

MANAJEMEN KEPERAWATAN (*NURSING MANAGEMENT*)

Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns., M.Kep

Andi Nur Indah Sari, S.Kep.Ns, M.Kep

Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep.Ns., M.Kep

Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Diah Fitri Purwaningsih,S.Kep.Ns., M.Kep

Suratmi, S.Kep.,Ns., M.Kep

Ns.Tatiana Siregar, S.Kep., MM., M.Kep

Nuraliah, S.Kep.Ns., M.Kep

Ns. Diah Ratnawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom

Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep



MANAJEMEN KEPERAWATAN (NURSING MANAGEMENT)

© viii+179; 16x24 cm

September 2021

Penulis : Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns., M.Kep
Andi Nur Indah Sari, S.Kep.Ns, M.Kep
Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep.Ns., M.Kep
Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Diah Fitri Purwaningsih,S.Kep.Ns., M.Kep
Suratmi, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns.Tatiana Siregar, S.Kep., MM., M.Kep
Nuraliah, S.Kep.Ns., M.Kep
Ns. Diah Ratnawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom
Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep

Editor : Risnawati

Layout &

Desain Cover : Duta Creative

Duta Media Publishing

Jl. Masjid Nurul Falah Lekoh Barat Bangkes Kadur Pamekasan, Call/WA:
082 333 061 120, E-mail: redaksi.dutamedia@gmail.com

All Rights Reserved.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk
apa pun tanpa ijin tertulis dari penerbit

ISBN: 978-623-5562-04-9

IKAPI: 180/JTI/2017

**Undang-Undang Republik Indonesia
Nomor 19 tahun 2002
Tentang Hak Cipta**

Lingkup Hak Cipta

Pasal 2

1. Hak Cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak Ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ketentuan Pidana

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Kata Pengantar

Puji Syukur Penulis Panjatkan Kehadirat Allah SWT Tuhan yang Maha Esa Yang Telah Memberikan Rahmat Serta Karunia-Nya Kepada Penulis Sehingga Penulis Berhasil Menyelesaikan Buku Yang berjudul MANAJEMEN KEPERAWATAN (*NURSING MANAGEMENT*)

Penulisan Buku ini dilakukan Secara Berkolaborasi Yang Ditulis Selama sebulan Lebih Sejak Juli sampai September 2021. Sebagai Perwujudan Tri Dharma Perguruan Tinggi beberapa dosen dari Berbagai Institusi dengan Latar Belakang Keilmuan Keperawatan. Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan keperawatan merupakan suatu fenomena yang harus direspons oleh perawat. Respons tersebut antara lain dengan memperbanyak pengetahuan mengenai konsep pengelolaan keperawatan dan langkah konkret pelaksanaannya secara kondusif. Manajemen Keperawatan sendiri menjelaskan berbagai aspek manajemen yang diterapkan di bidang keperawatan sebagai upaya untuk membentuk atau mencetak para manajer perawat yang handal dan profesional. Besar Harapan penulis semoga Buku ini dapat membantu para akademisi dan praktisi keperawatan mewujudkan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan Buku pegangan bagi Mahasiswa Keperawatan

Buku Ini Membahas Tentang:

1. KONSEP DASAR MANAJEMEN
2. KONSEP MANAJEMEN KEPERAWATAN
3. KONSEP KEPEMIMPINAN DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN
4. MODEL PENGELOLAAN PADA PASIEN (MODEL TIM, FUNGSIONAL, PRIMER DAN KASUS)
5. KONSEP MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)
6. KONSEP TIMBANG TERIMA PASIEN DAN PENGELOLAAN

OBAT

7. KONSEP RONDE KEPERAWATAN, PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN DAN PENYUSUNAN PROPOSAL
8. KONSEP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DAN KOMITE KEPERAWATAN DALAM PENGAWASAN MUTU LAYANAN
9. KONSEP POA (*PLAN OF ACTION*) DAN *EVIDENCE BASED PRACTICE*)
10. INDICATOR PELAYANAN KESEHATAN YANG BERKAITAN DENGAN PEMANFAATAN DAN EFISIENSI TEMPAT TIDUR RAWAT INAP : BOR, ALOS

Akhir kata, Penulis Ucapkan Terima Kasih Kepada Semua Pihak Yang Telah Berperan Serta Dalam Penyusunan Buku Ini Dari Awal sampai akhir. Semoga Allah Swt Senantiasa Meridhai Segala Usaha Kita. Amin.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1	
KONSEP DASAR MANAJEMEN	1
(Chely Veronica Mauruh, S.Kep.,Ns.,M.Kep)	
A. Pengertian Manajemen.....	1
B. Perkembangan Teori Manajemen	2
C. Fungsi Manajemen.....	4
D. Unsur Manajemen	7
E. Hubungan Fungsi dan Unsur Manajemen	10
BAB 2	
KONSEP MANAJEMEN KEPERAWATAN	13
(Andi Nur Indah Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep)	
A. Pengertian.....	13
B. Prinsip-Prinsip Umum Manajemen Keperawatan.....	14
BAB 3	
KONSEP KEPEMIMPINAN DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN	24
(Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep.Ns.,M.Kep)	
A. Konsep Kepemimpinan	24
B. Pengambilan Keputusan dalam Manajemen Keperawatan.....	32
BAB 4	
MODEL PENGELOLAAN PADA PASIEN (MODEL TIM, FUNGSIONAL, PRIMER DAN KASUS)	39
(Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns.,M.Kep)	
A. Model Pengelolaan pada Pasien	39
B. Kesimpulan.....	50

BAB 5

KONSEP MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) 52

(Diah Fitri Purwaningsih, S.Kep. Ns., M.Kep)

- A. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) 52
- B. Tujuan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) 53
- C. Karakteristik Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) 54
- D. Tingkatan dan Spesifikasi MPKP..... 65

BAB 6

KONSEP TIMBANG TERIMA PASIEN DAN PENGELOLAAN OBAT..... 69

(Suratmi, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

- A. Konsep Timbang Terima..... 69
- B. Konsep Pengelolaan Obat..... 78

BAB 7

KONSEP RONDE KEPERAWATAN, PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN DAN PENYUSUNAN PROPOSAL..... 85

(Tatiana Siregar, S.Kep.,Ns.,MM.,M.Kep)

- A. Pengertian Ronde Keperawatan 86
- B. Tujuan Ronde Keperawatan..... 86
- C. Manfaat Ronde Keperawatan 87
- D. Tipe-Tipe Ronde Keperawatan 88
- E. Peran Perawat dalam Ronde Keperawatan 90
- F. Kriteria Klien & Hal yang Didiskusikan tentang Klien Saat Ronde 95
- G. Langkah-Langkah Ronde Keperawatan..... 95
- H. Hambatan Ronde Keperawatan.....101
- I. Proposal Ronde Keperawatan.....102

BAB 8

KONSEP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DAN KOMITE KEPERAWATAN DALAM PENGAWASAN MUTU LAYANAN....111

(Nuraliah, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

- A. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan111
- B. Komite Keperawatan dalam Pengawasan Mutu Layanan Keperawatan122
- C. Peran Komite Keperawatan (Sub Komite Mutu Profesi) dalam Audit Mutu Pelayanan Asuhan Keperawatan125

BAB 9

POA DAN EBPN132

(PLAN OF ACTION AND EVIDENCE-BASED PRACTICE IN NURSING)132

(Diah Ratnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom)

- A. Konsep POA.....132
- B. Jenis-Jenis Plan Of Action dalam Manajemen Ruang Rawat.....145
- C. *Evidence - Based Practice In Nursing*151

BAB 10

INDIKATOR PELAYANAN KESEHATAN YANG BERKAITAN DENGAN PEMANFAATAN DAN EFISIENSI TEMPAT TIDUR RAWAT INAP162

(Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

- A. Konsep Pelayanan Kesehatan.....162
- B. Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan167

PENUTUP179

MANAJEMEN KEPERAWATAN (*NURSING MANAGEMENT*)

Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns., M.Kep
Andi Nur Indah Sari, S.Kep.Ns, M.Kep
Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep.Ns., M.Kep
Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Diah Fitri Purwaningsih,S.Kep.Ns., M.Kep
Suratmi, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns.Tatiana Siregar, S.Kep., MM., M.Kep
Nuraliah, S.Kep.Ns., M.Kep
Ns. Diah Ratnawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom
Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep

BAB 1

KONSEP DASAR MANAJEMEN

(Chely Veronica Mauruh, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

STIK Indonesia Jaya; Jl. Towua No.114, 085157080247
Email: verionica20@gmail.com

A. Pengertian Manajemen

Manajemen berasal dari bahasa Italia (1561) yaitu 'maneggiare' yang berarti 'mengendalikan'. Arti ini menggambarkan proses-proses pengendalian. Bahasa Perancis kemudian mengambil kata ini dari Bahasa Inggris menjadi 'menagement', dan mengartikan sebagai seni dalam melakukan suatu serta mengatur. Follet (2003) telah mengartikan manajemen merupakan suatu seni dalam upaya-upaya mencapai tujuan dengan melibatkan orang lain. Seorang manajer tidak akan bekerja sendiri. Manajer mampu mengatur dan melibatkan orang lain untuk menyelesaikan atau mencapai tujuannya.

Manajemen merupakan sebuah proses yang mencakup beberapa tahap dalam pelaksanaannya yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengkoordinasian dan pengawasan pada berbagai sumber untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kunci utama dari proses manajemen ada 2 hal yaitu manajemen harus efektif dan efisien. Manajemen harus dilaksanakan dengan efektif, diartikan bahwa harus secara benar dalam pekerjaan yang dikerjakan untuk mencapai suatu tujuan. Manajemen dilaksanakan dengan efisien, diartikan bahwa harus secara benar dalam cara mengerjakan pekerjaan tersebut (Griffin, 2017).

Manajemen adalah proses menyelesaikan sesuatu, secara efisien dan efektif, melalui dan dengan orang lain – dengan mengoptimalkan sumber daya yang tersedia. Istilah

'proses' dalam definisi manajemen mewakili aktivitas utama yang dilakukan manajer. Manajemen kadang-kadang juga mengacu pada manajer dalam suatu organisasi, yang diberi tanggung jawab untuk memperoleh, mengalokasikan dan mengawasi penggunaan sumber daya organisasi untuk memenuhi tujuannya (Kant, 2011).

Manajemen adalah perangkat kegiatan (termasuk perencanaan dan pengambilan keputusan, pengorganisasian, memimpin, dan pengendalian) yang diarahkan pada sumber daya organisasi (manusia, keuangan, fisik, dan informasi), dengan tujuan mencapai tujuan organisasi secara efisien dan efektif.

B. Perkembangan Teori Manajemen

Keberhasilan sebuah pekerjaan dan pencapaian suatu tujuan, sangat bergantung pada manajemen (pengaturannya). Suatu pekerjaan akan berhasil juga di *manage* dengan baik. Para ahli sepakat bahwa ilmu manajemen telah ada sejak ribuan tahun lalu. Para tokoh ilmu manajemen mengemukakan bahwa sejak dulu kala sudah muncul beberapa tindakan/pekerjaan yang mirip dengan manajemen pada masa modern akhir. Bukti dari kegiatan tersebut dapat terlihat pada sejarah pembangunan Piramida Agung Giza di Mesir (Griffin, 2017). Pembangunan situs bersejarah tersebut tidak akan terjadi tanpa adanya pengaturan dari pemimpin yang mampu merencanakan pembangunan, menentukan para pekerja dan jenis pekerjaannya, serta pengawasan proses pembangunan untuk memastikan bahwa semua yang direncanakan dapat berjalan dengan baik. Hal tersebut menunjukkan bahwa praktek manajemen telah ada sejak zaman dahulu.

Para ahli teori klasik fokus pada pekerjaan dan fungsi manajemen untuk menentukan cara terbaik untuk mengelola

di semua organisasi. Pada awal 1900-an, manajer memulai pendekatan terorganisir untuk meningkatkan kinerja dengan berfokus pada efisiensi pengelolaan pekerjaan. Fokus ini kemudian berubah menjadi perhatian untuk mengelola departemen dan organisasi. Manajemen ilmiah menekankan efisiensi kerja melalui pengembangan keterampilan teknis, sedangkan teori administrasi menekankan aturan dan struktur organisasi.

1. Manajemen Ilmiah

Seorang insinyur yang dikenal sebagai 'Bapak Manajemen Ilmiah', Frederick Winslow Taylor (1856–1915), berfokus pada analisis pekerjaan dan mendesain ulang pekerjaan tersebut agar dapat diselesaikan dengan lebih efisien. Taylor menemukan cara yang terbaik untuk memaksimalkan kinerja, ia mengembangkan prinsip-prinsip "manajemen ilmiah", antara lain :1)Mengembangkan prosedur untuk setiap elemen pekerjaan pekerja; 2)Mempromosikan spesialisasi pekerjaan; 3)Memilih, melatih, dan mengembangkan pekerja secara ilmiah; 4)Merencanakan dan menjadwalkan pekerjaan; 5)Menetapkan metode dan waktu standar untuk setiap tugas; dan 6)Menggunakan insentif upah seperti upah borongan dan bonus.

Orang lain yang membuat kontribusi penting untuk manajemen ilmiah adalah Henry Gantt (1861-1919). Dia mengembangkan metode untuk menjadwalkan pekerjaan selama periode waktu yang masih banyak digunakan sampai sekarang.

2. Manajemen Administrasi

Henri Fayol (1841-1925) adalah seorang insinyur Perancis yang disebut-sebut sebagai Bapak Manajemen Modern. Fayol adalah pelopor dalam studi tentang prinsip dan fungsi manajemen. Fayol mengidentifikasi lima fungsi

utama manajemen: perencanaan, koordinasi, pengorganisasian, pengendalian, dan komando.

Max Weber (1864-1920) dan Chester Barnard (1886-1961). Weber adalah seorang sosiolog Jerman yang mengembangkan konsep birokrasi. Tujuan dari konsep birokrasinya adalah untuk mengembangkan seperangkat aturan dan prosedur untuk memastikan bahwa semua karyawan diperlakukan secara adil. Barnard mempelajari otoritas dan distribusi kekuasaan dalam organisasi.

Mary Parker Follett (1868-1933) yang berkontribusi pada teori administrasi dengan menekankan perlunya partisipasi pekerja, resolusi konflik, dan tujuan bersama. Follet terkenal karena resolusi konflik integratif. Tren saat ini adalah menuju tingkat partisipasi karyawan yang semakin tinggi. Kontribusi Barnard dan Follett mengarah pada pengembangan teori perilaku (Lussier, 2019).

C. Fungsi Manajemen

Menurut pendekatan fungsi, manajer melakukan kegiatan atau fungsi tertentu secara efisien dan efektif mengoordinasikan pekerjaan orang lain. Apa saja fungsi-fungsi tersebut? Henri Fayol, seorang pengusaha Prancis di bagian awal abad kedua puluh, menyarankan agar semua manajer melakukan lima fungsi: perencanaan, pengorganisasian, personalia, pengarahan, dan pengendalian (Huston, 2015).

1. Perencanaan

Perencanaan berarti menetapkan tujuan organisasi dan memutuskan cara terbaik untuk mencapainya. Secara umum diketahui bahwa perencanaan merupakan titik awal dalam proses manajemen yang dilakukan dengan menentukan tujuan yang jelas. Perencanaan adalah proses menetapkan tujuan dan menentukan dengan tepat bagaimana tujuan tersebut akan dicapai. Jadi, sebelum

melakukan sesuatu, harus ada tujuan yang menyatakan hasil akhir dan kemudian mengembangkan rencana dengan menetapkan langkah-langkah untuk menyelesaikannya.

2. Pengorganisasian

Kinerja dari karyawan didasarkan pada kemampuan manajer mengatur sumber daya mereka. Pengorganisasian adalah proses mendelegasikan dan mengkoordinasikan tugas serta mengalokasikan sumber daya yang tepat untuk mencapai tujuan. Hal penting yang menjadi perhatian dari bagian pengorganisasian adalah menugaskan orang-orang yang tepat ke berbagai pekerjaan dan tugas yang jelas. Secara khusus, pengorganisasian melibatkan penentuan bagaimana kegiatan dan sumber daya akan dikelompokkan.

3. Personalia

Staffing atau personalia atau disebut juga fungsi kepegawaian adalah proses memilih, melatih, dan mengevaluasi karyawan. Huston (2015), menjelaskan fungsi kepegawaian terdiri dari perekrutan, wawancara, perekrutan, dan orientasi staf. Penjadwalan, pengembangan staf, sosialisasi karyawan, dan pembangunan tim juga sering dimasukkan sebagai fungsi kepegawaian.

Kepegawaian adalah fase yang sangat penting dari proses manajemen terutama dalam organisasi penyedia jasa, seperti contoh organisasi kesehatan (perawat, misalnya) karena organisasi tersebut biasanya padat karya (yaitu, banyak karyawan yang diperlukan untuk sebuah organisasi untuk mencapai tujuannya). Mengetahui kepegawaian merupakan fase yang penting dibutuhkan manajer yang terampil dalam memprediksi kebutuhan staf secara akurat untuk menghindari krisis kepegawaian.

4. Pengarahan

Huston (2015) menyebutkan fungsi keempat adalah pengarahan. Pengarahan sering mencakup beberapa fungsi kepegawaian. Namun, fungsi pada fase ini memerlukan tanggung jawab manajemen sumber daya manusia, seperti memotivasi, mengelola konflik, mendelegasikan, mengkomunikasikan dan memfasilitasi kegiatan kolaborasi.

Namun banyak ahli juga menjelaskan bahwa fungsi pengarahan disebut juga sebagai memimpin. Memimpin dianggap sebagai fungsi paling penting dan paling menantang dari semua kegiatan manajerial. Memimpin adalah serangkaian proses yang digunakan untuk membuat anggota organisasi bekerja sama untuk memajukan kepentingan organisasi. Memimpin juga dapat dijelaskan sebagai suatu proses mempengaruhi karyawan untuk bekerja menuju pencapaian tujuan. Manajer harus mengomunikasikan tujuan kepada karyawan dan memotivasi mereka untuk mencapai tujuan tersebut dengan mengembangkan hubungan positif (Lussier, 2019)

5. Pengendalian

Sebuah tujuan tidak akan tercapai tanpa pemantauan yang dilakukan secara terus menerus. Fase terakhir dari proses manajemen adalah pengendalian. Menegendalikan atau memantau kemajuan suatu organisasi dalam mencapai tujuannya. Pengendalian adalah proses memantau dan mengukur kemajuan dan mengambil tindakan korektif ketika diperlukan untuk memastikan bahwa tujuan tercapai.

