quality Assurance yang dimulai sejak tahun 1980-an. Continuous Quality Improvement (Peningkatan mutu berkelanjutan) sering diartikan sama dengan Total Quality Management karena semuanya mengacu pada kepuasan pasien dan perbaikan mutu menyeluruh. Ada perbedaan sedikit yaitu Total Quality Management dimaksudkan pada program industri sedangkan Continuous Quality Improvement mengacu pada klinis. Continuous Quality Improvement itu merupakan upaya peningkatan mutu secara terus menerus yang dimotivasi oleh keinginan pasien. Tujuannya adalah untuk meningkatkan mutu yang tinggi dalam pelayanan keperawatan yang komprehensif dan baik, tidak hanya memenuhi harapan aturan yang ditetapkan standar yang berlaku. Quality Improvement merupakan manajemen filosofi untuk menghasilkan pelayanan yang baik. Continuous Quality Improvement sebagai filosofi peningkatan mutu

yang berkelanjutan yaitu proses yang dihubungkan dengan memberikan pelayanan yang baik yaitu yang dapat menimbulkan kepuasan pelanggan Sehingga dapat dikatakan bahwa Continuous Quality Improvement dalam pelayanan keperawatan adalah upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan secara terus menerus yang memfokuskan mutu pada perbaikan mutu secara keseluruhan dan kepuasan pasien. Oleh karena itu perlu dipahami mengenai karakteristik-karakteristik yang dapat mempengaruhi mutu dari outcome yang ditandai dengan kepuasan pasien.

3. *Total quality manajemen (TQM)*

Total Quality Manajemen (manajemen kualitas menyeluruh) adalah suatu cara meningkatkan performansi secara terus menerus pada setiap level operasi atau proses, dalam setiap area fungsional dari suatu organisasi, dengan menggunakan semua sumber daya manusia dan modal yang tersedia dan berfokus pada kepuasan pasien dan perbaikan mutu menyeluruh

Rangkuman

Mutu Pelayanan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Suarli dan Bahtiar, 2012). Mutu pelayanan keperawatan adalah asuhan keperawatan professional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu, (*reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy*)

Indikator mutu pelayanan keperawatan merupakan hal yang sangat penting bagi suatu institusi rumah sakit, karena mutu pelayanan keperawatan ini merupakan penilaian bagi masyarakat terhadap suatu rumah sakit. Indikator mutu ini merupakan citra dari suatu rumah sakit. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan indikator mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap.

Latihan

1. Jelaskan definisi tentang mutu pelayanan keperawatan?
2. Jelaskan dan berikan contoh tujuan mutu pelayanan keperawatan ?
3. Uraikanlah factor-faktor dalam mutu pelayanan keperawatan?
4. Sebutkan dan berikan contoh dari indikator mutu pelayanan keperawatan ?
5. Buatlah contoh kasus dalam pelayanan keperawatan di ruang rawat inap dan ruang ICU?
6. Jelaskan dan berikan contoh dari dimensi mutu pelayanan?

BAB 7

KONSEP PENJAMINAN MUTU ASKEP

Deskripsi Singkat

Perkembangan ilmu dan teknologi yang pesat akan berdampak terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat terhadap kesehatan dan pelayanan kesehatan. Hal tersebut akan mempengaruhi tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Pelayanan keperawatan sebagai bagian dari mutu pelayanan kesehatan pun harus senantiasa meningkatkan kualitas agar terhindar dari suatu permasalahan yang dapat merugikan masyarakat maupun merugikan institusi pelayanan kesehatan sendiri.

System penjaminan mutu pelayanan keperawatan merupakan bagian dari upaya peningkatan kualitas suatu pelayanan yang banyak memberikan manfaat, penjaminan mutu akan memberikan tolak ukur bagi suatu pelayanan apakah suatu pelayanan sudah sesuai dengan standar pelayanan berkualitas . Melalui penjaminan mutu maka proses menuju perbaikan terus diutamakan. System pemjaminan mutu yang baik akan berdampak terhadap peningkatan daya saing antar institusi pelayanan kesehatan . oleh karena itu perawat harus benar-benar berkontribusi dalam upaya penjaminan mutu pelayanan.

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan Konsep Penjaminan Mutu Pelayanan Keperawatan
2. Menganalisis Kualitas pelayanan TQM

7.1 Konsep Penjaminan Mutu Pelayanan Keperawatan

1. Pengertian penjaminan mutu

Penjaminan mutu adalah proses penetapan dan pemenuhan standar mutu pengelolaan secara konsisten dan berkelanjutan, sehingga konsumen, produsen, dan pihak lain yang berkepentingan memperoleh kepuasan. Penjaminan mutu pelayanan kesehatan adalah proses penetapan dan pemenuhan standar mutu pengelolaan pelayanan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan sehingga stakeholders memperoleh kepuasan.

2. Peran komite keperawatan

Dalam pengawasan mutu Komite keperawatan memiliki tujuan untuk mewujudkan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan, memberikan masukan kepada pimpinan rumah sakit berkaitan dengan profesionalisme perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan, menyelesaikan masalah-masalah terkait dengan penerapan disiplin dan etik keperawatan serta meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Peran komite keperawatan dalam pengawasan mutu adalah sebagai berikut :

- a. Memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan profesi keperawatan melalui kegiatan terorganisasi
- b. Mempertahankan pelayanan keperawatan berkualitas dan man bagi pasien
- c. Menjamin tersedianya perawat yang kompeten, etis sesuai dengan kewenangannya.
- d. Menyelesaikan masalah keperawatan yang terkait dengan disiplin, etik dan moral perawat.
- e. Melakukan kajian berbagai aspek keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- f. Menjamin diterapkannya standar praktik, asuhan dan prosedur keperawatan.
- g. Membangun dan membina hubungan kerja tim didalam rumah sakit.
- h. Merancang, mengimplementasikan, serta memantau dan menilai ide-ide baru.
- i. Mengkomunikasikan, mendidik, negosiasi dan merekomendasikan hasil kinerja perawat untuk pengembangan karir.

7.2 Kualitas Pelayanan Total Quality Manajemen (TQM) (Nursalam 2014)

1. Definisi

Total Quality Manajement adalah kualitas menjadi hal utama yang menjadi titik fokus setiap perusahaan/rumah sakit. Berbagai hal dilakukan untuk meningkatkan kualitas yang diterapkan pada pelayanan dan manajemen sebuah rumahsakit. Menurut Tjiptono & Anastasia (2003) TQM merupakan suatu

pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimumkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus menerus atas produk,jasa,manusia,proses,dan lingkungannya.

Dalam kualitas pelayanan yang baik, terdapat beberapa jenis kriteria pelayanan, antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Ketepatan waktu pelayanan yang baik, termasuk didalamnya waktu untuk menunggu selama transaksi maupun proses pembayaran.
- b. Akurasi pelayanan, yaitu meminimalkan kesalahan dalam pelayanan maupun transaksi.
- c. Sopan santun dan ramah ketika memberikan pelayanan
- d. Kemudahan mendapatkan pelayanan, yaitu seperti tersediannya sumber daya manusia untuk membantu melayani konsumen, serta fasilitas pendukung seperti computer.
- e. Kenyamanan konsumen,yaitu seperti lokasi,tempat paker, ruang tunggu yang nyaman, aspek kebersihan,ketersediaan informasi,dan lain sebagainya

2. Dimensi kualitas pelayanan

- a. Tangibels
Tangibels adalah bukti konkret kemampuan untuk menampilkan yang terbaik bagi pelanggan. Baik dari sisi fisik tampilan bangunan, fasilitas, perlengkapan teknologi pendukung, hingga penampilan karyawan.
- b. Reliability
Reliability adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan monsumen terkait kecepatan,ketepatan waktu, tidak ada

kesalahan, sikap simpatik, dan lainsebagainya.

c. Responsiveness

Responsiveness adalah tanggapan memberikan pelayanan yang cepat atau responsive serta diiringi dengan cara penyampaian yang jelas dan mudah dimengerti.

d. Assurance

Assurance adalah jaminan dan kepastian yang diperoleh dari sikap sopan santun karyawan, komunikasi yang baik, dan pengetahuan yang dimiliki, sehingga mampu menumbuhkan rasa percaya pelanggan.

e. Empati

Empati adalah memberikan perhatian yang tulus dan bersifat pribadi kepada pelanggan, hal ini dilakukan untuk mengetahui keinginan konsumen secara akurat dan spesifik

3. Prinsip –prinsip Total Quality Manajement (TQM)

Ada empat prinsip utama pada TQM yaitu:

a. Kepuasan pelanggan dalam Total Quality Manajement,

konsep mengenai kualitas dan pelanggan diperluas. Kualitas tidak hanya bermakna kesesuaian dengan spesifikasi tertentu, tetapi kualitas tersebut ditentukan oleh pelanggan. Kebutuhan pelanggan diusahakan untuk dipuaskan dalam segala aspek, termasuk dalam harga, keamanan, dan ketepatan waktu.

b. Respek terhadap setiap orang

Dalam perusahaan berkualitas, setiap karyawan dipandang sebagai individu

yang memiliki talenta dan kreatifitas yang khas. Dengan demikian, karyawan merupakan sumber daya organisasi yang paling bernilai. Oleh karena itu, setiap orang dalam berorganisasi diperlukan dengan baik dan diberikan kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi dalam tim pengambil keputusan.

- c. Manajemen berdasarkan fakta
Perusahaan kelas berkualitas berorientasi pada fakta, maksudnya bahwa setiap keputusan selalu didasarkan pada data, bukan sekedar pada perasaan.
- d. Ada dua konsep pokok yang berkaitan dengan hal ini :
 - a. Prioritas , yakni suatu konsep yang menyatakan bahwa perbaikan tidak dapat dilakukan pada semua aspek pada saat yang bersamaan, mengingat keterbatasan sumber daya yang ada.
 - b. Variasi atau variabilitas kinerja manusia, variasi/variabilitas (keragaman) kinerja/kemampuan dari setiap anggota merupakan bagian yang wajar dari setiap system organisasi. Maksudnya, setiap perbedaan yang terjadi dikaji, kemudian ditetapkan langkah/kebijakan yang paling sesuai untuk diterapkan dengan demikian manajemen dapat memprediksi hasil dari setiap keputusan dan tindakan yang dilakukan

Rangkuman

Penjaminan mutu pelayanan kesehatan merupakan proses penetapan dan pemenuhan standar mutu pengelolaan pelayanan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan sehingga stakeholders memperoleh kepuasan. dan Komite keperawatan yang memiliki tujuan untuk mewujudkan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan, memberikan masukan kepada pimpinan rumahsakit berkaitan dengan profesionalisme perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan, menyelesaikan masalah-masalah terkait dengan penerapan disiplin dan etik keperawatan serta meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Peran komite keperawatan dalam peningkatan mutu Salah satu nya adalah Memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan profesi keperawatan melalui kegiatan terorganisasi.

Latihan

1. Jelaskan definisi tentang Konsep Penjaminan Mutu Pelayanan asuhan Keperawatan?
2. Jelaskan dan buatlah contoh kasus dari Kualitas pelayanan TQM ?

BAB 8

INDIKATOR PENILAIAN MUTU ASKEP

Deskripsi Singkat

Mutu asuhan kesehatan sebuah rumah sakit akan selalu terkait dengan struktur, proses, dan *outcome* sistem pelayanan RS tersebut. Mutu asuhan pelayanan RS juga dapat dikaji dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan oleh masyarakat, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi RS. Secara umum aspek penilaian meliputi evaluasi, dokumen, instrumen, dan audit (EDIA) (Nursalam, 2014).

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan Indikator Penilaian Mutu Keperawatan
2. Menguraikan Standar Nasional

8.1 Indikator Penilaian Mutu Keperawatan

1. Indikator Mutu Keperawatan menurut ANA

Tabel 8.1 Indikator mutu keperawatan

Kategori	Ukuran	
Ukuran berfokus outcomes pasien	1	Angka kematian pasien karena komplikasi operasi
	2	Angka decubitus
	3	Angka pasien jatuh
	4	Angka pasien jatuh dengan cedera

	5	Angka restrain
	6	ISK karena pemasangan cateter di ICU
	7	<i>Blood stream infection</i> karena pemasangan cateter line central di ICU dan HDNC
	8	VAP di ICU dn HDNC
Ukuran berfokus pada intervensi perawat	9	Konseling berhenti merokok pada kasus AMI
	10	Konseling berhenti merokok pada kasus Gagal jantung
	11	Konseling berhenti merokok pada kasus Peneumonia
Ukuran berfokus pada system	12	Perbandingan antara RN, LVN/LPN, UAP dan kontrak
	13	Jam perawatan pasien per hari oleh RN,LPN/LPN dan UAP
	14	<i>Practice Environment Scale—Nursing Work Index</i>
	15	<i>Turn over</i>

Sumber: *The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)*,2007.

Mutu asuhan kesehatan sebuah rumah sakit akan selalu terkait dengan struktur, proses, dan *outcome* sistem pelayanan RS tersebut. Mutu asuhan pelayanan RS juga dapat dikaji dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan oleh masyarakat, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi RS. Secara umum aspek penilaian meliputi evaluasi, dokumen, instrumen, dan audit (EDIA) (Nursalam, 2014).

a. Aspek struktur (*input*)

Struktur adalah semua *input* untuk sistem pelayanan sebuah RS yang meliputi M1 (tenaga), M2 (sarana prasarana), M3 (metode

asuhan keperawatan), M4 (dana), M5 (pemasaran), dan lainnya. Ada sebuah asumsi yang menyatakan bahwa jika struktur sistem RS tertata dengan baik akan lebih menjamin mutu pelayanan. Kualitas struktur RS diukur dari tingkat kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi), dan mutu dari masing-masing komponen struktur.

b. *Proses*

Proses adalah semua kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasien. Interaksi ini diukur antara lain dalam bentuk penilaian tentang penyakit pasien, penegakan diagnosis, rencana tindakan pengobatan, indikasi tindakan, penanganan penyakit, dan prosedur pengobatan.

c. *Outcome*

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain terhadap pasien.

a. Indikator-indikator mutu yang mengacu pada aspek pelayanan meliputi:

- 1) Angka infeksi nosocomial: 1-2%
- 2) Angka kematian kasar: 3-4%
- 3) Kematian pasca bedah: 1-2%
- 4) Kematian ibu melahirkan: 1-2%
- 5) Kematian bayi baru lahir: 20/1000
- 6) NDR (Net Death Rate): 2,5%
- 7) ADR (Anesthesia Death Rate) maksimal 1/5000
- 8) PODR (Post Operation Death Rate): 1%
- 9) POIR (Post Operative Infection Rate): 1%

- b. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS:
 - 1) Biaya per unit untuk rawat jalan
 - 2) Jumlah penderita yang mengalami decubitus
 - 3) Jumlah penderita yang mengalami jatuh dari tempat tidur
 - 4) BOR: 70-85%
 - 5) BTO (Bed Turn Over): 5-45 hari atau 40-50 kali per satu tempat tidur/tahun
 - 6) TOI (Turn Over Interval): 1-3 hari TT yang kosong
 - 7) LOS (Length of Stay): 7-10 hari (komplikasi, infeksi nosocomial; gawat darurat; tingkat kontaminasi dalam darah; tingkat kesalahan; dan kepuasan pasien)
 - 8) Normal tissue removal rate: 10%
- c. Indikator mutu yang berkaitan dengan kepuasan pasien dapat diukur dengan jumlah keluhan pasien/keluarganya, surat pembaca dikoran, surat kaleng, surat masuk di kotak saran, dan lainnya.
- d. Indikator cakupan pelayanan sebuah RS terdiri atas:

Jumlah dan presentase kunjungan rawat jalan/inap menurut jarak RS dengan asal pasien.
- e. Jumlah pelayanan dan tindakan seperti jumlah tindakan pembedahan dan jumlah kunjungan SMF spesialis.
- f. Untuk mengukur mutu pelayanan sebuah RS, angka-angka standar tersebut di atas dibandingkan dengan standar (indicator) nasional. Jika bukan angka standar nasional, penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan hasil penacatatan mutu pada

tahun-tahun sebelumnya di rumah sakit yang sama, setelah dikembangkan kesepakatan pihak manajemen/direksi RS yang bersangkutan dengan masing-masing SMF dan staff lainnya yang terkait.

- g. Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien:
 - 1) Pasien terjatuh dari tempat tidur/kamar mandi
 - 2) Pasien diberi obat salah
 - 3) Tidak ada obat/alat emergensi
 - 4) Tidak ada oksigen
 - 5) Tidak ada suction (penyedot lendir)
 - 6) Tidak tersedia alat pemadam kebakaran
 - 7) Pemakaian obat

8.2 Standar Nasional

1. Indikator Mutu Pelayanan

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap :

Tabel 8.2 Indikator Mutu Pelayanan

Standar Nasional	
Σ BOR	75-80%
Σ ALOS	1-10 hari
Σ TOI	1-3 hari
Σ BTO	5-45 hari
Σ NDR	< 2,5%
Σ GDR	< 3%
Σ ADR	1,15.000
Σ PODR	< 1%
Σ POIR	< 1%
Σ NTRR	< 10%
Σ MDR	< 0,25%
Σ IDR	< 0,2%

- 1) BOR (*Bed Occupancy Ratio* = Angka penggunaan tempat tidur)
Menurut Depkes RI (2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%.

Rumus :

$$\frac{(\text{jumlah hari perawatan di rumah sakit})}{(\text{jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam satu periode})} \times 100\%$$

- 2) ALOS (*Average Length of Stay* = Rata-rata lamanya pasien dirawat)
ALOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6-9 hari.

Rumus :

$$\frac{(\text{jumlah lama dirawat})}{(\text{jumlah pasien keluar (hidup + mati)})}$$

3) TOI (*Turn Over Interval* = Tenggang perputaran)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus :

$$\frac{((\text{jumlah tempat tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari Perawatan})}{(\text{jumlah pasien keluar (hidup + mati)})}$$

4) BTO (*Bed Turn Over* = Angka perputaran tempat tidur)

BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat (hidup + mati)}}{(\text{jumlah tempat tidur})}$$

5) NDR (*Net Death Rate*)

NDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.

Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam}}{(\text{jumlah pasien keluar (hidup + mati)})} \times 100\%$$

- 6) GDR (*Gross Death Rate*)
GDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{(\text{jumlah pasien keluar (hidup + mati)})} \times 100\%$$

- 7) Menurut Nursalam (2014), ada enam indikator utama kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit:
- 1) Keselamatan pasien (*patient safety*), yang meliputi: angka infeksi nosokomial, angka kejadian pasien jatuh/kecelakaan, dekubitus, kesalahan dalam pemberian obat, dan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan
 - 2) Pengelolaan nyeri dan kenyamanan
 - 3) Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan
 - 4) Perawatan diri
 - 5) Kecemasan pasien
 - 6) Perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) pasien.

Rangkuman

Mutu asuhan kesehatan sebuah rumah sakit akan selalu terkait dengan struktur, proses, dan *outcome* sistem pelayanan RS tersebut. Mutu asuhan pelayanan RS juga dapat dikaji dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan oleh masyarakat, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi RS. Secara umum aspek penilaian meliputi evaluasi, dokumen, instrumen, dan audit (EDIA) (Nursalam, 2014).

Latihan

1. Jelaskan definisi tentang Indikator Penilaian Mutu Keperawatan?
2. Uraikan dan berikan contoh Standar Nasional ?

BAB 9

KEPUASAN PELANGGAN

Deskripsi Singkat

Memasuki abad 21, lembaga pendidikan Islam baik formal maupun non formal harus memiliki daya saing yang tinggi. Perkembangan dunia pendidikan umum baik negeri maupun swasta, apalagi dengan bermunculan lembaga pendidikan baru dengan menawarkan kualitas program pendidikan yang transparan dan kredibel, menjadi tantangan tersendiri bagi lembaga pendidikan Islam

Pada era yang kerap disebut dengan era globalisasi, lembaga pendidikan se dunia seakan-akan bergerak berkumpul menjadi satu, bersaing memperebutkan fokus perhatian penduduk dunia tanpa memperhatikan batas-batas wilayah teritorial Negara, batas budaya, tradisi bahkan menembus batas budaya berfikir. Situasi ini pasti menambah beban berat lembaga pendidikan Islam dalam memicu perkembangan kualitas lembaganya. Jika tidak ingin tetap menjadi tujuan utama dan membangun kepercayaan public masyarakat Indonesia. Kenyataan ini bisa dilihat, bahwa ada beberapa hal yang dapat memberikan kepuasan pelanggan yaitu nilai total pelanggan yang terdiri dari nilai produk, nilai pelayanan, nilai personal, nilai image atau citra, dan biaya total pelanggan yang terdiri dari biaya moneter, biaya waktu, biaya tenaga, dan biaya pikiran.