Ketika organisasi bergerak menuju tujuannya, manajer harus memantau dengan konsisten kemajuan kegiatan organisasi untuk memastikan bahwa kinerja karyawan

telah mencapai tahap yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Fungsi pengendalian meliputi penilaian kinerja, akuntabilitas fiskal, pengendalian kualitas, pengendalian hukum dan etika, serta pengendalian profesional dan kolegal.

D. Unsur Manajemen

Apa pun jenis organisasi tempat mereka bekerja, manajer umumnya bertanggung jawab atas kinerja sekelompok individu. Manajer perlu menguasai keterlibatan unsur-unsur manajemen dalam suatu organisasi. Unsur-unsur manajemen yang dikenal dengan sebutan 6M terdiri dari:

1. Man

Dalam ilmu manajemen, manusia menjadi unsur paling utama dalam menjalankan suatu organisasi. Manusia adalah yang menetapkan visi dan misi, menentukan tujuan yang akan dicapai, merencanakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam setiap upaya mencapai tujuan tersebut. Disimpulkan bahwa proses manajemen tidak dapat berjalan tanpa unsur manusia.

Manusia sebagai unsur utama dalam manajemen menjadi pemicu proses manajemen. Manusia yang mengatur dan memaksimalkan fungsi dan unsur manajemen. Perencanaan, pengorganisasian, kepegawaian, pengarahan dan pengendalian, merupakan fungsi manajemen yang dikerjakan oleh manusia sebagai manajer. Manajer juga yang memanfaatkan atau menggunakan manusia lainnya sebagai karyawan untuk mencapai tujuan.

Unsur manusia menjadi penggerak pada unsur-unsur manajemen yang lainnya. Bagaimana uang akan bisa menjadi berguna, jika tidak dimanfaatkan oleh manusia? bagaimana sebuah mesin bisa bekerja tanpa dikontrol oleh manusia? bagaimana pasar bisa ditentukan tanpa

melibatkan penilaian manusia? dan lain-lainnya. Oleh karena itu, manusia menjadi unsur utama dalam manajemen.

2. Money

Selain manusia, uang juga memegang peranan penting dalam unsur manajemen dan memberikan pengaruh yang besar pada kegiatan organisasi. Uang menjadi salah satu alat yang berfungsi maksimal dalam proses mencapai tujuan jika digunakan dengan melibatkan perhitungan yang masuk akal. Uang digunakan sebagai alat untuk biaya operasional misalnya membayar upah kerja, belanja kebutuhan dan perawatan peralatan kerja dan lain sebagainya.

Uang merupakan modal utama untuk menunjang suatu organisasi. Semakin besar modal yang dikeluarkan, diharapkan dapat dipakai untuk mengefisienkan suatu proses manajemen dalam organisasi sebagai upaya mencapai tujuan yang telah direncanakan.

3. Material

Unsur manusia dan bahan baku sangat erat kaitannya dalam manajemen. Perusahaan memerlukan bahan baku untuk memproduksi sesuatu. Jika tidak ada bahan baku, maka manusia tidak dapat mengolah atau memproduksi sesuatu. Demikian juga jika ada bahan baku namun tidak ada unsur manusia, maka tidak ada yang akan mengolah bahan baku tersebut untuk memproduksi sesuatu.

Berbeda lagi jika organisasi tersebut adalah penyedia jasa. Maka unsur material adalah kesiapan dan kelengkapan logistik sebagai pelengkap dan pendukung dari semua tindakan/jasa yang menjadi barang yang akan dipasarkan. Selain itu peralatan yang menunjang kegiatan pemberian jasa juga menjadi bagian dari unsur material.

4. Machine

Unsur mesin memiliki arti yang sangat jelas. Mesin digunakan untuk memaksimalkan kerja manusia sebagai alat yang akan mengefisienkan penyelesaian produksi. Bantuan mesin akan membantu menghemat waktu kerja manusia dan mampu mengurangi tingkat kesalahan yang dilakukan oleh manusia. Keuntungan dari keterlibatan mesin pada unsur manajemen adalah proses kerja menjadi efektif dan efisien.

Namun pada prosesnya, untuk dapat menggerakkan mesin ini dibutuhkan bahan baku yang berkualitas. Selain itu juga sumber daya manusia yang memiliki kompetensi yang sesuai dengan tujuan perusahaan akan memaksimalkan kerja mesin dan hasil pengolahan bahan baku.

5. Method

Unsur manajemen yang disebut metode diartikan sebagai cara untuk menyelesaikan suatu pekerjaan. Proses yang dikerjakan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan harus dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh suatu organisasi. Standar tersebut merupakan suatu acuan yang mengatur batasan tindakan dalam berproses.

Metode adalah suatu standar yang ditetapkan suatu organisasi. Sering disebut sebagai standar kegiatan atau standar prosedur operasional, yang disusun untuk mengatur batasan pekerjaan sehingga tidak terjadi tumpang tindih pekerjaan. Metode digunakan untuk mengukur hasil kerja dan digunakan juga untuk menentukan pekerjaan yang berhasil atau belum berhasil.

6. Market

Penentuan pasar, atau target penjualan hasil produksi menjadi unsur yang tidak kalah penting dalam manajemen. Pasar merupakan tempat untuk meneruskan hasil produksi suatu perusahaan atau organisasi ke tangan konsumen.

Fungsi dari unsur ini sangatlah rumit, selain sebagai penyalur hasil produksi, fungsi pasar juga adalah untuk menentukan jumlah permintaan konsumen yang dapat mempengaruhi jumlah hasil produksi. Dengan adanya pasar, perusahaan dapat mengontrol hasil produksi sehingga tidak terjadi kelebihan produksi yang akhirnya akan membuat kerugian pada perusahaan. Fungsi lainnya adalah pasar digunakan untuk membaca trend yang berkembang di masyarakat sehingga perusahaan dapat menentukan strategi yang sesuai untuk hasil produksinya.

E. Hubungan Fungsi dan Unsur Manajemen

Dalam menjalankan fungsi manajemen dan unsur manajemen secara terpadu, seorang manajer atau pemimpin memerlukan kemampuan berpikir kritis dan bertujuan untuk memaksimalkan produktivitas. Fungsi manajemen dan unsur manajemen dijalankan secara integratif dan komprehensif, yang artinya dalam mencapai tujuannya manajer harus membuat perencanaan, pengorganisasian dan mengendalikan semua unsur manajemen secara bersama-sama dalam satu kesatuan gerak yang dilakukan secara simultan (Benowitz, 2001).

Dalam pelaksanaan pekerjaan, seorang manajer akan bertanya apakah yang seharusnya direncanakan, digerakkan, diawasi dan dikendalikan ? kalau diperhatikan dari pengertian manajemen obyeknya adalah orang, namun dalam prakteknya semua unsur manajemen (6M) dibuat perencanaan, diorganisasikan, digerakkan untuk pelaksanaannya dan dikendalikan untuk mencapai tujuan. Dengan kata lain, semua fungsi manajemen dilakukan untuk menggerakkan semua unsur manajemen sebagai upaya mencapai tujuan yang telah disepakati dalam perusahaan/organisasi.

REFERENSI

- Benowitz, E. A. (2001). *CliffsQuickReview: Principles of Management*.
<http://books.google.com/books?id=XelTElSYvBQC>
- Griffin, R. W. (2017). *Fundamentals of Management* (8th ed.). Griffin.
- Huston, B. L. M. dan C. J. (2015). *Leadership Roles and Functions in Nursing : Theory and Application*.
- Kant, Y. F. K. (2011). Fundamentals of Management: Concepts and Principles. In *Journal of the American Dietetic Association* (Vol. 32, Issue 1). <https://doi.org/10.12737/24007>
- Lussier, R. N. (2019). *Management Fundamentals: Concepts, Application and Skill Development*.

PROFIL PENULIS

Chely Veronica Mauruh, S.Kep., Ns., M.Kep

Lahir di Cendanapura, 17 April 1990. Lulus S1 Keperawatan di Universitas Katolik De La Salle Manado tahun 2011 dan menyelesaikan pendidikan Profesi Ners tahun 2012 pada universitas yang sama. Kemudian menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan (S2) di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan tahun 2018. Pernah menjadi perawat pelaksana di RSUD Kolonodale Kabupaten Morowali Utara, Sulawesi Tengah (tahun 2013 – 2014). Mulai tahun 2014 sampai sekarang menjadi dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya Palu. Menjabat sebagai Kepala Bagian Adminstrasi Akademik dan Kemahasiswaan pada program studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya Palu (2018–sekarang). Mengampu mata kuliah Konsep Dasar Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan jenjang Sarjana dan menjadi Dosen Pembimbing stase Manajemen Keperawatan dan Keperawatan Anak pada Program Studi Profesi Ners .



Email Penulis : verionica20@gmail.com

BAB 2

KONSEP MANAJEMEN KEPERAWATAN

(Andi Nur Indah Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

STIK Indonesia Jaya; Jl. Towua No. 114 Palu
Email: sari.aidm@gmail.com

A. Pengertian

Manajemen keperawatan merupakan integrasi dari berbagai sumber-sumber keperawatan yang saling berkoordinasi dalam menjalankan proses keperawatan sehingga untuk dapat mencapai tujuan dan objektivitas dalam asuhan keperawatan sesuai dengan tujuan (Huber, 2017).

Manajemen keperawatan adalah proses mengelola sumber daya manusia keperawatan dari berbagai tingkatan manajerial untuk dapat melaksanakan pelayanan keperawatan melalui implementasi asuhan keperawatan kepada pasien, keluarga, serta kelompok masyarakat (Douglas dalam Swanburg, 2000).

Manajemen keperawatan diartikan sebagai rangkaian proses pelaksanaan pelayanan keperawatan dengan menggunakan kemampuan staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien/keluarga serta masyarakat (Gillies, 2000).

Manajemen Keperawatan adalah suatu kerangka kerja dengan menggunakan bimbingan dan arahan yang melibatkan sekelompok perawat dalam menggunakan pengetahuan dan pengalamannya untuk memberikan pelayanan keperawatan dalam mencapai tujuan organisasi (Maquis & Huston, 2010).

Manajemen Keperawatan adalah proses pelaksanaan fungsi keperawatan perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian dengan

melibatkan unit departemen yang bertujuan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang optimal (Swanburg, 2000).

Manajemen keperawatan merupakan melakukan semua proses kegiatan dan pelayanan melalui anggota staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional (Nursalam, 2009).

Manajemen Keperawatan merupakan bagian dari manajemen pelayanan keehatan dan manajemen asuhan keperawatan yang dikelola oleh manajerial keperawatan melalui 3 tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak, manajemen menengah dan manajemen bawah (Suyanto, 2009).

Manajemen keperawatan adalah lingkup manajemen operasional yang terdiri dari berbagai kegiatan manajemen yaitu merencanakan, mengkoordinir dan menggerakkan staf keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang profesional melalui asuhan keperawatan berdasarkan standar yang akan menjadi target dalam mengontrol pelayanan keperawatan (Anonim, 2011).

Beberapa pengertian dari para ahli dapat disimpulkan bahwa manajemen keperawatan merupakan sebuah proses keperawatan yang dilaksanakan secara sistematis dengan menggunakan sumber daya yang ada dan melibatkan staf keperawatan dalam mencapai asuhan keperawatan yang berkualitas.

B. Prinsip-Prinsip Umum Manajemen Keperawatan

Untuk mengoptimalkan kegiatan operasional di dalam manajemen keperawatan, perlu diperhatikan prinsip-prinsip umum sehingga memudahkan tercapainya tujuan. Adapun prinsip-prinsip tersebut yaitu :

1. **Pembagian kerja yang seimbang**
Pembagian kerja sangat penting dilakukan untuk mengidentifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan dan kompetensi perawat. Selain itu dengan pembagian kerja yang sesuai akan menghindari beban kerja dan tekanan yang tinggi terhadap staf keperawatan.
2. **Pemberian wewenang dan tanggung jawab yang jelas**
Setiap staf sebaiknya diberikan wewenang penuh atas dalam melaksanakan setiap tugas dan pekerjaan sehingga setiap perawat memiliki rasa tanggung jawab penuh dalam mengerjakan pekerjaannya.
3. **Disiplin**
Disiplin merupakan komitmen dalam melakukan kegiatan nyata (bekerja sesuai dengan pekerjaan yang menjadi tugas dan tanggung jawab) berdasarkan rencana, standar dan waktu yang telah ditetapkan.
4. **Kesatuan Perintah**
Perintah yang diterima harus secara langsung kepada perawat dan diberikan secara jelas bukan sehingga menghindari adanya perbedaan persepsi dan kesalahan informasi.
5. **Penggajian**
Pemberian gaji maupun insentif harus sesuai dengan beban kerja yang diberikan sehingga dapat memberikan kepuasan bagi perawat yang secara tidak langsung akan memberikan motivasi dan dorongan positif terhadap penampilan kerja.
6. **Sentralisasi wewenang**
Kebijakan yang sifatnya penting harus dikeluarkan oleh manajemen puncak sehingga sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya. Selain itu setiap tingkatan manajemen harus memiliki wewenang yang jelas dalam menjalankan kegiatan manajemen keperawatan.

7. Jenjang Karir

Jenjang karir merupakan tingkatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akuntabel dan etis sesuai batasan kewenangan yang dimiliki oleh perawat. Pengembangan karir profesional perawat sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2017 yaitu Perawat Klinik (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (P) dan Perawat Peneliti/ Riset (PR).

Dalam memberikan pelayanan keperawatan ada beberapa prinsip yang harus dilakukan untuk dapat memberikan pelayanan yang profesional, yaitu:

1) Dilakukan berdasarkan perencanaan

Perencanaan yang baik dapat menurunkan terjadinya resiko kerja sehingga setiap pekerjaan dalam bentuk pelayanan dilakukan lebih terorganisir.

2) Dilaksanakan berdasarkan jadwal

Kegiatan yang dilakukan dengan *time schedule* yang sesuai dan tepat sehingga setiap rencana dapat terealisasi dengan efisien.

3) Penghargaan waktu

Dengan memaksimalkan waktu, maka setiap rencana dapat dilakukan dengan tepat waktu. Sehingga akan meminimalisir penumpukan pekerjaan dan terlambatnya proses evaluasi.

4) Membuat Keputusan yang tepat

Pengambilan keputusan harus dilakukan dengan tepat, sehingga manajemen keperawatan dapat berproses secara optimal. Setiap keputusan yang diambil disesuaikan dengan situasi masalah yang terjadi sehingga pengelolaannya dan disesuaikan dengan tingkat manajerial pengambilan keputusan.

5) Memprioritaskan kebutuhan pasien

Selalu mengutamakan setiap hal yang menjadi kebutuhan asuhan keperawatan dan hal-hal yang diinginkan pasien dalam meningkatkan status kesehatan karena kepuasan pasien menjadi tujuan utama di dalam pelayanan keperawatan. Ketika pasien puas dengan pelayanan yang diberikan maka hal tersebut juga akan memotivasi kesembuhan pasien.

6) Terorganisir

Pengorganisasian dilakukan dalam upaya memberikan yang terbaik sesuai dengan kebutuhan pasien dalam mendapatkan pelayanan keperawatan.

7) Membuat arahan

Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang terdiri dari beberapa proses diantaranya pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian implementasi dari kegiatan yang telah direncanakan dan diorganisir.

8) Memberikan motivasi

Setiap manajerial keperawatan di setiap tingkatan perlu menjadi media motivasi bagi staf keperawatan untuk memberikan penguatan dan dorongan agar dapat menunjukkan kinerja yang baik dalam memberikan pelayanan keperawatan.

9) Komunikasi efektif

Menggunakan komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dalam penyampaian dan penerimaan informasi serta dengan komunikasi yang efektif dapat memudahkan setiap manajerial dan staf dalam menerjemahkan pandangan dan menyamakan persepsi antar staf keperawatan.

10) Pengembangan Staf

Pengembangan staf dilakukan sebagai upaya persiapan perawat-perawat untuk menempati posisi manajerial dan sebagai upaya meningkatkan pengetahuan staf dalam menerima perkembangan ilmu terbaru.

11) Evaluasi kinerja

Evaluasi kinerja merupakan kegiatan di dalam manajemen keperawatan yang terdiri dari penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian arahan dan menetapkan prinsip melalui standar, membandingkan penampilan kerja dengan standar yang ada untuk peningkatan kinerja selanjutnya.

Prinsip-prinsip umum manajemen keperawatan menurut Swanburg (2006) yaitu:

1) Perencanaan

Perencanaan adalah dasar utama dari segala aktivitas keperawatan ataupun fungsi dari manajemen. Perencanaan merupakan suatu konsep tertulis yang akan diimplementasikan dalam bentuk tindakan. Dengan perencanaan yang baik akan dapat memperkirakan dan meminimalkan resiko dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah dan perubahan efektif yang mungkin terjadi. Perencanaan juga merupakan fungsi manajemen yang dapat dilakukan dengan mengkaji semua sumber yang ada agar berfungsi secara optimal. Adapun bentuk kegiatan perencanaan yaitu dengan mengkaji sistem, unsur, standar, pengetahuan dan keterampilan unit keperawatan. Setiap staf perlu dilibatkan dalam penyusunan tujuan, evaluasi dan umpan balik.

2) Efisiensi Waktu

Keberhasilan manajer keperawatan dalam melaksanakan fungsi keperawatan salah satunya dengan penggunaan waktu secara efektif. Bentuk kegiatan dari efisiensi waktu

adalah dengan membuat jadwal tugas untuk mengatasi keterbatasan-keterbatasan sumber daya yang ada.

3) Pembuatan Keputusan

Peran manajer keperawatan dari setiap tingkatan unit adalah sebagai pembuat keputusan. Setiap keputusan yang diambil berdasarkan hasil kajian manajer dan disesuaikan dengan tingkatan unit keperawatan.

4) Formulasi dan Pencapaian Tujuan Sosial

Setiap pelayanan keperawatan diatur berdasarkan kebutuhan klien namun tidak memandang status sosial klien. Formulasi dan pencapaian tujuan sosial juga diharapkan dapat mencakup semua aspek lapisan masyarakat yang mempunyai kebutuhan kesehatan berbeda-beda.

5) Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah melakukan identifikasi kebutuhan organisasi atau unit keperawatan sesuai dengan visi misi organisasi yang telah ditetapkan. Dalam pengorganisasian perlu mempertimbangkan kemampuan dan keterampilan perawat sesuai sehingga dapat memenuhi kebutuhan klien. Pengorganisasian diatur secara terstruktur berdasarkan wewenang staf keperawatan sehingga dapat terjalin komunikasi efektif antara staf keperawatan, unit keperawatan, dan departemen lainnya.

6) Pengembangan Staf

Tugas seorang manajer adalah mampu mengembangkan kemampuan dan kompetensi staf dalam pemberian asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan. Sehingga setiap unit pelayanan diisi oleh staf-staf yang memiliki keahlian sesuai dengan spesifikasi dan tuntutan kerja.

7) Mengarahkan dan Memimpin

Pengarahan adalah elemen tindakan dari manajemen keperawatan tentang proses interpersonal antara staf

keperawatan dalam mencapai tujuan keperawatan. Pengarahan meliputi proses pendelegasian, pengawasan, koordinasi dan implementasi rencana organisasi. Kemampuan mengarahkan dan memimpin juga dibarengi dengan dorongan positif sehingga akan berdampak pada peningkatan motivasi dan kinerja staf. Dengan pengarahan dan kepemimpinan efektif dari manajer keperawatan, akan membentuk komunikasi yang efektif interpersonal sehingga akan memudahkan untuk tercapainya visi misi organisasi.

8) Pengendalian dan Evaluasi

Kegiatan pengendalian termasuk proses evaluasi dari implementasi rencana yang telah diambil, standar yang ditentukan, evaluasi kerja staf dan perbaikan atas kekurangan yang menjadi menjadi rencana.

C. Peran Manajemen Keperawatan Operasional

Pelayanan keperawatan di Rumah Sakit dikelola oleh bidang keperawatan di setiap unit nya yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial, yaitu:

1. *Top Management*

Top management merupakan jenjang manajerial tertinggi dari suatu organisasi yang bertugas dalam pengambilan keputusan dan kebijakan yang sifatnya penting serta mengelola *middle manager*. Fungsi utama dari *top manager* adalah untuk untuk menerjemahkan kebijakan dan aturan yang ada di dalam suatu organisasi untuk dapat diterapkan oleh semua tenaga keperawatan sehingga dapat terwujud visi misi organisasi. *Top manager* dikelola oleh manajer keperawatan yang telah dipercayakan dan dianggap berkompeten, contohnya dari *top manager* adalah direktur keperawatan.

2. *Middle Management*

Middle management merupakan sistem manajerial di keperawatan yang berada di posisi tengah. Tugas dari *middle manager* adalah menerjemahkan dan meneruskan kebijakan dari *top manager*, mengelola management pada tingkat *front line* seperti kepala ruang, kepala seksi, koordinator penanggung jawab unit perawatan, serta penanggung jawab unit. Yang termasuk *middle manager* adalah kepala bidang keperawatan.

3) *Front Liner Management*

Front Liner adalah manajerial yang berada pada tingkatan yang paling bawah yang bertugas mengelola staf perawatan (*provider*) yang memberikan pelayanan keperawatan pada pasien (*customer*), yang termasuk dalam jajaran *lower manager* tersebut adalah kepala ruang dan ketua tim perawatan.

Tidak semua manajer keperawatan yang memiliki kedudukan di dalam struktur organisasi yang berhasil dalam mengkoordinir dan mengelola kegiatan manajemen keperawatan secara operasional. Ada beberapa faktor yang perlu dimiliki oleh manajer keperawatan agar mampu mengimplementasikan kegiatan-kegiatan manajerial. Faktor-faktor tersebut adalah:

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

REFERENSI

- Anonim (2011). Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Jakarta. EGC.
- Gillies. (2000). *Nursing management: System approach. (3rded)*, philadelpia: W. B. Saunders Co
- Huber, D. (2017). *Leadership and nursing care management-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2010). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan. EGC.
- Suyanto, S. (2009). Mengenal kepemimpinan dan manajemen Keperawatan di Rumah Sakit. Mitra Cendikia: *Jogjakarta*.
- Swanburg, R. C. (2000). Pengantar Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan, untuk Perawat Klinis. EGC.

PROFIL PENULIS

Andi Nur Indah Sari, S.Kep.Ns, M.Kep

Lahir di Palu tanggal 21 Juni 1990. Lulus S1 Keperawatan di STIK Indonesia Jaya Palu tahun 2012. Lulus Profesi Ners di Universitas Widya Husada Semarang tahun 2013. Setelah menyelesaikan pendidikan Ners dan dinyatakan kompeten dalam Uji Kompetensi Ners Indonesia, penulis kemudian bekerja sebagai perawat di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah. Tahun 2016 melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia dan lulus tahun 2018. Sejak akhir tahun 2014 hingga saat ini merupakan dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan di STIK Indonesia Jaya Palu.



Penulis merupakan anak sulung dari 4 bersaudara pasangan suami istri Drs. Amiruddin Umar Said dan Dra. Sitti Hadijah. Penulis dibesarkan di lingkungan pendidik, sebab kedua orang tua berprofesi sebagai Guru sehingga menginspirasi penulis untuk mengikuti jejak orang tua mengabdikan diri dalam bidang pendidikan. Selain itu, dukungan dari suami yaitu Sugeng Amirul Fahmi, S.Tr yang selalu memberikan motivasi untuk terus mengembangkan karir di bidang pendidikan keperawatan.

Email Penulis: sari.aidm@gmail.com

BAB 3

KONSEP KEPEMIMPINAN DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN

(Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep.Ns.,M.Kep)

STIK Indonesia Jaya; Jl. Merpati kota Palu, telp 082187103010
Email: ketutelmiyanti@gmail.com

A. Konsep Kepemimpinan

Kepemimpinan itu penting untuk dipelajari, dipahami dan dipraktikkan pada masa kini yang semakin kompleks, bertransformasi menjadi semakin maju dan ditengah lingkungan kerja pelayanan keperawatan yang penuh dengan tantangan. Seorang manajer keperawatan yang mempunyai wewenang untuk mengatur bawahannya sebaiknya memiliki kemampuan kepemimpinan yang baik.

1. Pengertian Kepemimpinan

Menurut Samson (2009), kepemimpinan didefinisikan sebagai proses yang mempengaruhi orang lain sehingga melakukan kegiatan-kegiatan kearah pencapaian tujuan. Kepemimpinan juga diartikan sebagai seni dalam memfokuskan dan memotivasi anggota organisasi untuk bekerja secara efektif agar tercapai tujuan bersama (Bishop, 2009).

Pemimpin harus memahami cara memimpin yang baik sehingga visi dan misi yang telah dibuat dapat tercapai dan pengikut dapat membantu dalam mencapai hal tersebut. Pemimpin harus memiliki perilaku yang menjadi teladan sehingga berdampak khusus pada organisasi atau kelompok.

2. Proses Kepemimpinan

Ada beberapa aspek yang saling berkaitan dan akan menentukan keberhasilan organisasi. Huber (2017), mengemukakan proses kepemimpinan terdiri dari lima aspek yaitu pemimpin, pengikut, situasi, proses komunikasi dan tujuan.

a. Pemimpin

Pada aspek ini, bagaimana seorang pemimpin mempersepsikan dirinya, menjalankan peran serta bagaimana mereka menilai sesuatu akan sangat berpengaruh pada organisasi. Pemimpin yang efektif memungkinkan orang untuk bergerak ke arah yang sama, menuju tujuan yang sama, dengan kecepatan yang sama, bukan karena paksaan tetapi karena keinginan.

b. Pengikut

Pengikut merupakan orang-orang yang ikut berpartisipasi dalam proses pencapaian tujuan. Pengikut adalah bagian yang vital karena dapat menerima atau menolak pemimpin dan menentukan kekuatan pemimpin. Pengikut juga harus memiliki kesadaran diri dan harapan untuk bekerja mencapai tujuan.

c. Situasi

Beberapa macam situasi atau keadaan yang melingkupi kepemimpinan yaitu tuntutan pekerjaan, sistem pengaturan, jumlah susunan tugas, tingkat interaksi, waktu yang tersedia untuk membuat keputusan, dan kondisi lingkungan luar.

d. Proses komunikasi

Komunikasi adalah dasar untuk proses mempengaruhi dalam kepemimpinan sebab hampir tiap isu atau masalah melibatkan aspek komunikasi. Melalui

komunikasi visi dan pesan pemimpin diterima oleh pengikut.

e. Tujuan

Organisasi memiliki tujuan dan seseorang bekerja dalam organisasi juga memiliki tujuan. Tujuan dapat menimbulkan konflik, sehingga perlu adanya kesamaan tujuan antara pemimpin dan pengikut.

Pemimpin maupun pengikut dapat bekerja dengan baik bila ada visi dan tujuan yang jelas, ada rasa dihargai atas kontribusi yang telah dilakukan, diberikan kesempatan untuk terlibat dalam pengambilan keputusan, adanya dorongan untuk bekerja secara tim, adanya pengawasan/supervisi, adanya umpan balik, dukungan terhadap inovasi dan kreativitas dan terakhir yang tidak kalah penting adalah imbalan yang sesuai (Practice, McNichol, & Hamer, 2006)

3. Prinsip Kepemimpinan

Terdapat beberapa prinsip kepemimpinan yang akan mendukung seseorang dalam memimpin suatu organisasi. Prinsip kepemimpinan tersebut menurut Kaswan (2013), antara lain

- a. Prinsip kepedulian. Kepedulian Pemimpin memberikan perhatian terhadap anggota kelompok baik dalam bentuk materi, gagasan, waktu, keterampilan, dan sebagainya.
- b. Prinsip mendahulukan kolaborasi
Paradigma kompetisi dan kolaborasi dalam organisasi adalah dua hal yang umum terjadi. Dalam interaksi sosial dan proses kepemimpinan dianggap ideal apabila mendahulukan kolaborasi/kerja sama dibandingkan kompetisi/persaingan.

- c. Prinsip persahabatan
Pemimpin yang baik adalah pemimpin yang menganggap anggota timnya sebagai sahabat. Pemimpin harus peka terhadap situasi yang ada dan mampu menjadi teman yang baik bagi anggota dalam organsiasinya.
- d. Prinsip menghindari politik kantor
Politik kantor adalah keadaan dimana terdapat pemimpin/anggota kelompok yang lebih mengutamakan ambisi pribadi dibanding keinginan untuk mencapai keberhasilan bersama, kerja sama, atau konsistensi.
- e. Prinsip memperluas lingkaran kenalan
Sumber kekuatan sosial adalah kenalan, semakin banyak kenalan yang kita miliki maka akan semakin besar kekuasaan yang dimiliki.
- f. Prinsip memberi kesempatan ide terbaik yang menang
Tidak mengutamakan ide pribadi bila terdapat ide yang lebih baik dari anggota organisasi. Bekerja sama dengan rekan kerja dan menerima ide terbaik adalah salah satu bentuk pemimpin yang efektif.
- g. Prinsip menjauhi kepura-puraan
Pemimpin tim harus menyadari bahwa tidak ada makhluk yang sempurna di dunia ini, sehingga sikap berpura-pura merasa bahwa dirinya adalah pemimpin yang sempurna harus di jauhi.

Di bawah ini terdapat panduan untuk mengimplementasikan prinsip-prinsip kepemimpinan sebagai berikut:

- a. Kenali diri anda dan cari tahu cara memperbaiki kekurangan anda.
- b. Tingkatkan kemampuan anda secara tehnik.

- c. Memahami apa yang menjadi tanggungjawab anda dan bertanggungjawablah atas tindakan anda.
- d. Membuat keputusan yang tepat dan pada waktu yang tepat.
- e. Gunakan pemecahan masalah, pengambilan keputusan dan berpikir kritis dalam penyelesaian masalah.
- f. Menjadi panutan atau contoh bagi anggota anda.
- g. Kenali anggota kelompok anda dan perhatikan kesejahteraan mereka.
- h. Berkomunikasi dengan baikbukan hanya dengan anggota, tetapi juga senior dan orang lain.
- i. Pastikan bahwa tugas dipahami, diawasi, dan diselesaikan.

4. Teori Kepemimpinan

Teori kepemimpinan di kelompokkan menjadi tiga bagian yaitu *trait* (sifat), *atitudinal* (sikap) dan *situational* (situasi). Pendekatan *trait* berfokus pada identifikasi karakteristik pemimpin secara spesifik. Pendekatan *atitudinal* mengukur sikap terhadap perilaku pemimpin. Pendekatan *situational* berfokus kepada mengobservasi perilaku pemimpin dan gaya kepemimpinan yang tepat sesuai dengan situasi.

a. Teori sifat

Teori ini menyatakan bahwa beberapa orang memang memiliki bakat untuk menjadi pemimpin yang lebih baik daripada yang lainnya. Karakteristik pemimpin berdasarkan teori ini memiliki kemampuan pengetahuan yang baik, mampu memotivasi orang lain untuk bekerja lebih keras, berkomunikasi dengan baik, kepekaan sosial, antusiasme yang tinggi, dan keberanian dalam mengambil keputusan (Huber, 2017).

b. Teori perilaku (*Attitudinal Leadership Theory*)

Teori perilaku lebih menekankan pada apa yang dilakukan pemimpin dan bagaimana ia dapat menjadi pemimpin yang efektif. Pada teori ini, pemimpin menggunakan gaya kepemimpinan yang ditunjukkan dalam perilakunya antara lain gaya otoriter, demokratis, *laissez-faire* (Marquis & Huston, 2009).

c. Teori situasional dan kontingensi

Teori ini muncul karena adanya pandangan bahwa gaya kepemimpinan itu bervariasi dan dapat berubah sesuai dengan situasi yang ada (Huber, 2017). Keluwesan dan keterampilan kepemimpinan membutuhkan berbagai macam gaya karena kebutuhan dan motif anggota beragam. Selain itu, tidak ada satupun gaya kepemimpinan yang ideal untuk semua situasi.

Pendekatan teori kontingensi menekankan pada 3 dimensi dalam kepemimpinan yaitu (1) hubungan pemimpin-anggota, (2) struktur tugas, dan (3) kekuasaan.

Selain beberapa teori kepemimpinan diatas, terdapat juga teori behavioral (teori X dan Y) dan juga teori kepemimpinan kontemporer. Teori X menyatakan bahwa ada orang yang dasarnya malas sehingga perlu adanya paksaan dan ancaman agar orang tersebut bersedia untuk bekerja. Teori Y menggambarkan sifat yang berbeda yaitu tipe ini menunjukkan sifat yang optimis sehingga ia tidak hanya bekerja tetapi akan terus meningkatkan kemampuan dan berani menghadapi tantangan (Luthans & Doh, 2018).

Teori kepemimpinan kontemporer dibedakan menjadi dua yaitu transaksional dan transformasional. Teori ini ada karena pendapat beberapa pakar yang menyatakan bahwa pemimpin dan pengikut memiliki kemampuan untuk saling mempengaruhi dan dapat meningkatkan kemampuan

mereka. Pemimpin transaksional didefinisikan sebagai pemimpin yang memiliki berbagai keterampilan sehingga mampu menilai situasi serta dapat menentukan cara pemecahan masalah yang tepat. Pemimpin transformasional didefinisikan sebagai seorang pemimpin yang memotivasi pengikutnya untuk dapat bekerja secara maksimal dan mampu menunjukkan potensi diri. Pemimpin ini akan menjadi contoh dan memberikan arah yang positif kepada pengikutnya.

5. Gaya Kepemimpinan

Gaya atau tipe kepemimpinan adalah ciri yang dimiliki oleh seseorang dalam menjalankan tugas dan peran sebagai seorang pemimpin dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Simamora, 2009). Ada beberapa tipe/gaya kepemimpinan antara lain:

a. Otoritas/otoriter

Gaya kepemimpinan otoritas berfokus kepada pemimpin. Pemimpin merasa lebih mampu daripada bawahannya sehingga setiap keputusan/kebijakan akan dibuat oleh pemimpin. Pemimpin cenderung mendikte tugas dan teknik kepada pengikut dan menyampaikan kepada pengikut apa dan bagaimana tindakan yang harus dilakukan.

b. Demokratis

Gaya kepemimpinan ini berfokus pada keterlibatan anggota dalam mengambil keputusan. Segala bentuk kebijakan menjadi persoalan kelompok sehingga perlu untuk didiskusikan dan diputuskan secara bersama. Pemimpin mendorong dan membantu berdiskusi dan membuat keputusan serta berbagi tanggung jawab dengan pengikutnya dalam membuat keputusan. Dalam keperawatan, kerjasama tim interdisiplin adalah elemen utama dalam keefektifan. Namun, gaya ini menghasilkan

keputusan lebih lambat dan membutuhkan waktu lebih lama daripada menggunakan gaya otoriter.

c. *Laissez-Faire*

Gaya ini mengenalkan kebebasan yang penuh dalam membuat keputusan bagi kelompok dan memiliki sedikit partisipasi pemimpin. Pemimpin dengan gaya ini cenderung bersikap masa bodoh sebab didasarkan pada sikap tidak mau mencampuri urusan orang lain sehingga keputusan yang jelas tidak dapat dibuat. Pemimpin gaya *Laissez-Faire* memberikan kebebasan atau bersikap ceroboh dalam memandu kelompok. Akan tetapi, gaya ini memberikan keuntungan bagi anggota kelompok yang independen atau profesional .

d. Pemimpin Transaksional

Pemimpin transaksional melakukan survei terhadap kebutuhan dari anggota mereka dalam menetapkan tujuan. Pemimpin transaksional mempengaruhi anggotanya dengan cara transaksi yang bertujuan untuk dapat bertukar beberapa hal, seperti seorang politikus yang menjanjikan pekerjaan bagi orang lain (Bass & Avolio dikutip dalam Huber, 2014). Kepemimpinan transaksional sama seperti tawar-menawar atau kontrak untuk saling menguntungkan antar satu dengan yang lainnya.

e. Pemimpin Transformasional

Pemimpin ini didefinisikan sebagai pemimpin yang memotivasi anggotanya untuk melakukan segala sesuatu berdasarkan potensi yang mereka miliki (Huber, 2017). Pemimpin transformasional memotivasi anggotanya dari waktu ke waktu dengan mempengaruhi bawahannya agar dapat melakukan perubahan dan terus mengarahkan mereka. Pemimpin transformasional menggunakan karisma, pertimbangan individual dan

intelektual dalam menghasilkan usaha yang lebih besar, efektivitas serta kepuasan dari anggota. Kepemimpinan transformasional biasanya juga digunakan untuk mengubah budaya organisasi dengan terus menerus tumbuh berkembang dan melakukan perubahan.