Dalam upaya menyambut tantang persaingan lembaga pendidikan pada ranah global inilah dan atau menyambut digulirkannya MEA, wajib kiranya menerapkan manajemen strategi pada lembaga pendidikan Islam. Disiplin ilmu yang awalnya menjadi

cara ampuh bagi seorang jenderal dalam memimpin prajuritnya dalam berperang, saat itu dengan istilah strategi, kemudiandiadopsi ke dalam kajian ekonomi bisnis menjadi manajemen strategi, dianggap sangat relevanapabila diterapkan pada lembaga pendidikan. Walaupun bidang ekonomi bisnis tidak sepenuhnya sama dengan persoalan yang dihadapi lembaga pendidikan.

Memang obyek lembaga yang bergerak dalam bidang ekonomi bisnis yang mengarah pada kegiatan yang bersifat profit, berbeda dengan dilingkungan organisasi non profit, khususnya bidang pendidikan.kehadiran manajemen dan strategi pada dasarnya merupakan suatu paradigma baru. Sebagai paradigma baru, jika diimplementasikan pada lingkungan organisasi pendidikan, tidak mungkin dilakukan sebagai kegiatan pengambilalihan seluruh kegiatannyasebagaimana dilaksanakan di lingkungan organisasi profit (bisnis), karena kedua organisasitersebut satu dengan yang lain berbeda dalam banyak aspek, terutama dari segi filsafat yangmendasarinya dan tujuan yang hendak dicapai.

Dengan kata lain dunia pendidikan kini dituntut untuk mengembangkan manajemen strategi dan operasi yang pada dasarnya banya diterapkan dalam dunia usaha, sebagai langkahantisipatif terhadap kecenderungan-kecenderungan baru guna mencapai dan mempertahankan posisi bersaingnya, sehingga nantinya dapat dihasilkan manusia-manusia yang memiliki sumberdaya dan berkualitas yang sesuai dengan kebutuhan zaman. Dan yang tidak kalah pentingnya,akhlaq dan pembentukan karakter output dari lembaga pendidikan Islam, hars benar-benartercermin dan Nampak jelas. Sehingga ciri khas pendidikan Islam sebagai garda terdepan dalamupaya pembentukan karakter luhur anak bangsa tidak terabaikan oleh misi-misi lainnya.

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan pengertian kepuasan pelanggan.
2. Menguraikan strategi untuk mencapai kepuasan pelanggan.
3. Menganalisis faktor-faktor yang menunjang kepuasan pelanggan.
4. Menguraikan Indikator Kepuasan Pasien
5. Mendeskripsikan Faktor Ketidakpuasan Pasien
6. Menguraikan Manfaat *Feedback* Kepuasan Pasien

9.1. Pengertian Kepuasan Pelanggan

Dewasa ini perhatian terhadap kepuasan maupun ketidakpuasan pelanggan telah semakin besar karena pada dasarnya tujuan dari perusahaan atau lembaga pendidikan adalah untuk menciptakan rasa puas pada pelanggan. Semakin tinggi tingkat kepuasan pelanggan, maka akan mendatangkan keuntungan yang semakin besar bagi perusahaan, karena pelanggan akan melakukan pembelian ulang terhadap produk perusahaan. Namun, apabila tingkat kepuasan yang dirasakan pelanggan kecil, maka terdapat kemungkinan bahwa pelanggan tersebut akan pindah ke produk pesaing.

Menurut Kotler, kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dia rasakan dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan atau

ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Wilkie mendefinisikannya sebagai suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa. Engel, et al menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purna beli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (*outcome*) tidak memenuhi harapan. Kepuasan pelanggan terhadap suatu produk ataupun jasa, sebenarnya sesuatu yang sulit untuk didapat jika perusahaan jasa atau industri tersebut tidak benar-benar mengerti apa yang diharapkan oleh pelanggan. Untuk produk atau layanan dengan kualitas yang sama, dapat memberikan tingkat kepuasan yang berbeda-beda bagi pelanggan yang berbeda. Oleh karena itu, suatu perusahaan harus selalu memperhatikan kualitas produk maupun pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Kepuasan pelanggan merupakan respons pelanggan terhadap ketidaksesuaian antar tingkat kepentingan sebelumnya dan kinerja aktual yang dirasakannya setelah pemakaian. Kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh persepsi kualitas jasa, kualitas produk, harga dan faktor-faktor yang bersifat pribadi serta yang bersifat situasi sesaat.

Dari berbagai pendapat yang dilontarkan para ahli bisa disimpulkan definisi kepuasan pelanggan adalah respon dari perilaku yang ditunjukkan oleh pelanggan dengan membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan. Apabila hasil yang

dirasakan dibawahharapan, maka pelanggan akan kecewa, kurang puas bahkan tidak puas, namun sebaliknya bilasesuai dengan harapan, pelanggan akan puas dan bila kinerja melebihi harapan, pelanggan akansangat puas.

Kepuasan pelanggan adalah sejauh mana manfaat sebuah produk dirasakan (perceived)sesuai dengan apa yang diharapkan pelanggan. Kotler mengatakan bahwa kepuasan pelangganmerupakan tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan antara kinerja produk yang iarasakan dengan harapannya. Kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon terhadapevaluasi ketidaksesuaian atau diskonfirmasi yang dirasakan antara harapan sebelumnya dankinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaian Tse dan Wilson dalam Nasution, Oliver dalam Peter dan Olson menyatakan bahwa kepuasan pelanggan adalah *Rangkumankondisi* psikologis yang dihasilkan ketika emosi yang mengelilingi harapan tidak cocok dandilipatgandakan oleh perasaan perasaan yang terbentuk mengenai pengalaman pengkonsumsian.Westbrook & Reilly dalam Tjiptono, mengemukakan bahwa kepuasan pelanggan merupakanrespon emosional terhadap pengalaman yang berkaitan dengan produk atau jasa yang dibeli.Gaspers dalam Nasution, mengatakan bahwa kepuasan pelanggan sangat bergantung kepada persepsi dan harapan pelanggan.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan harapan pelanggan antara lain :

- a. Kebutuhan dan keinginan yang berkaitan dengan hal-hal yang dirasakanpelanggan ketikasedang mencoba melakukan transaksi dengan produsen produk.

- b. Pengalaman masa lalu ketika mengkonsumsi produk dari perusahaan maupun pesaing-pesaingnya.
- c. Pengalaman dari teman-teman. Skema konsep kepuasan pelanggan

9.2. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Modernisasi segala aspek kehidupan terutama modernisasi dan digitalisasi teknologi informasi menyeret persaingan yang sangat ketat untuk memperoleh dan mempertahankan pelanggan. Kualitas pelayanan menjadi suatu keharusan yang harus dilakukan perusahaan supaya mampu bertahan dan tetap mendapat kepercayaan pelanggan. Pola konsumsi dan gaya hidup pelanggan menuntut perusahaan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas.

Keberhasilan perusahaan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dapat ditentukan dengan pendekatan service quality yang telah dikembangkan oleh Parasuraman, Berry dan Zenthaml. Service Quality adalah seberapa jauh perbedaan antara harapan dan kenyataan para pelanggan atas layanan yang mereka terima. Service Quality dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi pelanggan atas layanan yang benar-benar mereka terima dengan layanan sesungguhnya yang mereka harapkan.

9.3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Menurut Sabarguna (2004) terdapat beberapa aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien diantaranya:

- a. Aspek kenyamanan, dimana pasien merasakan kenyamanan dari berbagai

fasilitas yang ada di sebuah Rumah Sakit tertentu dari lokasi yang mudah dijangkau, kenyamanan ruangan, kebersihan lingkungan Rumah Sakit, dan Peralatan yang tersedia.

- b. Aspek hubungan pasien dengan perawat, meliputi sikap petugas kesehatan yang berjaga terutama perawat, informasi yang diberikan oleh pasien jelas, tim medis juga bersikap cekatan dalam menangani keluhan pasien.
- c. Aspek kompetensi teknis perawat, meliputi keberhasilan perawat dan tim medis lainnya dalam memberikan asuhan kepada pasien dan berpengalaman.
- d. Aspek biaya, meliputi terjangkau biaya administrasi Rumah Sakit yang diberikan, dan adanya keringanan dari pihak instansi kepada pasien untuk mempermudah pembiayaan.

Versi Griffith Zahrotul (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien meliputi 5 faktor yaitu:

- a. Sikap dan pendekatan perawat dengan pasien yaitu dimana perawat yang berada di suatu instansi Rumah Sakit tertentu diuntut untuk bersikap ramah kepada pasien, sehingga mempengaruhi kepuasan pasien.
- b. Pengetahuan dari perawat, yaitu pasien mendapatkan informasi aktual dan mudah dipahami oleh pasien dari keadaan real pasien.
- c. Prosedur administrasi, yaitu pasien merasakan kemudahan dalam pelayanan administrasi Rumah sakit dimana alurnya tidak berbelitbelit.
- d. Fasilitas yang disediakan oleh Rumah sakit, meliputi peralatan dan kebersihan lingkungan dan ruangan dimana pasien di rawat.

- e. Keterampilan keperawatan, dalam memberikan asuhan kepada pasien, perawat harus terampil dan cekatan. Sehingga pasien yang mendapatkan pelayanan keperawatan merasakan puas dengan kinerja keterampilan perawat.

Wijono (2008) mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien terhadap suatu pelayanan yaitu:

- 1) Pendekatan dan perilaku tim medis khususnya perawat sangat berpengaruh dengan pasien, terutama kesan pertama pasien saat akan mendapatkan asuhan pelayanan dari instansi tertentu.
- 2) Kelengkapan informasi yang diterima, informasi yang lengkap akan mempengaruhi perilaku seorang pasien, dimana pasien tersebut akan merasa nyaman dan leluasa dalam melakukan tindakan.
- 3) Prosedur perjanjian, perawat yang akan melakukan asuhan dan mempunyai jadwal dengan pasien harus tepat waktu dalam menangani keluhan pasien, karena berdampak besar dengan kepercayaan pasien kepada perawat itu sendiri.
- 4) Waktu tunggu, setiap pasien akan merasakan puas apabila alur administrasi dan waktu tunggu tidak membuat pasien terlalu lama menunggu.
- 5) Fasilitas umum, semua fasilitas dari instansi tertentu harus tersedia sehingga memudahkan pasien dalam melakukan aktivitas, seperti ruang rawat yang bersih dan rapi.
- 6) Outcome perawatan yang diterima, pasien merasakan puas dari keberhasilan sebuah

perawatan dan tidak mengalami kerugian fisik, psikologis maupun material.

9.4. Indikator Kepuasan Pasien

Salah satu indikator keberhasilan pelayanan keperawatan adalah kepuasan pasien. Nursalam (2011) mengatakan model kepuasan yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan barang dan jasa meliputi lima dimensi penilaian sebagai berikut:

- a. Responsiveness (ketanggapan), yaitu kemampuan perawat memberikan pelayanan kepada pasien dengan cepat. Dalam pelayanan keperawatan adalah waktu menunggu pasien mulai dari mendaftar sampai mendapat pelayanan dari tenaga kesehatan (perawat).
- b. Reability (kehandalan), yaitu kemampuan perawat memberikan pelayanan kepada pasien dengan tepat. Dalam pelayanan keperawatan adalah penilaian pasien terhadap kemampuan tenaga kesehatan khususnya perawat.
- c. Assurance (jaminan), yaitu kemampuan perawat memberikan pelayanan kepada pasien sehingga dipercaya. Dalam pelayanan keperawatan adalah kejelasan dalam memberikan informasi tentang penyakit dan obatnya kepada pasien.
- d. Emphaty (empati), yaitu kemampuan perawat membina hubungan, perhatian, dan memahami kebutuhan pasien. Dalam pelayanan keperawatan adalah meningkatkan komunikasi terapeutik dalam menyapa dan berbicara, keikutsertaan pasien dalam mengambil keputusan pengobatan, dan kebebasan pasien memilih tempat berobat dan tenaga kesehatan, serta kemudahan pasien rawat inap mendapat kunjungan keluarga.

- e. Tangible (bukti langsung), yaitu ketersediaan sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pasien. Dalam pelayanan keperawatan adalah keberhasilan dalam memberikan asuhan selama pasien dirawat dan kecepatan perawat saat pasien membutuhkan.

Menurut Khoiri dan Kiki (2014) indikator kepuasan pasien terhadap suatu pelayanan keperawatan dapat dilihat dari beberapa hal yaitu: dilihat dari fasilitas fisik, perawat berpakaian rapi, harmonis, hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pasien, penuh perhatian, melayani pasien dengan ramah dan dengan menarik, memahami aspirasi pasien, berkomunikasi yang baik dan benar serta bersikap dengan penuh simpati.

9.5. Faktor Ketidakpuasan Pasien

Menurut Nursalam (2011) faktor yang mempengaruhi seseorang tidak merasakan puas terhadap suatu layanan keperawatan adalah:

- a. Pasien merasa mutu pelayanan keperawatan tidak sesuai yang diharapkan. Pasien akan cenderung menilai lebih teliti kepada setiap tindakan keperawatan, karena perawat menjadi tim medis yang paling sering ditemui oleh pasien.
- b. Pelayanan selama proses penikmatan jasa tidak dirasakan oleh pasien. Pasien merasa tidak puas terhadap mutu yang dilakukan oleh keperawatan itu sendiri.
- c. Perilaku personil yang kurang memuaskan. Pasien menganggap asuhan yang diberikan oleh perawat tidak sesuai harapan. Dilihat dari bagaimana perilaku keseharian perawat terhadap perawatan kepada pasien.

- d. Dari segi lingkungan dan kondisi fisik juga mempengaruhi pasien tidak merasakan puas. Pasien cenderung pasrah dan tidak ingin memikirkan diluar masalah internal dari pasien.
- e. Biaya yang terlalu tinggi juga sangat mempengaruhi. Pasien dari kalangan menengah ke bawah akan merasakan puas dari kriteria biaya yang terjangkau.

Ketidakpuasan pasien menurut Oroh dkk (2014) dipengaruhi oleh beberapa karakteristik dari pasien tersebut. Bagaimana seorang pasien membedakan antara pelayanan perawat satu dengan yang lainnya. Karakteristik tersebut berupa dari segi umur, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, suku bangsa, agama, dan pekerjaan dari pasien itu sendiri.

9.6. Manfaat Feedback Kepuasan Pasien

Menurut Wijono (2008) manfaat feedback dalam penilaian kepuasan pasien dapat memberikan beberapa manfaat diantaranya:

- a. Untuk mengetahui, tidak menebak atau mengira-ngira, tingkatan kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan keperawatan. Sehingga diperlukan evaluasi dalam meningkatkan kinerja keperawatan dari hasil penilaian pasien.
- b. Memonitor kepuasan sepanjang waktu, dan memberikan peluang untuk memperbaiki apabila terjadi penurunan kepuasan pasien dalam semua tindakan keperawatan.
- c. Mengidentifikasi aspek masalah dalam keperawatan dalam meningkatkan kepuasan pasien, sehingga untuk kedepannya menjadi semangat tersendiri dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

- d. Mempersempit aspek yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien dan mengetahui aspek yang tidak memuaskan, sehingga dapat dilakukan perbaikan.
- e. Meningkatkan pertanggung jawaban perawat terhadap kepuasan pasien, keluarga dan diri sendiri pada perawat. Sehingga tercapainya pelayanan mutu keperawatan yang optimal.
- f. Mengukur hasil inovasi dan perubahan yang dilakukan, apakah pasien dapat merasakan kepuasan setelah diadakan perbaikan. Perubahan dilakukan bertahap sampai tingkat kepuasan pasien menjadi baik dan tidak adanya keluhan yang didapatkan pasien.

Menurut Alamri dkk (2015) manfaat feedback kepuasan pasien adalah rumah sakit dapat menyusun program survei kepuasan pasien secara berkala sehingga dapat mengevaluasi kinerja pelayanan perawat dengan melakukan perbaikan serta meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan keperawatan dengan memaksimalkan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Rangkuman

Sebagai paradigma baru, jika diimplementasikan pada lingkungan organisasi pendidikan, tidak mungkin dilakukan sebagai kegiatan pengambilalihan seluruh kegiatannyasebagaimana dilaksanakan di lingkungan organisasi profit (bisnis), karena kedua organisasitersebut satu dengan yang lain berbeda dalam banyak aspek, terutama dari segi filsafat yangmendasarinya dan tujuan yang hendak dicapai. Dengan kata lain dunia pendidikan kini dituntut untuk mengembangkan manajemenstrategi dan operasi yang pada dasarnya banya diterapkan dalam dunia usaha, sebagai langkahantisipasi terhadap kecenderungan-kecenderungan baru guna mencapai dan mempertahankan posisi bersaingnya.

-
1. Jelaskan definisi tentang kepuasan pelanggan.?
 2. Buatlah uraian strategi untuk mencapai kepuasan pelanggan.?
 3. Jelaskan dan berikan contoh dari faktor-faktor yang menunjang kepuasan pelanggan?
 4. Sebutkan dan berikan contoh Indikator Kepuasan Pasien ?
 5. Jelaskan Faktor Ketidakpuasan Pasien ?
 6. Uraikan dan berikan contoh Manfaat *Feedback* Kepuasan Pasien ?

BAB 10

MEMBUAT RENCANA KERJA SEBAGAI ANGGOTA TIM

Deskripsi Singkat

Perencanaan merupakan fungsi dasar manajemen. Perencanaan adalah pandangan ke depan dan merupakan fungsi yang paling penting tentang suatu rencana kegiatan yang berisi tujuan apa yang harus dicapai, bagaimana cara mencapainya, tempat kegiatan tersebut dilaksanakan, bagaimana indicator/tolak ukur untuk mencapai tujuan, serta kegiatan apa yang harus dilakukan selanjutnya atau berkelanjutan.

Perencanaan dalam keperawatan merupakan upaya dalam meningkatkan profesionalisme pelayanan keperawatan sehingga mutu pelayanan keperawatan dapat dipertahankan, bahkan ditingkatkan. Dengan melihat pentingnya fungsi perencanaan, dibutuhkan perencanaan yang baik dan profesional. Perencanaan yang baik harus berdasarkan sasaran, bersifat sederhana, mempunyai standar, fleksibel, seimbang, dan menggunakan sumber-sumber yang tersedia terlebih dahulu secara efektif dan efisien.

Sub Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendeskripsikan perencanaan.
2. Menganalisis perencanaan dalam manajemen keperawatan

10.1 Pengertian Perencanaan

1. Pengertian Perencanaan (Bassie, L 2013)

Perencanaan merupakan usaha sadar dan pembuatan keputusan yang telah diperhitungkan secara matang tentang hal-hal yang akan dikerjakan di masa depan dalam dan oleh suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan adalah sejumlah keputusan yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan tertentu.

2. Perumusan Visi, Misi, Filosofi, dan Tujuan

a. Perumusan Visi

Istilah lain dari visi adalah mimpi, cita-cita. Visi merupakan dasar untuk membuat suatu perencanaan sehingga harus disusun secara singkat, jelas, dan mendasar, serta harus ada batasan waktu pencapaiannya. Visi merupakan pernyataan yang berisi tentang mengapa organisasi pelayanan keperawatan dibentuk. Contoh visi ruang perawatan “Menjadi Ruang Anak yang Mampu Menyelenggarakan Pelayanan Keperawatan Secara Profesional Tahun 2015”.

b. Perumusan Misi

Misi adalah uraian yang berisi pernyataan-pernyataan operasional guna mencapai visi yang telah ditetapkan. Contoh misi ruang perawatan: Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif

c. Perumusan Filosofi

Filosofi adalah nilai-nilai dan keyakinan yang menyangkut administrasi keperawatan dan praktik keperawatan

dalam suatu organisasi Contoh filosofi ruang perawatan: Pasien adalah manusia sebagai individu yang unik bermartabat

d. Perumusan Tujuan

Tujuan merupakan sesuatu yang ingin dicapai. Tujuan memberikan arah bagi organisasi untuk menentukan apa yang harus dilakukan, bagaimana cara mencapainya, dan bagaimana cara menilainya. Perumusan tujuan dalam organisasi pelayanan keperawatan merupakan hal yang mutlak untuk dilakukan. Untuk merumuskan suatu tujuan organisasi pelayanan keperawatan yang baik, ada beberapa persyaratan yang harus diperhatikan.