6. Implikasi Kepemimpinan Dan Manajemen

Setiap perawat merupakan bagian dalam organisasi, sehingga memiliki kedudukan di beberapa tingkatan manajerial. Hal ini menyebabkan perawat membutuhkan kemampuan dalam hal kepemimpinan dan manajemen. Kepemimpinan dianggap penting karena mempengaruhi lingkungan kerja organisasi seperti mempengaruhi produktivitas organisasi dan individu. Sebagai contoh, jika perawat merasa diarahkan pada tujuan dan berpikir bahwa kontribusi mereka penting, mereka akan lebih termotivasi untuk melakukan pekerjaan. Hal ini menjadi dasar mengapa kepemimpinan dan manajemen harus terintegrasi.

Menurut Hopkins, O'Neil, Passarelli, & Bilimoria (2008), Diidentifikasi terdapat lima kompetensi yang harus dimiliki perawat dalam menjalankan tugasnya sebagai seorang pemimpin adalah sebagai berikut:

- a. Membangun tim yang efektif
- b. Menerjemahkan visi ke dalam strategi
- c. Mengkomunikasikan visi dan strategi internal
- d. Mengelola konflik
- e. Mengelola fokus pada pasien dan pelanggan

B. Pengambilan Keputusan dalam Manajemen Keperawatan

1. Berpikir Kritis, Penyelesaian Masalah, dan Pengambilan Keputusan

Berpikir kritis (*critical thinking*) dapat didefinisikan sebagai suatu keterampilan kognitif yang secara aktif dan

terampil mengkonseptualisasikan, menerapkan, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi informasi untuk mencapai jawaban atau kesimpulan (Marquis & Huston, 2009). Berpikir kritis tidak sama dengan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan, tetapi ketiga hal ini berkaitan karena dengan berfikir kritis, akan menghasilkan sebuah pemecahan masalah dan pengambilan keputusan yang efektif (Lemire dalam Huber, 2017).

Seorang perawat yang mampu berpikir kritis menunjukkan hal-hal sebagai berikut: kepercayaan diri, kontekstual perspektif, kreativitas, fleksibilitas, rasa ingin tahu, integritas intelektual, intuisi, berpikiran terbuka, ketekunan, dan refleksi. Pemikir kritis dalam keperawatan menunjukkan keterampilan kognitif dalam menganalisis, menerapkan standar, mencari informasi, penalaran logis, memprediksi dan mengubah pengetahuan.

Penyelesaian masalah adalah proses memperbaiki suatu permasalahan yang perlu diselesaikan (Huber, 2017). Langkah terakhir pada proses penyelesaian masalah adalah pengambilan keputusan. Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan keduanya menggunakan informasi dan menarik kesimpulan dari informasi tersebut. Nilai-nilai, pengalaman hidup, dan pilihan yang dihasilkan dari pemikiran individu membuat berbagai variasi dalam proses ini. Perlu dipahami bahwa masalah berubah dari waktu ke waktu sehingga keputusan yang dibuat pada satu titik waktu belum tentu sama pada waktu yang lainnya.

2. Tahapan Dalam Proses Pemecahan Masalah

Tujuh langkah umum kerangka kerja untuk pemecahan masalah

- a. Tentukan masalah. Apakah masalah benar-benar ada dan membutuhkan investasi dalam waktu dan sumber

daya untuk memecahkan?.

- b. Kumpulkan informasi. Hal ini penting untuk memulai dengan mengumpulkan sebanyak mungkin informasi yang masuk dari berbagai sumber. Informasi harus dianalisis dengan memisahkan informasi yang penting dari semua informasi yang telah terkumpul.
- c. Tentukan tujuan utama atau hasil yang diinginkan. Fokus pada tujuan efektif untuk memilih atau menentukan kegiatan yang akan dilakukan. Bahkan, menentukan keseluruhan tujuan dapat memperjelas kebutuhan untuk informasi lebih lanjut, serta memfasilitasi solusi yang tepat.
- d. Mengembangkan solusi. Satu masalah menunjukkan lebih dari satu solusi alternatif. Mungkin ada beberapa solusi untuk beberapa masalah. Namun, solusi atau beberapa pilihan untuk setiap situasi masalah yang diberikan selalu ada.
- e. Mempertimbangkan konsekuensi. Langkah ini harus dilakukan dengan hati-hati untuk setiap alternatif solusi. Tindakan pertama adalah membuat daftar konsekuensi potensial. Hal ini adalah strategi berpikir kritis.
- f. Membuat keputusan. Pengambilan keputusan merupakan tingkatan tindakan paling tegas.
- g. Melaksanakan dan mengevaluasi solusi. Ini adalah tindakan dan tahapan umpan balik. Aspek evaluasi yaitu melakukan pengecekan dan menanyakan apakah ada yang tidak sesuai.

3. Strategi Dalam Pengambilan Keputusan

Ada beberapa strategi pengambilan keputusan yang formal yang akan dibahas.

a. *Trial and Error*

Dalam menggunakan strategi ini, pemimpin mengambil keputusan dengan cara uji coba dan bila terjadi kesalahan maka akan diperbaiki setelahnya (Huber, 2017). Para manajer yang menggunakan *trial and error* sebagai strategi untuk pengambilan keputusan sering dipandang tidak efektif.

b. *Pilot Projects*

Pilot Projects melibatkan eksperimen dengan uji coba yang terbatas. Strategi proyek percontohan ini dilakukan secara cermat dengan mencoba solusi alternatif ringan atau terbatas untuk melihat apakah timbul efek atau akibat yang besar dari solusi yang telah dipilih.

c. *Creativity Techniques*

Teknik kreativitas digunakan sebagai cara untuk menghasilkan solusi, ide, dan pengalaman dengan memberikan kebebasan kepada anggota kelompok untuk menyampaikan ide dan solusi terhadap masalah yang dihadapi.

d. *Decision Tree*

Sebuah pohon keputusan adalah model grafis yang secara visual menampilkan pilihan, hasil, dan risiko yang mungkin terjadi sehingga dapat diantisipasi. Sebuah pertanyaan atau masalah yang diajukan, dan timbul pilihan yang bercabang. Demikian jalur keputusan dapat ditelusuri melalui titik pilihan dan seterusnya. Misalnya, keputusan yang sangat sederhana pohon keputusan mungkin mulai dengan pertanyaan "Apakah Anda berkomitmen untuk menjadi

seorang perawat? "Jawaban pertanyaan adalah ya atau tidak. Tergantung pada jawaban,jalur yang sesuai diikuti seperti yang dipetakan pada pohon keputusan. Pohon itu memungkinkan visualisasi alternatif dan konsekuensinya. Hal ini membantu dengan pengambilan keputusan melalui analisis dan kejelasan (Pidgeon & Gregory, 2004).

REFERENSI

- Bishop, V. (2009). *Leadership for nursing and allied health care professions*. McGraw-Hill Education (UK).
- Hopkins, M. M., O'Neil, D. A., Passarelli, A., & Bilimoria, D. (2008). Women's leadership development strategic practices for women and organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 60(4), 348.
- Huber, D. (2017). *Leadership and nursing care management-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Kaswan. (2013). *Leadership and Teamwork*. Bandung: Alfabeta.
- Luthans, F., & Doh, J. P. (2018). *International management: Culture, strategy, and behavior*. McGraw-Hill.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pidgeon, N. F., & Gregory, R. (2004). Judgment, decision making and public policy. *Blackwell Handbook of Judgment and Decision Making*, 604–623.
- Practice, H. C., Mcnichol, E., & Hamer, S. (2006). *Leadership and Management*.
- Samson, R. (2009). *Leadership and management in nursing practice and education* (First). Missouri: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Simamora, R. H. (2009). *Buku Ajar: Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.

PROFIL PENULIS

Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep,Ns,M.Kep

Lahir di Tambarana, Kabupaten Poso Pesisir Utara pada tanggal 12 Januari 1987. Merupakan anak terakhir dari empat bersaudara. Saat ini bertempat tinggal di Jl. Merpati Lrg. IV, kota Palu, Sulawesi Tengah.

Telah menyelesaikan Studi S1 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas De La Salle Manado pada tahun 2009 dan pendidikan profesi Ners pada tahun 2010 di tempat yang sama. Selanjutnya lulus pendidikan S2 Keperawatan peminatan Manajemen Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2017.

Bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Indonesia Jaya Palu mulai tahun 2010 sampai dengan sekarang. Saat ini menjabat sebagai ketua program studi ilmu keperawatan dan juga aktif dalam menjalankan Tri Dharma perguruan tinggi dengan melakukan pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat khususnya bidang Manajemen Keperawatan. Selain itu, penulis juga aktif terlibat dalam kegiatan pelatihan sesuai dengan keahlian yang dimiliki.

“If your actions inspire others to dream more, learn more, do more and become more, you are a leader”

Email Penulis: ketutelmiyanti@gmail.com



BAB 4

MODEL PENGELOLAAN PADA PASIEN (MODEL TIM, FUNGSIONAL, PRIMER DAN KASUS)

(Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

STIK Indonesia Jaya; Jl. Towua No. 114, 085398220091
Email: frenymbaloto@gmail.com

A. Model Pengelolaan pada Pasien

Keberhasilan pelayanan keperawatan jika ditinjau dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien sangat dipengaruhi oleh peran dan tanggungjawab manajer tingkat pertama dan menengah (kepala ruangan dan kepala bidang keperawatan). Manajer mempunyai kendali dalam menentukan model pengelolaan pemberian asuhan keperawatan pada pasien, sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan dan tuntutan perkembangan IPTEK dapat terpenuhi melalui model pengelolaan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien. Dasar pertimbangan pemilihan metode pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien menurut Marquis & Huston (2010) adalah: ketersediaan tenaga perawat, kualifikasi staf, klasifikasi pasien, sumber daya keuangan dari organisasi. Adapun jenis-jenis metode pengelolaan pasien yang berkembang saat ini adalah sebagai berikut:

1. Model Tim

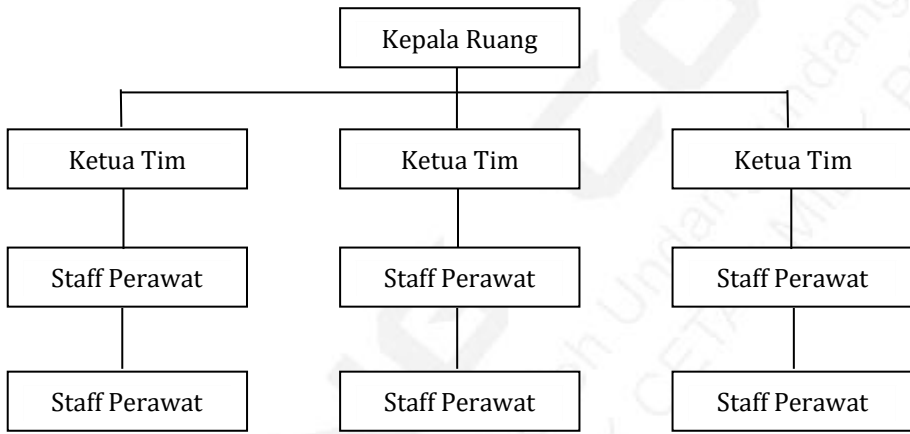
Metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien (Huber, 2014; Marquis & Huston, 2010; Yoder-wise, 2015)

Konsep model ini didasarkan pada falsafah bahwa sekelompok tenaga keperawatan bekerja secara bersama-

sama dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada pasien melalui komunikasi tim, baik secara informal antara ketua tim dan anggota tim maupun secara formal melalui rencana pertemuan tim yang terjadwal. Model tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok diberikan otonomi sebanyak mungkin saat mengerjakan tugas yang diberikan, mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga timbul motivasi serta rasa tanggungjawab perawat yang tinggi. Selain itu, setiap anggota tim merasakan kepuasan karena diakui kontribusinya didalam mencapai tujuan bersama yaitu mencapai kualitas asuhan keperawatan yang bermutu.

Dalam metode tim, ketua tim harus menjadi pemimpin, manajer, dan praktisi yang sangat terampil, yang menugaskan setiap anggota tanggung jawab khusus sesuai dengan peran, lisensi, pendidikan, kemampuan, kompetensi dan kompleksitas perawatan yang dibutuhkan. Keuntungan dari keperawatan tim adalah bahwa kemampuan khusus setiap anggota dapat digunakan secara maksimal. Model ini mendukung produktivitas kelompok dan pertumbuhan anggota tim. komunikasi sangat penting. rasa kontribusi melalui tim dapat dihutankan. pengawasan untuk perawat pemula dan personel sementara dapat difasilitasi. namun, dibutuhkan perawat terdaftar yang terampil untuk menjadi pemimpin tim. lebih lanjut, anggota tim perawat terdaftar mungkin tidak berfungsi secara maksimal karena diberi peran tambahan, yang menciptakan beberapa kurang pemanfaatan personel perawat terdaftar (Huber, 2014).

Pada dasarnya, didalam model tim terkandung dua konsep utama yang harus ada, yaitu kepemimpinan dan komunikasi efektif. Proses ini harus dilaksanakan untuk memastikan adanya kesinambungan asuhan keperawatan yang diberikan dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien secara individual dan membantunya dalam mengatasi masalah (Huber, 2010, 2014).



Gambar 1: Metode Tim (Yoder-wise, 2015)

Kelebihan:

- 1) Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif dan memungkinkan pencapaian proses keperawatan.
- 2) Konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim
- 3) Memberikan kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal dan memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif (Simamora, 2012).

Kekurangan:

- 1) Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu dimana sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk (memerlukan waktu)
- 2) Perawat yang belum terampil & kurang berpengalaman cenderung untuk bergantung/berlindung kepada perawat yang mampu
- 3) Jika pembagian tugas tidak jelas, maka tanggung jawab dalam tim kabur (Simamora, 2012)

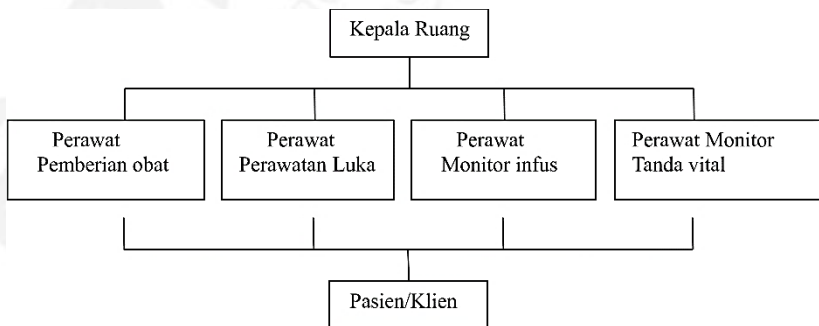
2. Metode Fungsional

Metode fungsional merupakan penerapan fungsi pengorganisasian dalam tugas pelayanan keperawatan yang didasarkan pada pembagian tugas untuk sekelompok pasien menurut jenis pekerjaan yang dilakukan. Pada metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur keperawatan. Setiap perawat diberikan satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan terhadap semua pasien yang dirawat di satu ruangan. Seorang perawat mungkin bertanggungjawab dalam pemberian obat, mengganti balutan, monitor infus dan tanda vital, personal hygiene, dsb. Prioritas utama yang dilakukan adalah pemenuhan kebutuhan fisik sesuai dengan kebutuhan pasien dan kurang menekankan kepada pemenuhan kebutuhan pasien secara holistik, sehingga dalam penerapannya kualitas asuhan keperawatan sering terabaikan (Yoder-wise, 2015).

Komunikasi di antara perawat sangat terbatas, sehingga tidak ada satu perawat yang mengetahui satu pasien secara komprehensif, kecuali mungkin kepala ruangan. Hal ini sering menyebabkan pasien kurang puas dengan

pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan, karena sering kali klien tidak mendapat jawaban yang tepat tentang hal-hal yang ditanyakan, dan kurang merasakan hubungan saling percaya dengan perawat. Komunikasi antar staf sangat terbatas dalam membahas masalah pasien. Perawat terkadang tidak memiliki waktu untuk berdiskusi dengan pasien atau mengobservasi reaksi obat yang diberikan maupun mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang diberikan (Simamora, 2012).

Pada metode ini, kepala ruangan menentukan tugas setiap perawat dalam suatu ruangan dan perawat akan melaporkan tugas-tugas yang akan dikerjakan kepada kepala ruangan. Kepala ruangan bertanggungjawab dalam membuat laporan pasien. Selain itu, kepala ruangan kurang memiliki waktu untuk membantu stafnya mempelajari cara terbaik dalam memenuhi kebutuhan pasien atau dalam mengevaluasi kondisi pasien dan hasil asuhan keperawatan, kecuali terjadi perubahan yang sangat mencolok (Simamora, 2012).



Gambar 2: Metode Fungsional (Yoder-wise, 2015)

Kelebihan:

- 1) Sejumlah besar tugas dapat diselesaikan dengan waktu yang singkat serta tanggung jawab yang kecil

- 2) Metode fungsional memungkinkan asuhan keperawatan tetap dilaksanakan dengan tenaga perawat yang terbatas
- 3) Perawat yang belum berpengalaman dapat diberikan pelatihan hingga terampil melaksanakan tugas tertentu
- 4) Hemat biaya

Kekurangan:

- 1) Komunikasi antar perawat kurang
- 2) Menimbulkan ketidakpuasan terhadap pasien maupun perawat
- 3) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan
- 4) Kontrol terhadap peningkatan kualitas pelayanan keperawatan kurang

3. Metode Primer

Metode primer adalah metode pelayanan asuhan keperawatan yang ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dengan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. Perawat primer bertanggung jawab pada perawatan pasien selama 24 jam dari masuk sampai keluar Rumah Sakit. Secara konseptual, metode primer memberikan pasien dan keluarga asuhan keperawatan yang terkoordinasi, komprehensif, dan berkesinambungan. Perawat primer berkolaborasi, berkomunikasi, dan mengoordinasikan semua aspek perawatan pasien dengan perawat sertatim kesehatan lainnya (Yoder-wise, 2015).

Penugasan yang diberikan kepada primary nurse atas pasien yang dirawat dimulai sejak pasien masuk kerumah sakit yang didasarkan kepada kebutuhan pasien atau

masalah keperawatan dan disesuaikan dengan kemampuan primary nurse. Setiap primary nurse mempunyai 4-6 pasien dan bertanggungjawab memberikan asuhan keperawatan, namun memiliki kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah dll. Dengan diberikannya kewenangan tersebut, primary nurse dituntut mempunyai akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil pelayanan yang diberikan (Simamora, 2012).

Primary nurse berperan sebagai advokat pasien terhadap birokrasi rumah sakit. Kepuasan yang dirasakan pasien dalam model primer bahwa pasien merasa dimanusiawikan karena pasien terpenuhi kebutuhannya secara individual dengan asuhan keperawatan yang bermutu dan tercapainya pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi, dan advokasi. Kepuasan yang dirasakan oleh primary nurse adalah tercapainya hasil berupa kemampuan yang tinggi terletak pada kemampuan supervisi. Staf medis juga merasakan kepuasannya dengan model primer ini, karena senantiasa informasi tentang kondisi pasien selalu muthakhir dan laporan pasien komprehensif, sedangkan pada model fungsional dan tim informasi, diperoleh dari beberapa perawat (Simamora, 2012).

Untuk pihak rumah sakit, keuntungan yang dapat diperoleh adalah rumah sakit tidak perlu memperkerjakan terlalu banyak tenaga keperawatan, tetapi tenaga yang ada harus berkualitas tinggi. Dalam menetapkan individu untuk menjadi primary nurse, diperlukan kehati-hatian karena beberapa kriteria berikut, diantaranya dalam menetapkan kemampuan

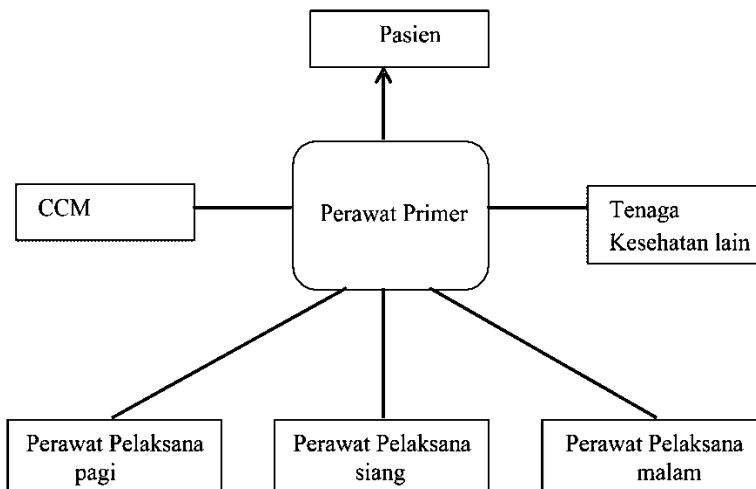
asertif, self direction, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan baik antar berbagai disiplin ilmu (Simamora, 2012).

Kelebihannya :

- 1) Fokus pada kebutuhan pasien
- 2) Otonomi perawat tinggi
- 3) Komunikasi yang jelas antara pasien, dokter, perawat pelaksana, dan anggota tim lainnya
- 4) Kepuasan kerja tinggi
- 5) Umpan balik terhadap rencana asuhan keperawatan yang disusun oleh perawat primer

Kekurangan:

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



Gambar 3: Metode Primer (Yoder-wise, 2015)

4. Metode kasus

Metode kasus atau manajemen kasus adalah proses kolaborasi yang mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan, mengkoordinasikan, memantau dan mengevaluasi pilihan dan layanan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan seorang individu melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia guna meningkatkan hasil yang berkualitas dan efektif biaya (Huber, 2014).

Powell (1996) dalam Marquis & Huston (2010) mengidentifikasi tiga model dasar manajemen kasus. Model yang pertama adalah brokerage case management. Dalam model ini, manajer kasus mengidentifikasi kebutuhan layanan dan membuat rujukan ke berbagai sumber, tetapi tidak memberikan layanan tersebut secara langsung. Model yang kedua adalah model manajemen layanan. Dalam model ini, manajer kasus mengelola baik anggaran layanan pasien maupun semua layanan. Model yang ketiga adalah model managed care. Dalam model ini, pemberi layanan asuhan dibayar untuk melakukan layanan secara prospektif, sehingga layanan yang diberikan berpusat pada harga, bukan pada keuntungan.

Model manajemen kasus merupakan generasi kedua model primary nursing. Dalam model ini, asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan pandangan bahwa untuk penyelesaian kasus keperawatan secara tuntas berdasarkan berbagai sumber daya yang ada. Tujuan dari manajemen kasus adalah menetapkan pencapaian tujuan asuhan keperawatan yang diharapkan sesuai dengan standar, memfasilitasi ketergantungan pasien sesingkat mungkin, menggunakan sumber daya seefisien mungkin, memfasilitasi secara berkesinambungan asuhan keperawatan melalui

kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, pengembangan profesionalisme dan kepuasan kerja, memfasilitasi alih ilmu pengetahuan (Simamora, 2012).

Kerangka kerja dari model manajemen kasus adalah bahwa pasien masuk melalui “agency kesehatan” dan manager mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam perencanaan sampai dengan evaluasi pada episode tertentu tanpa membedakan pasien itu berasal dari unit mana. Manajemen kasus menggunakan dua cara, yaitu case manager plan (CMP). CPD merupakan penjabaran dari CMP dan mempunyai target waktu. Manajer mengevaluasi perkembangan pasien setiap hari, yang mengacu pada tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Bentuk spesifik dari manajemen kasus ini bergantung pada karakteristik tatanan asuhan keperawatan (Simamora, 2012).

Model kasus merupakan model pemberian asuhan pertama yang digunakan. Sampai perang duania kedua, model tersebut merupakan model pemberian asuhan keperawatan yang paling banyak digunakan. Pada model ini, satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang pasien secara total dalam satu periode dinas atau shif. Jumlah pasien yang dirawat oleh satu perawat sangat bergantung pada kemampuan perawat dan kompleksnya masalah dan pemenuhan kebutuhan pasien. Dalam model kasus, perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang mencakup seluruh aspek keperawatan yang dibutuhkan pasien.

Pada model ini, perawat memberikan asuhan keperawatan kepada seorang pasien secara menyeluruh, sehingga mengetahui apa yang harus dilakukan terhadap pasien dengan baik, sehingga pasien merasa puas dan merasakan lebih aman karena mengetahui perawat yang

bertanggung jawab atas dirinya. Dengan model ini, seluruh tenaga keperawatan dituntut mempunyai kualitas profesional dan membutuhkan jumlah tenaga keperawatan yang banyak. Model ini sangat sesuai digunakan diruangan rawat khusus seperti ruang perawatan ontensif, misalnya ICCU, ICU, HCU, hemodialisa.

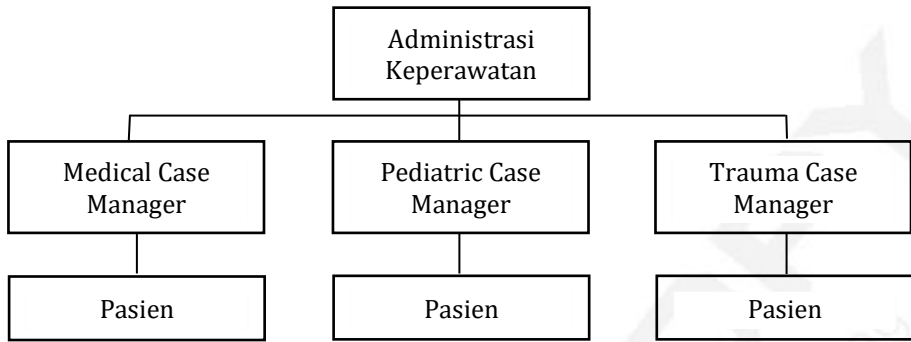
Setiap pasien ditugaskan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhannya pada saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa ditreapkan satu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

Kelebihannya:

- 1) Perawat lebih memahami kasus perkasus
- 2) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah

Kekurangan:

- 1) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggung jawab
- 2) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama



Gambar 4: Metode Kasus (Yoder-wise, 2015)

B. Kesimpulan

Model pengelolaan pasien merupakan suatu alternative metode yang akan diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas asuhan dan peningkatan derajat kesehatan pasien. Pada dasarnya seluruh jenis model pengelolaan pasien masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan. Prinsip dalam pemilihan metode penugasan yaitu pertimbangan jumlah tenaga, kualifikasi staf dan klasifikasi pasien. Dengan demikian seorang manajer dapat menentukan jenis model yang tepat untuk diterapkan pada suatu unit keperawatan melalui kajian situasi dengan memperhatikan prinsip pemilihan model pengelolaan pasien.

PROFIL PENULIS

Freny Ravika Mbaloto

Lahir di Tomata, pada tanggal 04 Februari 1986, anak pertama dari tiga bersaudara. Dibesarkan dalam keluarga Mbaloto-Kandori, Ayah Raden Mbaloto (Purnawirawan Polri), Ibu Oktovin Kandori (Pensiunan Perawat).



Menyelesaikan pendidikan TK Dharma Wanita Tomata tamat tahun 1992, SD Negeri 1 Mori Atas tamat tahun 1998, SMP Negeri 1 Mori Atas tamat tahun 2001, SMA Negeri 1 Moria Atas tamat tahun 2004, Akper Poltekes Manado tamat tahun 2007, S1 Keperawatan Stikes Nani Hasanuddin tamat tahun 2010, Program Profesi Ners Stikes Nani Hasanuddin tamat tahun 2011, S2 Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FK- UNHAS tamat tahun 2016.

Pengalaman dibidang pelayanan keperawatan sebagai perawat pelaksana di RSUD Kolonodale tahun 2007-2008. Sejak 2012 hingga saat ini sebagai dosen tetap di Program Studi Profesi Ners STIK Indonesia Jaya.

Aktif terlibat dalam organisasi profesi, sebagai bendahara DPK PPNI STIK Indonesia Jaya 2017 sampai saat ini. Aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil pengabdian kepada masyarakat dan penelitian.

Email Penulis: frenymbaloto@gmail.com

BAB 5

KONSEP MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)

(Diah Fitri Purwaningsih, S.Kep. Ns., M.Kep)

STIK Indonesia Jaya; Jalan Towua no 114 Palu Selatan Sulawesi
tengah;081215747180

Email: diah_vitri85@yahoo.co.od

A. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Model praktik keperawatan profesional (MPKP) merupakan suatu model atau cara untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional dimana terdiri dari struktur, poses dalam memberikan serta nilai-nilai professional (Sitorus & Yulia, 2006).

Menurut Hoffart & Woods (1996) ada beberapa sub sistem dalam MPKP yaitu nilai-nilai profesional, hubungan profesional, pendekatan manajemen keperawatan, pemberian asuhan keperawatan dan kompensasi atau penghargaan. Untuk lebih jelasnya Sitorus & Panjaitan (2011) menguraikan sebagai berikut :

1. Nilai-nilai profesional

Nilai-nilai profesional merupakan faktor utama dalam MPKP dan mencakup pembelajaran sepanjang hayat untuk mendukung praktik ilmuah yang berkualitas.

2. Hubungan profesional

Hubungan profesional memungkinkan adanya hubungan kolaborasi, konsultasi antar tim, dan konfrens antar tim serta konfrens untuk penyelesaian konflik.

3. Pendekatan manajemen keperawatan

Pendekatan manajemen ini menekankan kepala ruang sebagai fasilitator atau penasehat sedangkan yang

mengambil keputusan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien adalah perawat primer. Manajemen keperawatan meliputi dari perencanaan, pengorganisasian, penerahan dan pengendalian.

4. Sistem pemberian asuhan keperawatan

Kepala ruangan memiliki tanggungjawab dalam pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang tentunya menyesuaikan dengan jumlah kategori tenaga yang ada diruangan. Metode keperawatan primer adalah metode pemberian asuhan keperawatan yang paling sering digunakan dalam pelaksanaan MPKP.

5. Sistem kompensasi dan penghargaan

Dengan adanya kompensasi dan penghargaan menuntut perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan yang profesional, karena semakin baik pelayanan maka akan mendapatkan penghargaan.

B. Tujuan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Pada praktik keperawatan, MPKP mempunyai beberapa tujuan diantaranya MPKP diharapkan mampu mempertahankan konsistensi dalam pemberian asuhan keperawatan, dapat meminimalisir konflik, ketidakjelasan dan kesenjangan dalam melaksanakan asuhan keperawatan, MPKP diharapkan dapat meningkatkan kemandirian dalam pemberian asuhan keperawatan, MPKP dapat sebagai acuan dalam menentukan dalam memutuskan kebijakan, ruang lingkup dan tujuan asuhan dapat dijelaskan dengan tegas, Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, Meningkatkan kualitas penelitian keperawatan (Keliat & Akemat, 2009; Herlambang & Murwani, 2012)

C. Karakteristik Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

1. Penetapan Jumlah Tenaga Keperawatan

Untuk menunjang pelaksanaan MPKP seorang pemimpin diharapkan mampu menentukan jumlah tenaga keperawatan karena jumlah tenaga merupakan faktor penting untuk menghindari beban kerja perawat yang berlebih sehingga kualitas pelayanan keperawatan dapat maksimal. Ada beberapa tahapan dalam perencanaan kebutuhan tenaga perawat menurut Gillies (1994) antara lain pelayanan keperawatan yang akan diberikan harus mampu teridentifikasi dengan baik, dalam melakukan pelayanan keperawatan perawat yang ditugaskan harus mempunyai kriteria yang sesuai, tentukan jenis perawat yang akan ditugaskan, melakukan pemilihan dan seleksi tenaga perawat, melakukan seleksi terhadap tenaga perawat, menetapkan tupoksi serta kewajiban dalam pelayanan keperawatan.

Penentuan kebutuhan jumlah perawat harus disesuaikan dengan tingkat ketergantungan pasien, tingkat ketergantungan pasien terdiri dari pertama *self care* (perawatan mandiri) dimana klien dapat melakukan aktifitas perawatan secara mandiri sehingga klien hanya memerlukan bantuan secara minimal dalam asuhan keperawatan. Kedua *partial care* (perawatan sebagian) dimana dalam pemberian asuhan keperawatan klien memerlukan bantuan sebagian. Ketiga *total care* (perawatan total) dimana dalam melakukan asuhan keperawatan klien memerlukan pengawasan atau observasi secara ketat dan klien memerlukan bantuan secara penuh. Keempat *intensive care* (perawatan intensif) dimana klien memerlukan pengawasan/observasi secara terus menerus (Gillies, 1994).

Beberapa rumus dalam menentukan kebutuhan tenaga keperawatan dalam unit perawatan:

1) Metode Gillies

Prinsip penghitungan rumus Gillies:

Jumlah jam keperawatan rata-rata jumlah

Yg dibutuhkan klien perhari X klien perhari X hari/tahun

Jumlah hari/tahun - hari libur X jml jam

Masing-masing kerja tiap Perawat perawat

= jumlah jam perawatan yg dibutuhkan pertahun

jumlah jam perawatan yg diberikan perawat pertahun

= Jumlah perawat di satu unit perawat

- a. Waktu keperawatan langsung (rata-rata 4-5 jam/klien/hari) dengan spesifikasi pembagian: keperawatan mandiri (*self care*) = $\frac{1}{4} \times 4 = 1$ jam, keperawatan partial (*partial care*) = $\frac{3}{4} \times 3 = 3$ jam, keperawatan total (*total care*) = $1 - 1,5 \times 4 = 4 - 6$ jam, dan keperawatan intensif (*intensive care*) = 2×4 jam = 8 jam

- b. Waktu keperawatan tidak langsung

Menurut RS Detroit dalam Gillies (1994) = 38 menit/klien/hari

Menurut Wolfe & Young dalam Gillies (1994) = 60 menit/klien/hari = 1 jam/klien/hari

- c. Waktu penyuluhan kesehatan kurang lebih 15 menit/hari/klien = 0,25 jam/hari/klien

- d. Rata-rata klien yang dirawat per hari berdasarkan rata-rata biaya / *Bed Occupancy Rate* (BOR) dengan rumus :

Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu X 100%

Jumlah tempat tidur X 365 hari

Catatan

Dalam satu tahun adalah 365 hari, jumlah hari libur adalah 73 hari, jumlah hari minggu/libur adalah 52 hari (hari sabtu mengikuti kebijakan rumah sakit setempat, apabila merupakan hari libur maka harus diperhitungkan, dan seperti itu juga sebaliknya), jumlah hari libur nasional adalah 13 hari, jumlah cuti tahunan adalah 8 hari. Perawat bekerja per minggu adalah 40 jam dengan asumsi jika hari kerja efektif adalah 6 hari adalah $40/6$ yaitu 6,6 (7 jam per hari), sedangkan jika hari kerja efektif per minggu adalah 5 hari adalah $40/5$ yaitu 8 jam per hari. Untuk mengantisipasi kekurangan tenaga maka jumlah perawat harus ditambah 20% dengan perbandingan 55% : 45% untuk perbandingan profesional banding vokasional.

Contoh

Di ruang rawat inap yang mempunyai kapasitas 20 bed, dengan rata-rata BOR 16 orang per hari, dengan tingkat ketergantungan pasien 3 orang *minimal care*, 7 orang *partial care*, dan 6 orang *total care*. Dengan asumsi jam kerja perawat adalah 40 jam/minggu (6 hari/minggu) sehingga jumlah jam kerja perhari $40/6 = 7$ jam/hari.