10.2 Jenis Perencanaan dalam Manajemen Keperawatan

Kegiatan perencanaan dalam manajemen keperawatan adalah membuat perencanaan jangka panjang, jangka menengah, dan jangka pendek. Perencanaan jangka pendek atau disebut juga “perencanaan operasional” adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan satu jam sampai dengan satu tahun; perencanaan jangka menengah adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan satu hingga lima tahun (Sugiharto 2012) sedangkan perencanaan jangka panjang atau sering disebut “perencanaan strategis” adalah perencanaan yang dibuat untuk kegiatan tiga sampai dengan 20 tahun.

Dalam ruang perawatan, perencanaan biasanya hanya dibuat untuk jangka pendek. Menurut Keliat, dkk (2012), rencana jangka pendek yang dapat diterapkan di ruang perawatan adalah

rencana harian, rencana bulanan, dan rencana tahunan.(Sugiharto, A. S., Keliat, B. A., & Sri 2012)

a. Rencana Harian

Rencana harian adalah rencana yang berisi kegiatan masing-masing perawat yang dibuat setiap hari sesuai perannya. Rencana harian ini dibuat oleh kepala ruang, ketua tim/perawat primer, dan perawat pelaksana.

b. Rencana Bulanan

Rencana bulanan adalah rencana yang berisi kegiatan dalam satu bulan. Rencana bulanan ini harus disinkronkan dengan rencana harian. Rencana bulanan dibuat oleh kepala ruang dan ketua tim/perawat primer.

c. Rencana Tahunan

Rencana tahunan adalah rencana yang dibuat setiap tahun sekali. Rencana tahunan disusun berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun sebelumnya. Rencana tahunan dibuat oleh kepala ruang.

1. Perencanaan SDM Keperawatan

Kegiatan perencanaan yang tidak kalah penting dalam manajemen keperawatan adalah perencanaan SDM keperawatan. Perencanaan SDM keperawatan sangat menentukan efektivitas dan efisiensi kegiatan dalam organisasi pelayanan keperawatan.

a. Pengertian

Perencanaan SDM adalah kegiatan merencanakan tenaga kerja agar sesuai dengan kebutuhan organisasi serta efektif efisien dalam membantu terwujudnya tujuan. Perencanaan SDM kesehatan adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan, dan perilaku yang

dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan.

- b. **Dasar Perencanaan SDM Keperawatan**
Dalam membuat perencanaan SDM tentu harus ada yang mendasari. Berikut adalah beberapa hal yang mendasari pembuatan perencanaan SDM keperawatan.
- c. Perencanaan tidak akan timbul dengan sendirinya, tetapi perencanaan timbul didasari oleh hasil pemikiran yang bersumber dari hasil-hasil penelitian. Perencanaan tidak boleh hanya mengandalkan asumsi. Tanpa data yang factual dan valid, perencanaan yang dibuat tidak akan dapat digunakan untuk menjawab permasalahan yang dihadapi.
- d. Perencanaan mutlak harus memiliki keberanian mengambil keputusan dengan segala resikonya. Perencanaan yang kita buat tidak hanya sekedar berupa sebuah rencana. Rencana dibuat harus ada dasarnya. Perencanaan dibuat untuk dikerjakan. Apa pun resikonya, seorang manajer keperawatan harus berani mengambil keputusan terhadap perencanaan yang dibuat dan akan dikerjakan.
- e. Orientasi suatu rencana adalah masa depan. Artinya, rencana diibaratkan suatu titik yang akan kita tuju dan kita capai. Rencana harus mempunyai arah ke depan, maju, dan realistis. Sebagai contoh: dalam lima tahun ke depan berapa jumlah SDM keperawatan yang dibutuhkan dan lain-lain.

- f. Rencana harus mempunyai makna. Artinya, janganlah membuat suatu rencana yang tidak jelas arah dan tujuannya. Janganlah hanya berpikiran “daripada tidak mempunyai rencana” karena pekerjaan yang sudah kita lakukan akan sia-sia. Dengan dukungan data dan fakta yang objektif, akan memunculkan masalah yang actual sehingga perencanaan yang dibuat akan bermakna. Jika dilaksanakan, akan mempermudah usaha yang akan dilakukan dalam pencapaian tujuan organisasi.

2. Tujuan Perencanaan SDM Keperawatan

Tujuan perencanaan SDM keperawatan adalah sebagai berikut:(Bangun 2012)

1. Menentukan kualitas dan kuantitas tenaga keperawatan.

Perencanaan yang baik akan menghasilkan suatu draf yang memunculkan kualifikasi SDM keperawatan seperti apa yang dibutuhkan. Contoh kebutuhan SDM berdasarkan tingkat pendidikan (D3 Keperawatan atau S1 Keperawatan), kebutuhan SDM berdasarkan spesialisasi (perawat anak, perawat medical bedah, perawat kegawatdaruratan, perawat maternitas, dan lain-lain). Selain itu, draf yang ada juga memuat berapa jumlah kebutuhan SDM keperawatan yang sudah ada dan berapa kekurangannya. Hal ini semua dapat dijadikan dasar untuk melakukan pengembangan tenaga keperawatan.

2. The right man on the right place and the right man on the right job (efektivitas dan efisiensi).
Penempatan SDM keperawatan sesuai minat, spesialisasi, dan kualifikasi pendidikannya akan meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan tugas-tugas keperawatan.
3. Menjamin tersedianya tenaga keperawatan masa sekarang maupun masa mendatang.
Perencanaan SDM keperawatan harus dibuat secara cermat dan teliti. Data-data penunjang harus tersedia dengan cukup, antara lain dalam hal apakah dalam waktu dekat atau beberapa tahun kemudian ruang perawatan akan dikembangkan, berapa jumlah tenaga keperawatan yang kira-kira dibutuhkan, dan berapa jumlah tenaga keperawatan yang pension tahun ini atau tahun-tahun berikutnya.
4. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas.
Perencanaan yang cermat akan menghasilkan hitung-hitungan yang matang dalam hal SDM. Dengan demikian, tidak sampai terjadi penggendutan ataupun kekurangan SDM pada spesifikasi area tertentu atau area secara keseluruhan yang menjadi penyebab tumpang tindihnya pelaksanaan tugas.
5. Mempermudah koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi (KIS).
6. Menjadi pedoman dalam menetapkan program penarikan, seleksi,

pengembangan, kompensasi,
pengintegrasian, pemeliharaan,
kedisiplinan, dan pemberhentian
karyawan.

7. Menjadi pedoman dalam melaksanakan mutasi dan pensiun tenaga keperawatan.

3. Kebutuhan Tenaga Keperawatan

Menurut Depkes (2002), kebutuhan tenaga keperawatan di rumah sakit berada di ruangan antara lain: rawat inap, gawat darurat, critical care, kamar operasi, dan rawat jalan. Penghitungan kebutuhan SDM keperawatan di masing-masing ruangan ini mempunyai rumus yang berbeda.

a. Ruang Rawat Inap

- 1) Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap berdasarkan Rumus Depkes adalah sebagai berikut.

- ❖ Berdasarkan klasifikasi pasien
- ❖ Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.

- 2) Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap berdasarkan klasifikasi pasien adalah sebagai berikut. Cara penghitungannya didasarkan atas:

- ❖ Tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus;
- ❖ Rata-rata pasien per hari;
- ❖ Jam perawatan yang diperlukan/hari/pasien;
- ❖ Jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari;

- ❖ Jam kerja efektif setiap perawat 7 jam/hari.

- b. Ruang Gawat Darurat
Dasar penghitungan kebutuhan perawat di ruang gawat darurat adalah sebagai berikut.
 - 1) Rata rata jumlah pasien per hari
 - 2) Jumlah jam perawatan per hari
 - 3) Jam efektif perawat per hari.

Contoh kasus.

Rounded Rectangle: = 10,7 dibulatkan menjadi 11 orang

Rata rata jumlah pasien per hari adalah 25 orang, jumlah jam perawatan per orang per hari adalah 3 jam, dan jam efektif per hari adalah 7 jam. Maka, kebutuhan tenaga keperawatan di ruang gawat darurat adalah:

Rounded Rectangle: = 3

Penghitungan loss day seperti rumus sebelumnya di peroleh hasil sebagai berikut

Jumlah yang di peroleh di tambah dengan loss day :

Jadi, jumlah perawat yang di butuhkan di gawat darurat adalah :

$11 + 3 = 14$ orang.

Penghitungan kebutuhan perawat di ruang intensif hampir sama dengan di ruang gawat darurat, namun pembedanya adalah jumlah jam perawatan di ruang intensif lebih besar.

- c. Kamar Operasi
Dasar penghitungan tenaga perawat di kamar operasi menurut Depkes (2002) adalah sebagai berikut :

- 1) Jumlah dan jenis operasi
- 2) Jumlah kamar operasi
- 3) Pemakaian kamar operasi (di perkirakan 6 jam perhari) pada hari kerja
- 4) Tugas perawat di kamar operasi, instrumentator, perawat sirkulasi (2 orang/tim)
- 5) Ketergantungan pasien.
 - ❖ Operasi ringan = 1 jam/operasi
 - ❖ Operasi sedang = 2 jam/operasi
 - ❖ Operasi besar = 5 jam/operasi

Rumus yang dipergunakan adalah :

Rounded Rectangle:

Contoh kasus :

RS "KAKAK" terdapat 25 operasi / hari dengan rincian sebagai berikut.