Jumlah jam keperawatan langsung

- Ketergantungan minimal = 3 orang x 1 Jam = 3 jam
- Ketergantungan partial = 7 orang x 3 jam = 21 jam
- Ketergantungan total = 6 orang x 6 jam = 36 jam
60 jam

Jumlah keperawatan tidak langsung

16 orang klien x 1 jam = 16 jam

Pendidikan kesehatan = 16 orang klien x 0,25 = 4 jam

Jumlah total jam keperawatan/klien/hari

60 jam + 16 jam + 4 jam = 5 jam/klien/hari

16 orang

Jumlah tenaga yang dibutuhkan :

$$\frac{5 \times 16 \times 365}{(365-73) \times 7} = \frac{29.200}{2.044} = 14,28 \text{ (14 orang)}$$

Ditambah 20% untuk cadangan menjadi $14 \times 20\% = 2,8$ (3 orang)

Sehingga dibutuhkan tenaga secara keseluruhan $14+3 = 17$ orang/hari

Perbandingan profesional berbanding dengan vocational = $55\% : 45\% = 9 : 8$ orang

2) Metode Swansburg

Contoh perhitungan tenaga keperawatan dengan metode Swansburg dalam ruang rawat yang mempunyai 24 bed yang rata-rata perhari 16 pasien dimana waktu kontak langsung adalah 5 jam/klien/hari sehingga :

a. Dalam satu hari total jam perawat adalah 16×5 jam = 80 jam, sehingga membutuhkan perawat $80/7=11,4$ ddibulatkan menjadi 11 perawat dalam satu hari

b. Dalam satu minggu total jam kerja perawat adalah 40 jam

Shift perawat dalam satu minggu adalah 11×7 (1 minggu) = 77 shift dalam satu minggu

Sehingga untuk satu hari membutuhkan perawat $80/6 = 13$ perawat

(jam kerja perawat adalah 6 hari dengan 7 jam tiap shift)

Pembagian proporsi dinas dalam satu hari menurut Waestler dalam Swansburg (1999) adalah pagi : siang : malam = $47\% : 36\% : 17\%$ maka total tenaga keperawatan yang dibutuhkan dalam satu hari adalah 13 perawat yang terbagi :

- Pagi : $47\% \times 13 = 6,11 = 6$ orang

- Sore : $36 \% \times 13 = 4,68 = 5$ orang
- Malam : $17 \% \times 13 = 2,21 = 2$ orang

3) Metode Douglas

Menurut Douglas 1992 dalam mencukupi jumlah tenaga perawat dalam satu ruang rawat harus mengacu pada klasifikasi klien, dimana klasifikasi pasien terbagi menjadi minimal, partial, dan total.

Tabel 5.1 Klasifikasi klien, dengan kategori klasifikasi klien minimal, partial, dan total

Jumlah pasien	Klasifikasi pasien								
	Minimal			Partial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	malam
1.	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2.	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3.	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,60

Sumber (douglas, 1992)

Pembagian tingkat kebutuhan pasien berdasarkan derajat ketergantungannya (douglas, 1992)

1) Perawatan minimal

Perawatan minimal dimana mengobservasi tanda-tanda vital saat pergantian dinas, pasien mampu melakukan kegiatan secara mandiri berupa kegiatan *personal hygiene*, mandi, berpakaian, makan dan minum, sedangkan ambulasi dalam pantauan, mendapatkan pengobatan secara minimal, status psikologis klien stabil, dilakukan perawatan luka sederhana dan pasien memerlukan bantuan 1-2 jam dalam 24 jam.

2) Perawatan partial

Perawatan partial dimana mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam sekali, pasien mampu melakukan kegiatan dengan bantuan berupa kebersihan diri, makan minum, membantu ambulasi klien, pemberian obat dilakukan dengan penyuntikan/injeksi, pasien terpasang kateter urine, klien terpasang infus, dilakukan pemantauan keseimbangan cairan ketat. Pasien memerlukan bantuan 3-4 jam dalam 24 jam.

3) Perawatan total

Perawatan total dimana melakukan observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam sekali, pemberian makanan dilakukan dengan selang NGT, semua kebutuhan klien dibantu antara lain perubahan posisi, terapi obat melalui intravena, pada pasien dengan lendir banyak dilakukan suction, klien disorientasi dan terlihat gelisah, dilakukan perawatan luka yang luas dan kompleks.

2. Penetapan Jenis Tenaga Keperawatan

Di dalam mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional perlu mengidentifikasi jenis tenaga keperawatan yang terdiri dari kepala ruang, *Clinical Care Manager* (CCM), Perawat Primer (PP), dan perawat asosiet (PA). Sitorus & Panjaitan (2011) menjelaskan beberapa tugas dan uraian tanggung jawab pada masing-masing bagian sebagai berikut:

1) Kepala ruang

Dalam proses pelaksanaan MPKP Pemula syarat kepala ruang adalah seorang perawat yang memiliki kualifikasi pendidikan DIII Keperawatan yang berpengalaman sedangkan syarat kepala ruang untuk MPKP tingkat I adalah seorang perawat yang memiliki kualifikasi pendidikan S.Kp/Ners yang berpengalaman, dan mempunyai jadwal dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawabnya adalah sebagai berikut

- a) Pengaturan jadwal shift
 - b) Mengevaluasi ketertiban serta kebersihan ruang rawat inap
 - c) berdiskusi dengan staf dalam *problem solving*
 - d) Memastikan jadwal kegiatan PP dan PA terlaksana dengan baik
 - e) Melakukan orientasi staf baru, dokter residensi, serta mahasiswa yang akan melakukan praktek
 - f) Melakukan kegiatan persuratan/administrasi
 - g) Melakukan kerjasama dengan *clinical care manager* dalam pembimbingan mahasiswa untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai.
 - h) Membina keharmonisan antara pasien, anggota keluarga dan tim medis lainnya
 - i) Melihat ketersediaan status keperawatan
 - j) Bersama CCM membina PP dan PA dalam penerapan MPKP
 - k) Jika PP sedang cuti penanggungjawab PP dialihkan kepada kepala ruang/CCM kemudian bisa didelegasikan ke PA yang berpengalaman dalam pengawasan kepala ruang
 - l) Melakukan perencanaan dan memfasilitasi tersedianya kebutuhan yang diperlukan dalam ruang rawat inap
 - m) Mengadakan rapat bulanan untuk membahas kebutuhan ruangan
 - n) Melakukan perencanaan dengan CCM dan mengevaluasi mutu keperawatan
- 2) *Clinical Care Manager (CCM)*

Pada MPKP pemula seorang CCM berkualifikasi pendidikan S.Kp/Ners yang berpengalaman dan pada MPKP tingkat I seorang CCM berkualifikasi

pendidikan Ners Spesialis. Pada MPKP tingkat II CCM lebih dari 1 orang Ners Spesialis dan menyesuaikan kekhususan sesuai dengan kasus yang ada. CCM mempunyai tugas shift pagi.

CCM mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut

- a) Membimbing dan mengevaluasi pelaksanaan MPKP
- b) Berdiskusi PP dan PA serta memberikan saran
- c) Memaparkan trend dan isu dalam pelayanan keperawatan
- d) Mengidentifikasi *evidence based practice* untuk keperawatan
- e) Merancang penelitian berdasarkan masalah penelitian
- f) Mengimplementasikan hasil riset pada pelayanan keperawatan
- g) Mengevaluasi mutu asuhan keperawatan yang bekerjasama dengan kepala ruangan, mengkoordinasikan, melakukan pengarah dan melakukan evaluasi mahasiswa praktek, serta melakukan evaluasi penerapan MPKP
- h) Melakukan evaluasi kegiatan pendidikan kesehatan oleh PP dan memberikan saran pendidikan kesehatan yang lebih baik
- i) Merencanakan rapat dalam mendukung peningkatan penelitian demi tercapainya pelayanan asuhan yang profesional

3) Perawat Primer (PP),

Pada MPKP pemula PP mempunyai kualifikasi DIII yang berpengalaman, MPKP tingkat I PP mempunyai kualifikasi S.Kp/Ners. PP dapat berdinas pagi, sore atau malam hari.

Tugas dan tanggung jawab PP adalah sebagai berikut

- a) Kontrak waktu dengan klien dan keluarga
 - b) Melakukan pengkajian pasien baru
 - c) Menyusun intervensi keperawatan untuk diimplementasikan kepada pasien
 - d) Menjelaskan intervensi kepada PA
 - e) Menetapkan PA yang bertanggungjawab pada pasien disetiap shift
 - f) Melakukan bimbingan kepada PA
 - g) Mengobservasi pendokumentasian yang dilakukan oleh PA
 - h) Memfasilitasi PA agar pendokumentasian terlaksana dengan baik
 - i) Melaksanakan implementasi keparawatan yang tidak diselesaikan PA
 - j) Melakukan *health education*
 - k) Melakukan *discharge planning*
 - l) Berkerjasama dengan CCM
- 4) Perawat asosiet (PA).

Pada MPKP Pemula/MPKP tingkat I, PA adalah DIII keperawatan tetapi beberapa rumah sakit masih ada lulusan SPK sehingga SPK dengan pengalaman bisa menjadi PA.

Tugas dan tanggungjawab PA adalah

- a) Mempelajari dan memahami serta mengaplikasikan intervensi yang dibuat oleh PP
- b) Membina BHSP dan komunikasi terapeutik dengan pasien dan keluarga pasien
- c) Menerima pasien baru seta memberlakukan penerimaan pasien baru sesuai dengan format apabila PP tidak ditempat
- d) Melakukan implementasi dan evaluasi serta mendokumentasikan kegiatan pada format yang

ada

- e) Apabila PP tidak ditempat PA mengikuti visite dokter
- f) Melihat dan merapikan kelengkapan sttus pasien
- g) Berkomunikasi dengan PP apabila ada masalah yang tidak bisa diselesaikan
- h) Menyiapkan pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang
- i) Mengelola terapi obat

Menurut Sitorus & Panjaitan (2011) jenis tenaga keperawatan ditetapkan berdasarkan metode modifikasi keperawatan primer, sebagai contoh uji coba menggunakan metode modifikasi keperawatan primer dibutuhkan 1 kepala ruang berkualifikasi S.Kp/Ners, 3 PP berkualifikasi S.Kp/Ners, dan 21 PA, sehingga dibutuhkan 25 perawat dalam satu ruang rawat.

Tabel 5.2 Perkiraan jumlah kebutuhan perawat disatu ruang rawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien

Hari	Klasifikasi			Jumlah pasien	Jumlah kebutuhan perawat		
	Minimal	Partial	Total		Pagi	Sore	Malam
1	12	9	6	27	6,63	4,83	3,30
2	14	8	3	25	6,62	3,06	2,56
3	11	9	5	25	6,05	4,39	2,73
4	9	11	7	27	7,02	5,01	3,07
5	12	12	6	30	7,44	5,28	3,24
6	13	6	11	30	7,90	6,02	3,92
7	11	7	11	29	7,70	5,89	3,79
8	8	10	11	29	8,02	5,92	3,70
9	9	9	11	29	7,92	5,91	3,73
10	12	7	9	28	7,17	5,88	3,49

11	13	7	8	28	6,98	5,27	3,39
12	13	7	7	27	6,62	4,97	3,19
13	14	4	6	25	5,62	4,36	2,88
14	9	10	8	27	7,11	5,16	3,10
15	12	8	9	29	7,44	5,58	3,56
16	16	6	7	29	6,68	5,84	3,42
17	13	9	6	28	6,80	4,97	3,06
18	15	9	6	30	7,40	5,25	3,30
19	12	8	9	29	7,40	5,58	3,56
20	9	6	14	29	8,19	6,36	4,12
21	8	9	10	27	7,39	5,47	3,43
22	9	12	7	28	7,29	5,16	3,14
Rata-rata					7,11	5,28	3,35

Sumber: Sitorus & Panjaitan. (2011) Manajemen keperawatan di ruang rawat

3. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan

Agar MPKP dapat terlaksana dengan baik ada beberapa model pemberian asuhan keperawatan antara lain metode kasus, metode fungsional, metode tim, metode keperawatan primer dan manajemen kasus (Gillies 1994).

4. Proses Keperawatan

Proses keperawatan seyogyanya dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan sehingga keputusan dalam pengambilan keputusan dalam asuhan keperawatan dilakukan secara bertahap. Langkah dalam pengambilan keputusan pada proses keperawatan terdiri dari pengkajian, penegakan diagnosis, penyusunan intervensi, penetapan implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan tersebut harus terdokumentasikan dengan baik, karena semua informasi dapat diketahui secara berkesinambungan, dan berfungsi sebagai sarana berkomunikasi anatara profesi kesehatan. (Potter & Perry 2005; Sitorus & Panjaitan, 2011).

D. Tingkatan dan Spesifikasi MPKP

Untuk mendukung terlaksananya pelaksanaan MPKP di ruang rawat ada beberapa tingkatan dan spesifikasi yang harus dicukupkan diantaranya metode pemberian asuhan keperawatan, ketenagaan, pendokumentasian dan aspek penelitian. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.3 Tingkatan dan Spesifikasi MPKP

Tingkat	Praktik keperawatan	Metode pemberian askep	Ketenagaan	Dokumentasi	Aspek penelitian
MPKP pemula	Dapat memberikan askep yang profesional tingkat pemula	Modifikasi keperawatan primer	1. Jumlah sesuai kebutuhan 2. CCM adalah S.Kp/Ners (1:25-30) 3. Perawat primer pemula adalah DIII 4. PA boleh SPK/DIII	Standar renpra (masalah actual)	
MPKP I	Dapat memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I	Modifikasi keperawatan primer	1. Jumlah sesuai kebutuhan 2. CCM adalah S.Kp/Ners (1:25-30) 3. perawat primer adalah S.Kp/Ners 4. PA adalah DIII keperawatan	Standar renpra (masalah actual dan masalah risiko)	1.PP melakukan Penelitian deskripttif 2.mengidentifikasi masalah penelitian 3.Pemanfaatan hasil penelitian
MPKP II	Dapat memberikan	Manajemen kasus dan	1. Jumlah sesuai	Clinical pathway/	1.Ners spesialis

	asuhan keperawatan profesional tingkat II	Modifikasi keperawatan primer	kebutuhan 2. CCM adalah Spesialis Ners (1:1 PP) 3. PP adalah S.Kp/Ners 4. PA adalah DIII keperawatan	standar renpra	melakukan Penelitian eksperimen 2.mengidentifikasi masalah penelitian 3.Pemanfaatan hasil penelitian
MPKP III	Dapat memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat III	Manajemen kasus dan Modifikasi keperawatan primer	1. Jumlah sesuai kebutuhan 2. Dokter keperawatan klinik (konsultan) 3. CCM adalah Ners Spesialis (1:1 PP) 4. PP adalah S.Kp/Ners 5. PA adalah DIII keperawatan	Clinical pathway/ standar renpra	1.lebih banyak penelitian eksperimen 2.mengidentifikasi hasil 3.Pemanfaatan hasil penelitian

Sumber: Sitorus, R. (2006) Model Praktik Keperawatan Profesional

REFERENSI

- Douglas, L.M. (1992). *The effective nurse Leader and Manager*. St. Louis: The CV. Mosby Company.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing Management: A System Approach*. (third edition) Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Herlambang, S. & Murwani, A. (2012). *Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hoffart, N. & Woods, C.Q. (1996). *Element of Nursing professional practice model*. Journal of professional nursing, vol 12, No 6
- Keliat, B.A & Akemat. (2009). *Model praktek keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry, (2005), *Fundamental Keperawatan; konsep, proses, dan praktik*. Edisi 4, alih bahasa Yasmin Asih, dkk, Jakarta; EGC
- Sitorus, R & Panjaitan, R. (2011). *Manajemen Keperawatan: Manajemen keperawatan diruang rawat*. Jakarta: Sagung Seto
- Sitorus, R & Yulia. (2006). *Model praktik keperawatan profesional di rumah sakit: Penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC.
- Sitorus, R. (2006). *Model praktek keperawatan profesional di rumah sakit: penataan struktur dan proses (system) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC.
- Swansburg, RC. (1999). *Introductory Management and Leadership for Nurses*. London : Jones and Bartlett Publishers, Inc

PROFIL PENULIS

Diah Fitri Purwaningsih

Lahir di Wonogiri 9 Juni 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surya Global tahun 2007, kemudian penulis menyelesaikan pendidikan Profesi/Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surya Global Tahun 2008. Pada tahun 2016, penulis menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Manajemen Keperawatan di Universitas Diponegoro.



Penulis memulai karirnya sebagai instruktur praktikum di laboratorium program studi ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surya Global (2008-2011). Penulis aktif menjadi pengajar program studi ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya sejak tahun 2011 sampai sekarang. Pada tahun 2017-2018 sebagai kepala laboratorium keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya, dan sekarang sebagai sekertaris Lembaga Penjamin Mutu Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya

Penulis aktif dalam pengembangan profesi keperawatan, yang tergabung dalam organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Penulis saat ini sebagai ketua Dewan Pengurus Komisariat PPNI Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya. Penulis aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil pengabdian kepada masyarakat dan penelitian.

Email Penulis: diah_vitri85@yahoo.co.id

BAB 6

KONSEP TIMBANG TERIMA PASIEN DAN PENGELOLAAN OBAT

(Suratmi, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Universitas Muhammadiyah Lamongan
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan (0322) 322356
suratmi@umla.ac.id / suratmi.umla@gmail.com

A. Konsep Timbang Terima

1. Pengertian

Timbang terima atau serah terima disebut *juga handoffs, handover, signout, shift report, signover dan cross coverage*. Timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien (Nursalam, 2018). Menurut *Australian Medical Association/AMA* (2006) timbang terima merupakan pengalihan tanggung jawab profesional dan akuntabilitas untuk beberapa atau semua aspek perawatan pasien, atau kelompok pasien, kepada orang lain atau kelompok profesional secara sementara atau permanen.

Timbang terima perawat didefinisikan oleh Radtke K (2013), sebagai laporan dengan tujuan menghubungkan apa yang terjadi dan perawatan apa yang diberikan kepada pasien selama shift sebelumnya, agar anggota shift berikutnya mengetahui aspek fundamental dari kondisi pasien saat ini, dalam upaya untuk menjamin kesinambungan perawatan pasien

Serah terima keperawatan terjadi ketika seorang perawat menyerahkan tanggung jawab perawatan pasien kepada perawatlain, misalnya pada akhir shift

keperawatan (Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H, 2014). Rata-rata, serah terima keperawatan terjadi tiga kali sehari untuk setiap pasien. Dalam kegiatan ini terjadi transfer informasi terkini mengenai kondisi pasien dan juga transfer tanggung jawab dan tanggung gugat perawatan pasien pada shift (dinas) selanjutnya. Timbang terima merupakan salah satu bentuk komunikasi terstruktur antar perawat yang dapat dimanfaatkan untuk mengetahui secara detail kondisi pasien selama perawatan. Timbang terima dapat dikatakan sebagai salah satu faktor yang mendorong pemberian asuhan keperawatan bisa berjalan dengan baik dan aman, karena dalam timbang terima dapat diketahui perubahan kondisi pasien selama perawatan, terapi yang telah didapatkan, respons pasien setelah terapi dan rencanaantisipasi untuk perawatan selanjutnya. Keterlibatan pasien dan keluarga dalam timbang terima terdapat pada tahap konfirmasi kondisi terkini pasien

Saat ini timbang terima merupakan salah satu issue dalam sasaran keselamatan pasien. Handover pasien dirancang sebagai salah satu metode untuk memberikan informasi yang relevan pada tim perawat setia pergantian shif, sebagai petunjuk memberikan informasi mengenai kondisi terkini pasien, tujuan pengobatan, rencana perawatan serta menentukan prioritas pelayanan yang dilakukan secara tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, sehingga dapat dipahami, dan akan mengurangi kesalahan, serta menghasilkan peningkatan keselamatan pasien (SNARS, 2018).

Dalam praktik sehari-hari serah terima dilakukan dengan berbagai cara, beberapa serah terima dilakukan melalui perawat saling berbicara (*verbal handover*). Lainnya dilakukan melalui perawat membaca catatan

medis pasien atau melalui kombinasi membaca dan berbicara satu sama lain. Dalam beberapa kasus mereka dilakukan di samping tempat tidur pasien, sehingga pasien dapat berkontribusi, jika diinginkan. Keefektifan timbang terima bisa disebut tergantung pada ketrampilan komunikasi interpersonal perawat. Saat ini timbang terima telah menjadi salah satu standar dalam issue keselamatan pasien. Timbang terima yang dilakukan dengan baik dapat membantu mengidentifikasi kesalahan dan memfasilitasi kelangsungan perawat pasien. Komunikasi timbang terima shift memiliki hubungan yang sangat penting dalam menjamin kontinuitas, mutu dan keselamatan dalam pelayanan kesehatan. Komunikasi dalam serah terima jika tidak dilakukan dengan benar dapat menyebabkan beberapa masalah, termasuk keterlambatan diagnosis medis dan peningkatan kemungkinan efek samping, serta konsekuensi lain termasuk biaya perawatan kesehatan yang lebih tinggi, penyedia yang lebih besar dan ketidakpuasan pasien.

2. Tujuan Timbang Terima

Tujuan utama timbang terima adalah tercapainya komunikasi klinis berkualitas tinggi yang efektif saat peralihan tanggung jawab perawatan pasien. Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*). Selain itu ada beberapa tujuan dilakukannya timbang terima menurut Nursalam (2018), yaitu:

- 1) Data focus mengenai kondisi pasien dapat diketahui oleh perawat shift selanjutnya
- 2) Intervensi keperawatan yang telah dilakukan dan intervensi yang belum dilakukan perawat pada shift sebelumnya

- 3) Hal penting yang harus dilakukan pada shift selanjutnya
- 4) Rencana kerja untuk shift selanjutnya dapat tersusun untuk masing – masing pasien

Timbang terima (*handover*) memiliki tujuan untuk mengakurasi, mereliabilisasi komunikasi tentang tugas perpindahan informasi yang relevan yang digunakan untuk kesinambungan dalam keselamatan dan keefektifan dalam bekerja. Timbang terima (*handover*) memiliki 2 fungsi utama yaitu:

- 1) Sebagai forum diskusi untuk bertukar pendapat dan mengekspresikan perasaan perawat.
- 2) Sebagai sumber informasi yang akan menjadi dasar dalam penetapan keputusan dan tindakan keperawatan.

3. Manfaat Timbang Terima

Menurut Nursalam (2018) beberapa manfaat timbang terima bagi perawat diantaranya :

- 1) Meningkatkan kompetensi komunikasi interpersonal perawat
- 2) Menciptakan hubungan profesional antar perawat yang bertanggung jawab pada perawatan pasien
- 3) Asuhan keperawatan terhadap pasien dapat dilakukan secara berkesinambungan,
- 4) Perkembangan pasien dapat dipantau secara terus menerus

Sedangkan bagi pasien, saat timbang terima pasien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap saat perawat berkeliling (*bed side*). Perawat dapat melakukan klarifikasi kepada pasien tentang keluhan dan apa yang dirasakan secara langsung dan pasien pun bisa mengungkapkan jika ada perubahan kondisinya.

Manfaat timbang terima menurut AHHA (2009) adalah:

- 1) Timbang terima akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang berkelanjutan. Timbang terima memungkinkan perawat mengetahui hal-hal yang perlu ditindak lanjuti oleh perawat berikutnya. Informasi kondisi yang akurat dapat meningkatkan kewaspadaan perawat dalam penanganan pasien
- 2) Timbang terima dapat membangun budaya komunikasi professional antara perawat. Perawat dapat bertanya atau melakukan *cross check* tentang kondisi pasien yang berada dalam tanggung jawabnya.
- 3) Timbang terima juga memberikan “manfaat katarsis” (upaya untuk melepaskan beban emosional yang terpendam) sehingga menurunkan kecemasan maupun stress kerja
- 4) Timbang terima dapat menumbuhkan semangat dan motivasi bagi perawat karena adanya komunikasi antar perawat memungkinkan perawat dapat mengambil pembelajaran dan pengalaman dari informasi yang disampaikan untuk membantu perencanaan pada tahap asuhan keperawatan selanjutnya.
- 5) Manfaat lain dari timbang terima adalah manfaat bagi pasien yaitu pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal, dan dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap. Bagi rumah sakit, timbang terima dapat meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien secara komprehensif sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien dan peningkatan citra rumah sakit

4. Jenis Timbang Terima

Timbang terima perlu adanya struktur yang baik dan terorganisir dengan baik. Pemberi asuhan diharapkan mengetahui tujuan serah terima, informasi yang

diperlukan dan dokumentasi yang mereka butuhkan untuk dibagikan.

Menurut SNARS (2018) Serah terima asuhan pasien (*hand over*) di dalam rumah sakit terjadi:

- 1) Antar Pemberi Asuhan (PPA) seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran shift;
- 2) Antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi; dan
- 3) Dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostic atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik

Timbang terima umumnya dilakukan pada pergantian shift dinas, namun pada hal berikut juga diperlukan serah terima mengenai kondisi pasien yaitu :

- 1) Dari satu bangsal ke bangsal atau departemen lain
- 2) Saat pasien dipindahkan ke fasilitas lain
- 3) Saat pasien pulang
- 4) Bila kondisi pasien membutuhkannya

5. Tahapan Timbang Terima

Timbang terima keperawatan terdiri dari tiga fase: sebelum, selama, dan setelah. Hambatan serah terima dibagi menjadi tenaga kerja, material, uang, metode, lingkungan, dan teknologi. Isi serah terima bervariasi sesuai dengan keakraban perawat dengan pasien dan kompleksitasnya.

Tahapan dalam timbang terima yaitu:

- 1) Tahap Persiapan.

Pada tahap ini perawat akan mempersiapkan dokumen dan informasi yang akan disampaikan pada perawat yang bertugas selanjutnya.

2) Tahap Pelaksanaan,

Tahap ini dilakukan di nurse station dan di samping tempat tidur pasien. Saat di nurse station perawat yang akan pulang dan datang melakukan pertukaran informasi oleh perawat yang datang tentang tanggung jawab dan tugas yang dilimpahkan. Perawat akan melaporkan mengenai kondisi ruangan secara umum dan kondisi pasien khususnya yang berada dalam asuhan keperawatannya. Saat tersebut perawat dapat melakukan konfirmasi, bertanya maupun memeriksa ulang dokumen timbang terima yang telah disiapkan. Pada tahap ini terjadi komunikasi dua arah antar perawat jaga sebelumnya dengan perawat jaga yang akan bertugas. Setelah dirasa cukup, selanjutnya perawat melakukan pengecekan ulang (*crosscheck*) berkeliling ke ruang tempat perawatan dan bertanya langsung kepada pasien serta memberitahukan kepada pasien bahwa shift telah terakhir dan akan digantikan oleh shift berikutnya.

3) Tahap Post Timbang Terima.

Perawat menandatangani dokumen timbang terima dengan sepengetahuan kepala ruang. Kepala ruang memberikan semangat untuk perawat yang akan bertugas dan memberikan reward ucapan terima kasih kepada perawat yang usai bertugas.

Dalam timbang terima sering terjadi gangguan komunikasi yang jika gangguan itu serius maka bisa berakibat fatal hingga timbul kejadian sentinel atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Untuk menghindari hal tersebut maka metode timbang terima bisa dilakukan dengan 1) tertulis, 2) Verbal, 3) Direkam dan 4) *bedside* (di samping pasien)

Hal-hal yang disampaikan dalam timbang terima diantaranya:

- 1) Jumlah pasien secara umum yang berada dalam asuhan keperawatan
- 2) Identitas pasien dan diagnose medis
- 3) Masalah keperawatan potensial
- 4) Keluhan pasien actual yang masih dirasakan berdasarkan observasi terakhir perawat
- 5) Implementasi keperawatan yang sudah dilakanakan dan yang belum
- 6) Intervensi kolaborasi antar professional dan intervensi mandiri keperawatan
- 7) Rencana kegiatan selanjutnya, misalkan persiapan operasi, persiapan transfuse darah, persiapan pemeriksaan penunjang lainnya

Tujuan timbang terima adalah untuk memastikan transfer informasi, tanggungjawab, dan akuntabilitas yang akurat dan tepat waktu. Prinsip-prinsip utama harus diperhatikan pada saat pelaksanaan timbang terima meliputi (*The Victorian Quality Council, 2012*):

- 1) Timbang terima harus terorganisir dengan baik.
- 2) Keterlibatan pasien dan keluarga.
- 3) Timbang terima memerlukan persiapan yang cukup.
- 4) Timbang terima harus tetap memberikan kesadaran lingkungan (*environment awareness*)
- 5) Timbang terima pasien harus menjamin adanya transfer tanggung jawab dan akuntabilitas antara dokter dan pelayanan kesehatan.

6. Instrumen Timbang Terima

Timbang terima yang telah menjadi salah satu isu dalam sasaran keselamatan pasien memerlukan pengembangan instrumen demi tercapainya tujuan timbang terima dan dapat dilakukannya timbang terima

dengan efektif dan efisien. Beberapa instrument yang dapat digunakan dalam timbangan terima yaitu :

1) SBAR

SBAR merupakan singkatan dari *Situation, Background, Assesment, Recommendation* yaitu suatu teknik atau cara yang dapat digunakan untuk memfasilitasi komunikasi yang efektif, cepat dan tepat. *Situation* menggambarkan data atau identitas pasien. *Background* member gambaran kondisi pasien secara detail mengenai riwayat kesehatan dan pengobatan pasien. *Assesment* berisi tentang hasil pengkajian kondisi terkini pasien meliputi tanda dan gejala yang dialami pasien, tanda vital, tingkat kesadaran dan hasil pemeriksaan fisik yang lain. *Recommendation* berisi rekomendasi tindak lanjut berdasarkan *Situation, Background* dan *Assesment*. Intervensi apa yang akan dilakukan kepada pasien tertulis dalam *Recommendation* (Purwanza, danFitryasari, Rizki dan Rahayu, Puji2020).

2) ISBAR (*introduction, situation, background, assessment, recommendation*)

ISBAR sebagai alat serah terima klinis yang dilakukan pada saat handover yang merupakan alat standar yang dapat menunjang komunikasi efektif antara tenaga kesehatan yang lain. Kerangka dalam ISBAR sudah disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing departemen atau unit lain. Perbedaan dengan SBAR yaitu ada penambahan I (*Introduction*) penambahan nama, status dan asal ruangan pasien (Badrujamaludin and Kumala 2020).

3) ISOBAR

ISOBAR awalnya dikembangkan untuk digunakan selama transfer antar-rumah sakit, khususnya dimana

timbang terima terjadi melalui telepon. Kerangka komunikasi ISOBAR dalam pelaksanaan komunikasi efektif pada saat timbang terima yang terdiri dari I (*identify* untuk mengidentifikasi pasien), S (*situation* menyampaikan kondisi terkini pasien), O (*observations* yaitu mengobservasi keadaan pasien), B (background menjelaskan penyebab masalah dan riwayat penyakit), A (*assessment* yaitu penilaian terhadap kondisi pasien) R (*recommendation*) merupakan penyampaian saran atau tindakan yang akan dilakukan dan mengkonfirmasi informasi yang disampaikan (Mairoso, Machmud, dan Jafril 2019). ISOBAR telah diuji coba di Australia Barat dan tetap digunakan untuk banyak scenario serah terima karena ternyata mudah untuk diadaptasi dan diintegrasikan ke dalam proses kerja yang ada (ACQSHC, 2010).

- 4) TBAK (tulis kembali, baca kembali dan konfirmasi kembali) Penerapan TBAK dilakukan pada saat perawat mengkonsulkan keadaan pasien melalui telepon dan dokter memberikan delegasinya, perawat menulis apa yang sudah dibicarakan dengan dokter, perawat membaca apa yang telah didiskusikan lalu perawat mengulangi kembali apa yang disampaikan oleh dokter. Pada saat menerima telepon tersebut alangkah baiknya jika ada saksi yang mendengarkan (Hidayat, Rachmawaty, and Lkafah 2019).

B. Konsep Pengelolaan Obat

Pengelolaan obat merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan keperawatan. Pengelolaan obat yang aman membutuhkan regulasi dan pertimbangan professional yang mempertimbangkan pengetahuan dan pengalaman. Pengelolaan obat mencakup beberapa hal yaitu

ketersediaan obat, penyimpanan obat dan distribusi obat sampai ke pasien (Meity Bachtiar, Alih Germas, dan Nurcahyo Andarusito (2019). Pengelolaan obat merupakan salah satu bentuk kolaborasi dengan profesional lain yaitu dokter dan ahli farmasi rumah sakit. Perawat dalam hal ini bertanggung jawab dalam persediaan obat di ruang rawat. Tindakan perawat juga mempengaruhi kualitas pelayanan, menurunkan angka kematian dan kesakitan, meningkatkan efektivitas perawatan, mengontrol biaya, serta komplikasi legal dan medis (Mwachofi & Walston, 2011)

Peran perawat dalam kefarmasian diantaranya :

- 1) Bertanggung jawab penuh terhadap penggunaan obat-obat kimia untuk meningkatkan derajat kesehatan dan meminimalkan efek obat yang merugikan (*adverse affects*).
- 2) Menguasai dan mengerti persoalan yang bersusila dan legal dan tidak hanya pengetahuan tentang ilmu fisika dan sosial saja.
- 3) Mempunyai kemampuan untuk mengelola, mengontrol dan memberikan obat secara aman (*safety*).

Distribusi obat di Rumah Sakit dilakukan untuk melayani:

- 1) Pasien rawat jalan

Pasien dan keluarga diresepkan obat oleh dokter penanggung jawab dan langsung menerima obat dari instalasi farmasi sesuai dengan resep. Pada pelayanan ini peran konsultasi mengenai obat langsung dilakukan oleh petugas farmasi.

- 2) Pasien rawat inap

Ada 4 sistem pendistribusian obat pada pasien rawat inap yaitu :

- a. Resep perorangan (*Individual Prescription*)

Sistem ini memungkinkan semua resep dokter dapat dianalisis langsung oleh apoteker dan terjamin

kerja sama antara dokter, apoteker, perawat dan pasien. Resep asli oleh perawat dikirim ke instalasi farmasi kemudian diproses sesuai dengan kaidah cara dispensing oleh instalasi farmasi dan obat disiapkan untuk didistribusikan langsung kepada pasien

- b. Sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruangan (*Total Floor Stock*)

Dalam system ini, semua obat yang dibutuhkan oleh pasien disediakan dalam ruang penyimpanan obat yang terdapat di ruang perawatan pasien, semua obat yang sering digunakan ada, kecuali obat-obatan yang jarang digunakan atau obat yang langka dan mahal.

- c. Sistem distribusi obat kombinasi resep individual dan stok di ruangan

Rumah sakit menggunakan system penulisan resep pesanan obat secara individual dan juga memanfaatkan stok obat yang ada di ruangan

- d. Sistem *Unit Dispensing Dose* (UDD)

Sistem distribusi obat dosis unit adalah metode dispensing dan pengendalian obat yang dikoordinasikan dengan instalasi farmasi dimana obat dikemas dalam dosis tunggal, didispensing dalam bentuk siap konsumsi dan dosis sediaan untuk sehari (Siregar, 2004)

Sistem Pengelolaan obat di ruang rawat inap oleh perawat bisa dilakukan dengan sentralisasi dan desentralisasi:

1. Sentralisasi obat

Sentralisasi obat adalah pengelolaan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengelolaan sepenuhnya oleh perawat (Nursalam, 2017). Dalam konsep ini semua obat-obatan

yang dibutuhkan pasien disimpan oleh perawat dengan persetujuan pasien atau keluarga, keuntungan dari pengelolaan sentralisasi yaitu perawat dapat melakukan pengecekan stok obat pasien dan resiko obat hilang atau kurang lebih kecil. Kekurangannya karena berfokus pada perawat maka beban perawat akan meningkat

Pelaksanaan sentralisasi obat secara optimal, dengan kepemimpinan kepala ruangan, serta pengetahuan perawat dapat mempengaruhi proses ketepatan pemberian obat oleh perawat dengan prinsip 6 T (tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat rute, tepat waktu dan tepat dokumentasi) dan 1 W (waspada efek samping), sehingga diharapkan tidak terjadi kesalahan pemberian obat selama proses perawatan pasien.

2. Desentralisasi Obat

Pengelolaan obat dimana obat disimpan di meja/laci tempat perawatan pasien. Perawat tidak melakukan penyimpanan obat pasien hanya melakukan stok obat yang ada di tempat perawatan pasien. Kelebihan dari system ini adalah beban kerja perawat berkurang namun kelemahannya adalah resiko obat habis dan tidak diketahui perawat lebih besar. Resiko obat hilang juga lebih mudah terjadi.