- ❖ Operasi ringan : 8 orang
- ❖ Operasi sedang : 10 orang
- ❖ Operasi besar : 7 orang

Jumlah kebutuhan perawat di kamar operasi RS "KAKAK" adalah

Rounded Rectangle: = 18 + 1 perawat cadangan inti

Jadi jumlah kebutuhan perawat di kamar operasi adalah 19 orang.

d. Rawat Jalan

Menurut Depkes (2002), penghitungan kebutuhan tenaga perawat di rawat jalan adalah menggunakan rumus sebagai berikut :

Contoh kasus :

- ❖ rata jumlah pasien per hari adalah 100
- ❖ Jumlah jam perawat per pasien/hari adalah 15 menit.

Jadi, kebutuhan tenaga perawat di rawat jalan adalah sebagai berikut.

Rounded Rectangle: = 3,6 dibulatkan menjadi 4

Hasil yang di peroleh tersebut di tambah dengan faktor koreksi sebesar 15% dari hasil penghitungan. Dengan demikian, jumlah perawat yang di butuhkan di rawat jalan adalah $4 + (15\% \times 4) = 5$ orang.

Penghitungan dengan rumus - rumus di atas mempunyai kelebihan dan kekurangan. Rumus di atas tidak seluruhnya sesuai dengan situasi dan kondisi rumah sakit yang ada di tempat kita. Hasil penghitungan yang di peroleh sangat bervariasi. Hal ini karena hasil penghitungan tersebut dapat di pengaruhi oleh banyak hal, salah satunya adalah produktivitas. Semakin tinggi produktivitas tenaga keperawatan, sebaiknya menggunakan rumus yang menghasilkan nilai terkecil.

Untuk itu, guna menghasilkan data dan hasil yang lebih akurat, manajer keperawatan harus melakukan penghitungan yang lebih teliti terkait dengan klasifikasi pasien dan jumlah jam perawatan. Pengklasifikasian yang ceroboh dan penghitungan jumlah jam keperawatan yang tidak akurat akan menghasilkan nilai yang tidak dapat menjawab persoalan kebutuhan tenaga keperawatan

Kasus:

Anda adalah seorang kepala ruang rawat bedah laki-laki dengan 34 TT dan BOR 85%. Staf anda terdiri dari 15 perawat, 4 POS, 1 tenaga administrasi, & 3 cleaning service. Hasil survey direktur keperawatan saudara menunjukkan adanya ketidakpuasan dari pelanggan saudara (75% pelanggan eksternal & 68% pelanggan internal). Bagaimana proses perencanaan saudara menanggapi permasalahan diatas?

Pembahasan : Proses Perencanaan

Hierarki perencanaan, meliputi: Rumah Sakit Ojo Radiat

a. Visi

Terwujudnya Rumah Sakit Ojo Radiat sebagai rujukan utama daerah di Jawa Barat yang unggul, mandiri dan berkualitas dalam pelayanan bedah secara holistik tahun 2020.

b. Misi

- 1) Mewujudkan pelayanan kesehatan profesional, bermutu dan bersahabat untuk mewujudkan kepuasan pelanggan.
- 2) Mengembangkan jiwa (sikap mental) wirausaha dalam menyelenggarakan pelayanan mandiri yang bertumpu pada pemberdayaan seluruh potensi rumah sakit dan penggolongan kemitraan seluas-luasnya.
- 3) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan bedah dalam kedudukannya sebagai pusat rujukan daerah, pendidikan dan

pengembangan keilmuan di bidang kesehatan bedah.

- 4) Menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan yang bermutu.

Hierarki perencanaan ruang rawat Arjuna, meliputi:

- 1) Visi

Terwujudnya ruang rawat bedah laki-laki berkualitas tinggi yang memberikan perawatan secara holistik tahun 2020.

- 2) Misi

- a) Memberikan pelayanan perawatan bedah laki-laki yang profesional, bermutu dan bersahabat untuk mewujudkan kepuasan pelanggan.
- b) Memberikan perawatan bedah laki-laki dalam kedudukannya sebagai pusat rujukan daerah.
- c) Memberikan pelatihan-pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk meningkatkan kualitas perawatan bedah.
- d) Mendorong dan memfasilitasi tenaga kesehatan untuk mengadakan penelitian perawatan bedah di ruang rawat bedah laki-laki.

- 3) Filosofi

Profesional dalam melayani

- 4) Tujuan

- a) Tujuan jangka panjang

Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal secara holistik dan berbasis evidence based practice.

b) Tujuan jangka pendek

- ❖ Mengoptimalkan proses penyembuhan klien dengan memberikan asuhan keperawatan yang holistik di ruang rawat bedah laki-laki
- ❖ Mencegah terjadinya infeksi nosokomial di ruang rawat bedah laki-laki
- ❖ Memandirikan klien dan keluarga pasca operasi dan rehabilitasi
- ❖ Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan secara kontinu.
- ❖ Meningkatkan pelayanan kesehatan yang berbasis evidence based practice

e. Kebijakan

- 1) Gaya kepemimpinan kepala ruangan bersifat situasional.
- 2) Kepala ruangan melakukan sistem reward dan punishment kepada staf.
- 3) Kepala ruangan melibatkan stafnya dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan.
- 4) Kepala ruangan mengupayakan kebijakan pelatihan klinik tenaga kesehatan.
- 5) Merekomendasikan tenaga kesehatan yang kinerjanya baik kepada pihak rumah sakit untuk diikutsertakan dalam program beasiswa.
- 6) Kepala ruangan selalu mengevaluasi kinerja stafnya setiap satu bulan sekali.
- 7) Mengoptimalkan sistem pendokumentasian keperawatan.

- 8) Memiliki standar operasional prosedur. Pasien yang keluar dari ruang UGD akan diantar ke ruang rawat. Di ruang rawat, bagian administrasi akan menerima informasi penerimaan pasien baru tersebut dengan rincian:
- a. informasi kelas yang akan dipilih
 - b. informasi pola tariff
 - c. informasi persyaratan
 - d. tanda tangan perjanjian
 - e. pengecekan kembali status klien dan memasukkan ke buku register baru.

Setelah itu, kepala ruangan memeriksa atau melengkapi informasi atau status klien dengan memperhatikan surat pengantar rawat pasien dari poli UGD, memperhatikan instruksi yang tertera dari perawatan di UGD dan melakukan pengecekan ulang mengenai kelengkapan data pasien. Di lain pihak, perawat menyiapkan tempat tidur yang siap pakai, lengkap dengan set KDM. Setelah melengkapi proses administrasi, perawat menerima pasien dengan 5SP (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, Santun, Profesional), kemudian memindahkan pasien ke tempat tidur yang telah disiapkan, mengatur kenyamanan pasien, memberikan info mengenai fasilitas yang terdapat di ruangan, lalu memulai proses keperawatan.

f. Tahap/Langkah Perencanaan

1. Pengumpulan data

- ❖ Rumah sakit dan ruang rawat telah memiliki visi & misi yang jelas

- ❖ Rumah sakit dan ruang rawat telah memiliki SOP yang jelas
- ❖ Rumah sakit mengadakan pelatihan seminar medikal bedah untuk tenaga kesehatan
- ❖ Kapasitas TT di ruang rawat bedah laki-laki adalah 34 buah
- ❖ Bed Occupied Rate (BOR) di ruang rawat bedah laki-laki adalah 85 % ($34 \times 85 \% = 29$ TT yang terpakai). Hal ini dikarenakan sesuai standar idealnya BOR adalah 60-85%.
- ❖ Perawat bersertifikasi bedah 3 orang dari 15 orang (20 %)
- ❖ Jumlah perawat yang berusia 31-40 tahun adalah 6 orang (37,5 %) dan berpengalaman.
- ❖ Terdapat 5 kamar untuk kelas tiga, dengan masing-masing kamar terdiri dari 4 TT non AC
- ❖ Terdapat 2 kamar untuk kelas dua, dengan masing-masing kamar terdiri dari 4 TT AC
- ❖ Terdapat 2 kamar untuk kelas satu, dengan masing-masing kamar terdiri dari 2 TT AC
- ❖ Terdapat 2 kamar isolasi, dengan masing-masing kamar terdiri dari 1 TT
- ❖ Kondisi bangunan ruangan kokoh
- ❖ Peralatan yang ada di ruangan bedah lengkap
- ❖ Hasil survey direktur keperawatan adanya ketidakpuasan dari pelanggan eksternal sebesar 75%.

- ❖ Dalam satu tahun terakhir terdapat 4 kasus malpraktik yang dikeluhkan oleh keluarga pasien.
- ❖ Pada kotak kritik dan saran terdapat banyak komentar mengenai perawat yang tidak ramah.
- ❖ Length of Stay (LOS) di ruang rawat bedah laki-laki adalah 10-12 hari, dengan ALOS adalah 11 hari. Hal ini tidak sesuai dengan standar ideal LOS yakni 6-9 hari.
- ❖ Rasio perawat masih kurang jika dibandingkan dengan jumlah tempat tidur/ jumlah klien.
- ❖ Terdapat 80% perawat yang belum memiliki sertifikasi bedah.
- ❖ Dokumentasi asuhan keperawatan masih kurang baik.
- ❖ Hasil survey direktur keperawatan adanya ketidakpuasan dari pelanggan internal sebesar 68%.
- ❖ Hasil survey kepala ruangan menunjukkan bahwa 67% perawat dan staf lainnya tidak mengetahui dengan jelas visi misi ruang rawat dan RS.
- ❖ Hanya terdapat satu publikasi visi misi ruang rawat yang terpajang di figura kecil yang tidak menarik untuk dibaca di ruang rawat tersebut.
- ❖ Tidak terdapat visi dan misi RS yang terpajang di ruang rawat tersebut.

- ❖ Perawat banyak mengeluhkan sulit untuk mendapat fasilitas untuk melanjutkan pendidikannya.
- ❖ Jumlah S1 keperawatan hanya 2 orang, sementara yang lainnya adalah lulusan D3 dan masih ada yang SPK.
- ❖ Terdapat 80% perawat yang belum mendapat sertifikasi bedah, padahal mereka bekerja di ruang rawat bedah.
- ❖ Perawat mengaku masih bingung dan belum tahu jelas mengenai SOP asuhan keperawatan bedah.
- ❖ Tidak adanya SOP tertulis di ruang rawat tersebut.
- ❖ Beban kerja perawat cukup berat dan melelahkan karena tidak sesuai dengan proporsi
- ❖ Sebagai RS tipe B, seharusnya rasio perawat: TT yaitu 1:1, sehingga dengan 34 TT seharusnya tersedia 34 perawat.
- ❖ Rumah sakit menjalin link atau hubungan kerjasama dengan organisasi PPNI
- ❖ Adanya PPNI komisariat RS yang menaungi profesi keperawatan
- ❖ Satu orang perawat pendidikan D3 keperawatan sedang melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan masih tetap bekerja
- ❖ Berdasarkan usia tenaga keperawatan antara lain,
 - ✓ Usia 20-25 tahun : 4 orang (25 %)

✓ Usia 26-30 tahun : 6 orang
(37,5 %)

- ❖ Hal ini dikarenakan ada peluang untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.
- ❖ RS kurang mensosialisasikan SOP keperawatan dengan baik.
- ❖ Realisasi program beasiswa dari RS kurang dirasakan oleh perawat.
- ❖ Buku Pedoman Pasien baru belum sempurna (catatan perkembangan, petugas yang merawat, persiapan pasien pulang dan orientasi penerimaan pasien baru belum dilaksanakan sesuai pedoman).
- ❖ Belum ada rencana dari RS untuk menambah jumlah perawat.
- ❖ Kurangnya pelatihan dan workshop untuk perawat.
- ❖ Di sekitar rumah sakit terdapat rumah sakit swasta lainnya yang memiliki fasilitas lengkap.
- ❖ Banyak klien yang mengeluhkan kepada kepala ruangan bahwa perawat kurang memberikan pendidikan kesehatan pada klien sehingga klien tidak mendapatkan informasi yang jelas.
- ❖ Banyak keluarga klien yang mengatakan kepada kepala ruang rawat bahwa perawat kurang ramah dan jarang tersenyum.

2. Analisis lingkungan à Analisa SWOT

Strength :

- ❖ Rumah sakit dan ruang rawat telah memiliki visi & misi yang jelas
- ❖ Rumah sakit dan ruang rawat telah memiliki SOP yang jelas
- ❖ Rumah sakit mengadakan pelatihan seminar medikal bedah untuk tenaga kesehatan
- ❖ Kapasitas TT di ruang rawat bedah laki-laki adalah 34 buah
- ❖ Bed Occupied Rate (BOR) di ruang rawat bedah laki-laki adalah 85 % ($34 \times 85 \% = 29$ TT yang terpakai). Hal ini dikarenakan sesuai standar idealnya BOR adalah 60-85%.
- ❖ Perawat bersertifikasi bedah 3 orang dari 15 orang (20 %)
- ❖ Jumlah perawat yang berusia 31-40 tahun adalah 6 orang (37,5 %) dan berpengalaman.
- ❖ Ruangan:
 - ✓ Terdapat 5 kamar untuk kelas tiga, dengan masing-masing kamar terdiri dari 4 TT non AC
 - ✓ Terdapat 2 kamar untuk kelas dua, dengan masing-masing kamar terdiri dari 4 TT AC
 - ✓ Terdapat 2 kamar untuk kelas satu, dengan masing-masing kamar terdiri dari 2 TT AC
 - ✓ Terdapat 2 kamar isolasi, dengan masing-masing kamar terdiri dari 1 TT

- ✓ Kondisi bangunan ruangan kokoh
- ✓ Peralatan yang ada di ruangan bedah lengkap

Weakness:

- ❖ Hasil survey direktur keperawatan adanya ketidakpuasan dari pelanggan eksternal sebesar 75%.
- ❖ Dalam satu tahun terakhir terdapat 4 kasus malpraktik yang dikeluhkan oleh keluarga pasien.
- ❖ Pada kotak kritik dan saran terdapat banyak komentar mengenai perawat yang tidak ramah.
- ❖ Length of Stay (LOS) di ruang rawat bedah laki-laki adalah 10-12 hari, dengan ALOS adalah 11 hari. Hal ini tidak sesuai dengan standar ideal LOS yakni 6-9 hari.
- ❖ Rasio perawat masih kurang jika dibandingkan dengan jumlah tempat tidur/ jumlah klien.
- ❖ Terdapat 80% perawat yang belum memiliki sertifikasi bedah.
- ❖ Dokumentasi asuhan keperawatan masih kurang baik.
- ❖ Hasil survey direktur keperawatan adanya ketidakpuasan dari pelanggan internal sebesar 68%.
- ❖ Hasil survey kepala ruangan menunjukkan bahwa 67% perawat dan staf lainnya tidak mengetahui dengan jelas visi misi ruang rawat dan RS.

- ❖ Hanya terdapat satu publikasi visi misi ruang rawat yang terpajang di figura kecil yang tidak menarik untuk dibaca di ruang rawat tersebut.
- ❖ Tidak terdapat visi dan misi RS yang terpajang di ruang rawat tersebut.
- ❖ Perawat banyak mengeluhkan sulit untuk mendapat fasilitas untuk melanjutkan pendidikannya.
- ❖ Jumlah S1 keperawatan hanya 2 orang, sementara yang lainnya adalah lulusan D3 dan masih ada yang SPK.
- ❖ Terdapat 80% perawat yang belum mendapat sertifikasi bedah, padahal mereka bekerja di ruang rawat bedah.
- ❖ Perawat mengaku masih bingung dan belum tahu jelas mengenai SOP asuhan keperawatan bedah.
- ❖ Tidak adanya SOP tertulis di ruang rawat tersebut.
- ❖ Beban kerja perawat cukup berat dan melelahkan karena tidak sesuai dengan proporsi
- ❖ Sebagai RS tipe B, seharusnya rasio perawat: TT yaitu 1:1, sehingga dengan 34 TT seharusnya tersedia 34 perawat.

Opportunity:

- ❖ Rumah sakit menjalin link atau hubungan kerjasama dengan organisasi PPNI

- ❖ Adanya PPNI komisariat RS yang menaungi profesi keperawatan
- ❖ Satu orang perawat pendidikan D3 keperawatan sedang melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan masih tetap bekerja
- ❖ Berdasarkan usia tenaga keperawatan antara lain,
 - ✓ Usia 20-25 tahun : 4 orang (25 %)
 - ✓ Usia 26-30 tahun : 6 orang (37,5 %)
- ❖ Hal ini dikarenakan ada peluang untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

Threat:

- ❖ RS kurang mensosialisasikan SOP keperawatan dengan baik.
- ❖ Realisasi program beasiswa dari RS kurang dirasakan oleh perawat.
- ❖ Buku Pedoman Pasien baru belum sempurna (catatan perkembangan, petugas yang merawat, persiapan pasien pulang dan orientasi penerimaan pasien baru belum dilaksanakan sesuai pedoman).
- ❖ Belum ada rencana dari RS untuk menambah jumlah perawat.
- ❖ Kurangnya pelatihan dan workshop untuk perawat.
- ❖ Di sekitar rumah sakit terdapat rumah sakit swasta lainnya yang memiliki fasilitas lengkap.

- ❖ Banyak klien yang mengeluhkan kepada kepala ruangan bahwa perawat kurang memberikan pendidikan kesehatan pada klien sehingga klien tidak mendapatkan informasi yang jelas.
- ❖ Banyak keluarga klien yang mengatakan kepada kepala ruang rawat bahwa perawat kurang ramah dan jarang tersenyum.

Rangkuman

Perencanaan adalah sejumlah keputusan yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Perencanaan dalam manajemen keperawatan memiliki perumusan visi, misi, filosofi dan tujuan. Jenis perencanaan dalam manajemen keperawatan terdapat 3 jenis, antara lain rencana harian, bulanan dan tahunan. Didalam perencanaan manajemen keperawatan juga terdapat perencanaan SDM keperawatan. Tujuan dari perencanaan SDM keperawatan antara lain: Menentukan kualitas dan kuantitas tenaga keperawatan, *The right man on the right place and the right man on the right job* (efektivitas dan efisiensi), Menjamin tersedianya tenaga keperawatan masa sekarang maupun masa mendatang.

Latihan

1. Jelaskan definisi dari perencanaan?
2. Jelaskan dan berikan contoh tentang perencanaan dalam manajemen keperawatan?

Daftar Pustaka

- Abdul, Muhith. 2014. "Pengembangan Model Mutu Asuhan Keperawatan." In Yogyakarta: Threepreneur.
- Ahmad, Nur Rofi. 2012. "Pengaruh Disiplin Kerja Dan Pengalaman Kerja Terhadap Prestasi Kerja Karyawan Pada Departemen Produksi Pt. Leo Agung Raya Semarang." *Jurnal Ilmu Manajemen dan Akuntansi Terapan* 3.
- Arwildayanto. 2012. "Manajemen Sumber Daya Manusia Perguruan Tinggi: Pendekatan Budaya Kerja Dosen Profesional." *Panduan Praktis Manajer Pendidikan Tinggi Berbasis Riset*: 1–116.
- Bangun, Wilson. 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Erlangga.
- Bassie, L, Marquis. 2013. *Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan: Teori Dan Aplikasi*. 4th ed. Jakarta: EGC.
- Chaboyer, Wendy, Anne McMurray, and Marianne Wallis. 2010. "Bedside Nursing Handover: A Case Study." *International Journal of Nursing Practice* 16(1): 27–34.
- Christina, Purnama, Agustin Indracahyani, and Aat Yatnikasaria. 2019. "Analisis Ketidaksinambungan Dokumentasi Perencanaan Asuhan Keperawatan: Metode Ishikawa." XII(li).
- Christina, Sitorus. 2012. "PENGKAJIAN KLASIFIKASI DATA DALAM PROSES KEPERAWATAN Latar Belakang Tujuan Metode Hasil."

- Efendi, Nursalam & Ferry. 2007. *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salmba Medika.
- . *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salmba Medika.
- Famella, Sri Wahyu Lelly Hana Setyanti, Ana Mufidah. 2015. "The Effect of Work Skill, Work Experiences And Attitude Work of Performance of Employees At Tobacco Companies Gagak Hitam Bondowoso Regency." *Jurusan Manajemen, Fakultas Ekonomi, Universitas Jember*.
<http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/70488>.
- Hendro Bidjuni, Sefty Rompas. 2017. "PENGARUH MANAJEMEN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL TIM TERHADAP KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN DI BANGSAL PRIA RSUD DATOE BINANGKANG KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW." *jurnal keperawatan* 5(2).
- Hidayah, Nur. 2014. "Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional (Makp) Tim Dalam Peningkatan Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit." *Jurnal Kesehatan* VII(2).
- Hufon, Agus. 2008. "Analisa Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Puskesmas Penumpang Kota Surakarta. Berita Ilmu Keperawatan." *ISSN Vol.1: 1979–2697*.
- Joyce, Pauline. 2012. "Management and Education in Nursing: Common Goals and Interests." *Journal of Nursing Management* 20(1): 4–6.
- Lestari, Diah Dwi. 2014. "PENGARUH MANAJEMEN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN."
- Lobo, Yulita Elisabeth Herwanti. 2019. "HUBUNGAN PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP) DENGAN KINERJA PERAWAT DI RUANG KELIMUTU, RUANG KOMODO, DAN RUANG ANGGREK RSUD PROF.

- Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG.” *Chmk nursing scientific journal* 3(September): 126–33.
- Mito, Julianto. 2014. “Peran Dan Fungsi Manajemen Keperawatan Dalam Manajemen Konflik Mito Julianto.” *fatmawati Hospital Journal*.
- Mursidah, Dewi. 2012. “Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di RSUD Raden.” *Jurnal Health & Sport*, 5.
- Novak, Kathleen, and Roseanne Fairchild. 2012. “Bedside Reporting and SBAR: Improving Patient Communication and Satisfaction.” *Journal of Pediatric Nursing* 27(6): 760–62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.09.001>.
- Novianti, Evin. 2014. “MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN POTENSIAL PEMBENTUKAN IDENTITAS DIRI REMAJA DENGAN PENDEKATAN MODEL HEALTH PROMOTION DI KELURAHAN KATULAMPA BOGOR TIMUR.” 1.
- Nursalam. 2008. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- . 2013. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. 3rd ed. Jakarta: Salemba Medika.
- . 2014. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. 4th ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Pardede, Merly Kasih Jayanti, Arifah Devi Fitriani (2). 2020. “Aalisis Implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSU. Mitra Sejati Medan Analysis.” *The Indonesian Journal of Health Promotion* 3(1).
- Permatasari, Dwi. 2014. “EFEKTIFITAS POST CONFERENCE TERHADAP OPERAN SIF DI RUANG RAWAT INAP RSUD UNGARAN.”

- Ppni, Pengurus Pusat. 2005. "STANDAR KOMPETENSI Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)." (15): 1–65.
- Pratiwi, Arum, and Wulan Utami. 2010. "Pembinaan Dan Pendampingan Pimpinanan Keperawatan Dalam Melaksanakan Peran Dan Fungsi Manajemen Pada Kepala Ruang Di Rs Pku Muhammadiyah Surakarta." (1): 37–47.
- Randmaa, Maria, Gunilla Mårtensson, Christine Leo Swenne, and Maria Engström. 2014. "SBAR Improves Communication and Safety Climate and Decreases Incident Reports Due to Communication Errors in an Anaesthetic Clinic: A Prospective Intervention Study." *BMJ open* 4(1): e004268. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84892875420&partnerID=tZOtx3y1>.
- Robiah, Siti. 2015. "Efektifitas Pelatihan SBAR Terhadap Kualitas Timbang Terima Saat Transfer Pasien Antar Ruang Di RSISA Semarang." Diponegoro.
- Rubbiana, Nurul Ismi. 2015. *Analisis Beban Kerja Dan Kebutuhan Tenaga Perawat Pelaksana Dengan Metode Workload Indicator Staff Need (WISN) Di Instalasi Rawat Inap Tulip RSUD Kota Bekasi Tahun 2015*.
- Sitorus, R. 2006. *Model Praktik Keperawatan Profesional Di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Suarli, S., & Bahtiar, Y. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga.
- Suarli, S. & Bahtiar. 2009. *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktik*. Jakarta: Erlangga.
- Sugiharto, A. S., Keliat, B. A., & Sri, T. 2012. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi MPKP Di Rumah Saki*. Jakarta: EGC. Jakarta: EGC.
- Sugiharto, Ahmad Sigit. 2012. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi MPKP Di Rumah Sakit*.
- Whittingham, Katrina a., and Linda E. Oldroyd. 2014. "Using an SBAR - Keeping It Real! Demonstrating

- How Improving Safe Care Delivery Has Been Incorporated into a Top-up Degree Programme.” *Nurse Education Today* 34(6): e47–52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.11.001>.
- Wiwit Febrina, Yenni & Stevani Ramadhani. 2018. “Pengetahuan Perawat Terhadap Pelaksanaan Timbang Terima Pasien Sesuai SOP Wiwit.” *REAL in Nursing Journal (RNJ)* 1(2).
- Yanti, Retyaningsih Ida, and Bambang Edi Warsito. “HUBUNGAN KARAKTERISTIK PERAWAT, MOTIVASI, DAN SUPERVISI DENGAN KUALITAS DOKUMENTASI PROSES ASUHAN KEPERAWATAN Retyaningsih Ida Yanti*, Bambang Edi Warsito ** *).” : 107–14.

Glosarium

Audit merupakan penilaian/evaluasi dari pekerjaan yang telah dilakukan dengan menggunakan instrumen yang telah ditetapkan

Average Length of Stay (ALOS) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien

Bed occupancy rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu

Komunikasi merupakan unsur penting dalam menggerakkan atau mengarahkan bawahan

Koordinasi, adalah suatu kegiatan melakukan komunikasi dan hubungan dengan pihak yang terlibat dalam melancarkan kegiatan agar terjadi nada atau irama yang sama sehingga terjadi keselarasan tindakan, usaha, sikap dan penyesuaian antar tenaga yang ada di tempat kerja

Pendelegasian adalah penyerahan tanggung jawab kinerja atas suatu tugas dari satu individu kepada individu lain sedangkan pertanggung jawaban tetap tergantung hasilnya

Pengambilan keputusan adalah suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan di antara beberapa alternatif yang tersedia yang dilakukan oleh seorang pembuat keputusan.

Pengorganisasian adalah pengelompokan sejumlah aktivitas untuk mencapai tujuan yang diharapkan

Perencanaan adalah fungsi dasar dan pertama dalam manajemen (*the first function of management*).

Perubahan (Change) adalah proses penggantian dari suatu hal dengan yang lainnya yang berbeda dari sebelumnya

Supervisi adalah kegiatan yang terencana seorang manajer yang dilakukan dalam bentuk bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari

Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat diisi ke saat terisi berikutnya

Tentang Penulis

Hani Tuasikal, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Lahir di Pulauw Kabupaten Maluku Tengah pada tanggal 18 Agustus 1992. Penulis Memulai Pendidikan sarjana pada tahun 2009 kemudian tahun 2013 melanjutkan pendidikan profesinya di Universitas Diponegoro. Pada Tahun 2015 melanjutkan sekolah magister keperawatan (M.Kep) fakultas kedokteran Jurusan Ilmu Keperawatan Universitas

diponegoro di Semarang dan Saat ini mengabdikan diri sebagai dosen di Akademi keperawatan RUMKIT Tk III, dr. J. A. Latumeten Ambon dari tahun 2014- Sekarang. Selama menjadi dosen sudah melakukan beberapa penelitian diantaranya *Systematic Review Efektifitas Metode Handover Dalam Meningkatkan Komunikasi Perawat*, *The Correlation Between Self Care Diabetes on Foot Ulcer Risk in Diabetes Mellitus Clients*, dan *Lecturers' Understanding on Indexing Databases of SINTA, DOAJ, Google Scholar, SCOPUS, and Web of Science: A Study of Indonesians*. Pada Tahun 2019 Membuat Buku Ajar dengan Judul *Keperawatan Komunitas*.

Selpina Embuai, S.Kep.,Ns.,M.Kep,

lahir di Ambon pada tanggal
29 September 1989.

Memulai pendidikan
keperawatannya di
Akademi Keperawatan
Kesdam XVI Pattimura
Ambon (sekarang
Akper Rumkit Tk III
Dr. J. A. Latumeten
Ambon) dan lulus pada
tahun 2010. Kemudian di
tahun 2011, penulis

melanjutkan studinya dan
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan pada tahun
2013 dan Profesi Ners pada tahun 2014 di Program
Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran,
Universitas Hasanuddin Makassar. Pada tahun 2015,
penulis berkesempatan untuk melanjutkan studi S2
Keperawatan minat keperawatan medikal bedah di
Universitas Airlangga Surabaya dan lulus pada tahun
2017. Penulis aktif sebagai Dosen pengajar di Fakultas
Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas
Kristen Indonesia Maluku (UKIM). Selain sebagai
pengajar, penulis juga aktif dalam melakukan
penelitian yang berfokus pada keperawatan medikal
bedah khususnya Sistem Endokrin (Diabetes Melitus),
Keperawatan Anak dan Keperawatan Gerontik.

Moomina Siauta, S. Kep.,Ns.,M. Kep,

Lahir di Ambon, 09 September 1990, Riwayat Pendidikan : SD Negeri 62 Ambon, SMP Negeri 14 Ambon, SMA Negeri 11 Ambon, S-1 dan Profesi Ners STIKES Maharani Malang (2012) dan S-2 Universitas Airlangga Surabaya Fakultas Ilmu Keperawatan Spesialis Medikal Bedah (2017).

Riwayat pekerjaan : dosen pada institusi Akper Rumkit TK III Dr. J. A. Latumeten Ambon (2013 s.d 2019), dan Dosen pada UKIM (2019 s.d sekarang)

Riwayat organisasi : anggota PPNI Kota Ambon, dan Anggota pengurus Ikatan Dosen RI (IDRI) Provinsi Maluku dan Anggota Forum Dosen Indonesia (FDI) Provinsi Maluku. Penulis aktif dalam melakukan penelitian serta Publikasi Jurnal Keperawatan Nasional dan Internasional khususnya dibidang Keperawatan Medical Bedah. Dan aktif menulis buku dengan konsep Hipertensi serta aplikasi Intervensi Mandiri keperawatan. Saat ini penulis berdomisili di Kota Ambon Provinsi Maluku.