REFERENSI

- Australian Medical Association*. 2006. Guidance on Clinical Handover for Clinicians and Managers. <https://www.ama.com.au/article/guidance-clinical-handover>. Diakses tanggal 1 Agustus 2021
- Badrujamaludin, Asep dan Kumala, Tria. (2020). *Penerapan Introduction, Situation, Background, Assessment and Recommendation (ISBAR) untuk komunikasi efektif antara perawat dan dokter di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Kota Cimahi*. Holistik Jurnal Kesehatan.
- Hidayat, Rahmat dan Rachmawaty, Rini dan Lkafah, Lkafah. (2019). *Inpatient Nurses' Perception on The Implementation of Acute Care Nursing in The Hasanuddin University Hospital*. Indonesian Contemporary Nursing Journal (ICON Journal).
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) (1st ed.). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018.
- Kee, Joyce L., E.R.H., 1996. *Farmakologi: Pendekatan Proses Keperawatan*, JAKARTA: EGC.
- Mairoso, Candra dan Machmud, Rizanda dan Jafril, Jafril. (2019). *Pengaruh Pelatihan Komunikasi ISOBAR (Identify, Situation, Observations, Background, Assesment, Recomendation) Terhadap Pengetahuan dan Kualitas Pelaksanaan Operan Di RSUD Padang Pariaman*. NERS Jurnal Keperawatan.
- Meity Bachtiar, Alih Germas, Nurcahyo Andarusito (2019). Analisis Pengelolaan Obat Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Bina Waluya Jakarta Timur 2019 <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARSI/article/view/545> akses 5 Agustus 2021 . diakses tanggal 20 agustus 2021
- Mwachofi, A. & Walston, S.L., 2011. Factors affecting nurses ' perceptions of patient safety. *International Journal of*

Health Care Quality Assurance, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24(4):274-83
DOI:10.1108/09526861111125589

Nursalam (2018) *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika

Purwanza, Sena dan Fitryasari, Rizki dan Rahayu, Puji. (2020). *Nurses Shift Handover Instrument Development Evaluation Using SBAR Effective Communication Method*. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. DOI: **10.37200/IJPR/V24I9/PR290139**

Radtk K (2013). *Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report*. *Clinical nurse specialist* CNS 27(1):19-25
DOI:10.1097/NUR.0b013e3182777011

Siregar, C. J. P dan Amalia, L., (2004), *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapannya*, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta

Smeulers M, Lucas C, Vermeulen (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review) <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009979.pub2/epdf/abstract>

The Victorian Quality Council: *Safety and Quality in Health* (2012). *Guide to patient transfer: Principles and minimum requirements for non-time critical inter-hospital patient transfer*. Victorian Government Department of Health, Melbourne, Victoria. Accessed at <http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/Guide-to-Patient-Transfer-Principles-and-Minimum-Requirements-for-non-time-critical-inter-hospital-patient-transfer-December-2012>. diakses tanggal 20 Agustus 2021.

PROFIL PENULIS

Suratmi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Suratmi, S.Kep.,Ns.,M.Kep lahir di Tuban, 27 Januari 1984. Penulis merupakan staf pengajar di Program Studi S1 Keperawatan dan Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.



Penulis menyelesaikan S1, Profesi Ners dan S2 Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya. Penulis aktif mengajar di Universitas Muhammadiyah Lamongan pada Departemen Manajemen dan Keperawatan Dasar sejak tahun 2008. Penulis beberapa kali mendapatkan hibah penelitian baik dari DIKTI maupun dari PP Muhammadiyah. Selain sebagai pengajar dan praktisi keperawatan, Penulis aktif di berbagai organisasi keperawatan seperti AIPNEMA dan PPNI

Email Penulis: suratmi@umla.ac.id / suratmi.umla@gmail.com

BAB 7
KONSEP RONDE KEPERAWATAN,
PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN DAN
PENYUSUNAN PROPOSAL
(Tatiana Siregar, S.Kep.,Ns.,MM.,M.Kep)

Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta
Jl. RS. Fatmawati Raya, Pd. Labu, Kec. Cilandak, Kota Depok,
Daerah Khusus Ibu kota Jakarta 12450. Telpon(021) 7656971
Email: tatiana_siregar@upnvj.ac.id

Bertambahnya kemajuan ilmu pengetahuan berdampak juga terhadap pelayanan keperawatan di lingkup tatanan rumah sakit. Pelayanan yang diberikan kepada klien saat rawat inap di rumah sakit haruslah yang efisien dan efektif, agar mutu pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan memberikan kepuasan kepada pasien atau keluarganya dan juga para tenaga kesehatan yang terlibat dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan kepada klien. Diperlukan suatu metode pemberian pelayanan asuhan keperawatan yang efisien dan efektif adalah model asuhan keperawatan primer, dengan kegiatannya berupa adanya keterlibatan intra professional yang bekerja sama untuk meningkatkan komunikasi, koordinasi, dan kualitas pelayanan perawatan yang diterima oleh klien. Kegiatan antar intraprofesional dalam mengatasi permasalahan klien selama rawat inap secara bersama-sama dikenal dengan ronde keperawatan.

Ronde keperawatan sebagai ajang bagi perawat untuk mendiskusikan permasalahan klien yang kompleks sehingga membutuhkan pemikiran kritis untuk pemecahan masalahnya. Kegiatan ronde keperawatan yang dilakukan perawat akan menambah wawasan kognitif, psikomotor, serta afektif perawat

menjadi lebih meningkat. Faktor penentu peningkatan mutu pelayanan kesehatan meliputi pelayanan keperawatan. Selanjutnya, metode pemberian pelayanan keperawatan yang bermutu ini adalah model asuhan keperawatan profesional, yang terdiri dari ronde keperawatan. Namun, sedikit rumah sakit yang menerapkan ini karena beberapa hambatan diantaranya kurang pengetahuan pemahaman tentang ronde keperawatan serta aplikasinya dalam kegiatan sehari-hari di ruang rawat inap.

A. Pengertian Ronde Keperawatan

Ronde keperawatan adalah strategi mengajar yang dilakukan di samping tempat tidur klien untuk mendapat pengalaman langsung dan terarah, dimana pengalaman belajar dengan cara observasi, wawancara kepada klien secara langsung, meninjau secara langsung asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dan mengamati hasil intervensi yang sudah diberikan (Biling, D., & Halstead, 2015)

Dewi (2019) mengartikan ronde keperawatan adalah rencana keperawatan proaktif yang memberikan kesempatan untuk memecahkan masalah dan merencanakan secara kolaboratif. Kolaboratif yang dimaksud dalam ronde keperawatan adalah adanya kerjasama interprofessional kesehatan didalam memecahkan permasalahan klien (Gonzalo et al., 2014)

B. Tujuan Ronde Keperawatan

Menurut Nursalam, dan Efendy (2008) tujuan ronde keperawatan secara umum adalah untuk menyelesaikan masalah-masalah klien dengan cara berpikir kritis; Sedangkan tujuan khususnya sebagai berikut:

1. Tumbuhnya berpikir kritis yang sistematis
2. Dapat memvalidasi data klien dengan akurat

3. Tepatnya kemampuan menetapkan diagnose keperawatan klien
4. Tumbuhnya cara pikir yang tepat dalam memberikan tindakan keperawatan pada permasalahan klien
5. Meningkatnya kemampuan dalam modifikasi perencanaan keperawatan pada klien
6. Bertambahnya dalam hal justifikasi untuk klien
7. Bertambahnya keahlian dalam menilai kinerja yang telah dilakukan

C. Manfaat Ronde Keperawatan

Negarandeh et al (2014) menyatakan bahwa ronde keperawatan secara teratur berdampak positif pada kepuasan pasien, karenanya dapat meningkatkan interaksi klien-perawat dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan kepuasan pasien. Ronde keperawatan efektif dalam meningkatkan persepsi kualitas asuhan keperawatan dan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan (Shin & Park, 2018). Dewi (2019) salah satu manfaat dari ronde keperawatan adalah meningkatkan pelayanan bagi klien dan dapat memberikan umpan balik tentang asuhan keperawatan bagi perawat. Rahmawati (2021) manfaat ronde keperawatan menjadikan perawat tumbuh dan terlatih dengan adanya transfer pengetahuan dan penerapan konsep teoritis untuk praktik keperawatan, serta adanya interaksi langsung dengan klien sehingga membantu mengidentifikasi kebutuhan klien, kondisi dan lingkungan untuk mendukung pemulihan dan memecahkan masalahnya, dan terakhir bagi perawat dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotorik, kepekaan dan berpikir kritis. Meade, Bursell, et al., (2006) salah satu manfaat ronde keperawatan adalah meningkatkan keselamatan klien. Ronde keperawatan bermanfaat untuk pertukaran ide tentang kondisi klien dengan melibatkan

fakultas, tenaga klinis, mahasiswa keperawatan dan staf perawat (Biling, D., & Halstead, 2015).

Stella (2019) menyampaikan juga manfaat dari ronde keperawatan efektif meningkatkan pengetahuan dan pengalaman klien, membantu perawat dalam menemukan solusi pemecahan masalah yang kompleks terkait asuhan keperawatan termasuk perencanaan pemulangan klien.

Maka dari beberapa penulis dapat disimpulkan manfaat dari ronde keperawatan:

- a. Meningkatnya interaksi klien dengan perawat
- b. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
- c. Menemukan solusi pemecahan masalah
- d. Meningkatnya berpikir kritis bagi perawat
- e. Membuat perencanaan pulang klien lebih terencana
- f. Meningkatnya pengetahuan, afektif dan psikomotor perawat
- g. Adanya pertukaran ide dengan terlibatnya interprofessional kesehatan
- h. Teridentifikasi permasalahan kebutuhan klien yang kompleks (kondisi dan lingkungan) untuk mendukung pemulihan klien

D. Tipe-Tipe Ronde Keperawatan

Close & Castledine (2005); Otieno (2021) menyampaikan ada empat tipe ronde keperawatan yaitu:

1. Ronde Manajer Perawat (*Nurse Managers' rounds/ Matron Rounds*); Ronde keperawatan yang dilakukan oleh perawat senior dan diberinya kesempatan untuk mencapai aspek kunci dari peran mereka. Tujuannya termasuk memastikan standar keperawatan profesional dan klinis, meningkatkan pengendalian infeksi dan lain-lain.

2. Ronde manajemen perawat (***Nurse management rounds***); ronde yang dilakukan dengan melibatkan perawat yang bertanggung jawab atas *shift* untuk melihat setiap pasien dan untuk member gambaran kepada manajer perawat tentang kondisi dan kebutuhan semua pasien di bangsal dan bagaimana kemampuan staf untuk memenuhi kebutuhan ini. Selain itu, ronde ini memiliki manfaat potensial bagi pasien, kerabat, tim perawat, dan professional kesehatan lainnya.
3. Ronde kenyamanan pasien (***Patient comfort rounds***) merupakan bagian penting dari pemeliharaan dan pemantauan aspek fundamental perawatan pasien individu. Perawat harus melakukan dalam interval 1-2 jam bila memungkinkan, dimulai setelah makan siang dan berlanjut selama sisa hari itu. Pada malam hari, *Patient Care Report (PCR)* atau laporan pencatan klien harus dilakukan sebelum pasien tidur dan di pagi hari. Mungkin perlu untuk melakukan perawatan yang lebih teratur untuk beberapa pasien. Tujuan *pcr* adalah untuk mempertahankan tinjauan rutin kebutuhan keperawatan pasien, mendukung proses keperawatan dan mengevaluasi asuhan keperawatan.
4. Ronde pengajaran (***Teaching Rounds***): perawat belajar dalam berbagai cara, melalui kursus dan program terakreditasi, seminar, konferensi, studi mandiri dan sebagainya. Bagaimanapun ini adalah salah satu cara yang paling efektif, adalah untuk berpartisipasi dalam khusus ronde pengajaran klinis.

Ronde tipe ini ditujukan untuk semua mahasiswa keperawatan, baik siswa pra-registrasi atau staf yang memenuhi syarat. Ronde pengajaran adalah belajar dari kontak langsung dengan klien yang difasilitasi dari Dosen perawat yang berpengalaman, dan juga untuk mengajar dan

mengevaluasi asuhan keperawatan. Hal ini berguna dalam mengembangkan praktek klinis, perawatan berbasis bukti.

E. Peran Perawat dalam Ronde Keperawatan

Peran perawat sangat dibutuhkan pada proses ronde keperawatan, namun perlu usaha untuk menghidupkan kembali suatu kegiatan rutinitas seperti keliling memberikan obat, melakukan *list* operasi, mengobservasi, terutama jika hal ini dilakukan seperti saat kondisi ronde keperawatan. Namun, kehadiran dan partisipasi perawat dapat meningkatkan komitmen mereka terhadap perawatan yang berpusat pada klien. Kondisi ini mengakibatkan beban kerja perawat makin meningkat dengan kondisinya klien menjadi lebih parah atau kompleks permasalahannya selama dalam perawatan di rumah sakit dengan demikian, ronde keperawatan harus diperhitungkan bersama dengan banyaknya intervensi-intervensi yang akan diberikan oleh staf dilihat dari tingkat ketergantungan pasien maka perlu dipertimbangkan kembali dalam kaitannya dengan pengaturan biaya yang akan dibebankan kepada klien.

Lees (2013) mengungkapkan peran perawat pada ronde keperawatan aspek kuncinya adalah **ACTION** (*Advocate, Cahrperone, Transitions, Informative, Organiser, Nurse-centred*)

1. **Advocate** (Penasehat), dalam hal ini perawat harus mempunyai pengetahuan tentang permasalahan klien, sehingga perawat dapat mewakili klien selama dalam perawatannya. Dalam konteks ronde perawat menjadi advokat terlibat pada saat:
 - a. Persiapan yang memadai untuk ronde saat di bangsal (menjaga kepentingan klien);
 - b. Memberdayakan klien untuk mengajukan pertanyaan saat proses ronde di bangsal (diikutsertakan); dan

- c. Menjadi pendamping bagi klien untuk berkomunikasi dengan tim multidisiplin ilmu /interprofesional setelah ronde selesai.
2. **Charperone** (Pendamping), dalam hal ini perawat harus mampu melindungi martabat dan privasi pasien saat proses ronde di bangsal. Peran pendampingan yang dapat perawat lakukan adalah:
 - a. Mempersiapkan klien untuk pemeriksaan dengan terlebih dahulu mengkomunikasikan dan memposisikan yang tepat;
 - b. Bertanggung jawab atas martabat dan privasi klien;
 - c. Meminimalkan kecemasan dan potensi rasa malu; dan
 - d. Menghormati norma keyakinan dan budaya yang dianut oleh klien selama proses berlangsung.
 3. **Transitions** (Transisi), dalam hal ini perawat harus mampu meminimalkan kebutuhan lama rawat inap berarti jangan pernah terjadi ada penekanan yang lebih besar untuk segera mencapai kemajuan klien segera dipulangkan di sepanjang proses perawatan. Beberapa serah terima selama transisi antar bangsal atau antara perawatan akut, menengah dan komunitas dapat menyebabkan perawatan menjadi terfragmentasi. Kesenambungan dan transisi informasi yang aman antara pengaturan perawatan tergantung pada perawat yang berpartisipasi selama proses ronde di bangsal, memastikan semua informasi yang relevan dikomunikasikan ketahap jalur berikutnya. Peran perawat di periode transisi:
 - a. Mencatat investigasi/temuan yang saat ronde berlangsung dan mengomunikasikannya kepada klien dan tim;

- b. Saat transfer klien, dokumentasikan investigasi/ tindakan yang tidak lengkap pada daftar periksa serah terima;
 - c. Untuk pemulangan pasien, dokumentasikan informasi yang relevan pada daftar periksa pemulangan; dan
 - d. Untuk rujukan khusus, lengkapi rencana pengelolaan dengan menunjukkan langkah-langkah selanjutnya dalam asuhan perawatan klien. Semua ini tujuannya adalah untuk mempromosikan transparansi dan kontinuitas, serta untuk mengurangi potensi duplikasi atau kelalaian perawatan selama masa transisi.
4. **Informative** (Informatif), dalam hal ini perawat berperan penting untuk memastikan klien mempunyai harapan yang realistis dengan adanya ronde keperawatan, dan menerima dan memahami semua informasi yang relevan tentang perawatan klien. Bila memungkinkan, klien harus secara aktif terlibat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka dari pada menjadi penerima pasif (pasrah). Peran perawat terkait informatif:
- a. Mengulangi informasi selama atau setelah putaran lingkungan;
 - b. Persiapkan klien untuk langkah selanjutnya dalam alur perawatan;
 - c. Jelaskan apa saja (sepanjang proses ronde) yang mungkin tidak dimengerti oleh klien;
 - d. Dorong klien untuk mengajukan pertanyaan atau mengungkapkan kekhawatiran; dan
 - e. Laporkan kembali semua informasi ke tim perawat.
5. **Organiser** (Penyelenggara), semua anggota tim akan mempunyai pekerjaan mereka sendiri untuk diselesaikan selama proses ronde. Mengatur keluaran yang muncul dari saat ronde dan pastikan perawat dapat menilai, mengembangkan dan berkomunikasi sesuai kebutuhan

kepada keluarga, manajer ruangan, agen perawatan, dan tim kerja sosial - tergantung pada kompleksitas perawatan pasien. Kegiatan organisasi pada proses ronde dapat berupa:

- a. Mendelegasikan secara efektif kepada anggota tim yang berbeda;
 - b. Mengatur transportasi dan obat-obatan untuk dibawa pulang;
 - c. Meminta item peralatan tertentu yang diperlukan; dan
 - d. Mengorganisir paket perawatan (misal perawatan Catheter urine, NGT dan lain-lain)
6. **Nurse-centred** (Pusatkan diri Perawat), selama proses ronde keperawatan perawat berada di samping tempat tidur klien harus yang memiliki kompeten secara klinis untuk memahami dan mengantisipasi kompleksitas situasi klien *multifaset*, dan mampu melihat situasi klien secara holistik. Model asuhan keperawatan tim, keperawatan yang dialokasikan untuk tugas atau keperawatan primer mungkin memerlukan beberapa adaptasi agar perawat dapat mewakili klien mereka dengan benar, mereka harus menjadi seorang perawat yang bertanggung jawab atas klien yang dikelolanya.

Seorang perawat yang bertanggungjawab atas ruangan atau jumlah pasien yang dikelolanya

Akan melakukan kegiatan berikut;

- a. Perawat bertanggungjawab atas seluruh bangsal atau unit yang secara klinis mengawasi semua area bangsal dan akan member umpan balik kepada perawat setelah ronde selesai.
- b. Seorang perawat yang tidak bertanggungjawab atas pasien mana pun tetapi bertindak dalam kapasitas koordinasi untuk shift dan akan bertanggungjawab

untuk memberikan informasi kembali setelah ronde kepada perawat yang berada di ruang tersebut.

Dalam setiap mengaktifkan dan memberdayakan tim. Meskipun akan ada beberapa variasi sesuai dengan bagaimana bangsal diatur dan bagaimana tim perawat bekerja, perawat akan fokus pada "di sini dan sekarang" selama ronde, dan mengantisipasi dan menanggapi tindakan terkait.

Nursalam (2014); Nursalam, dan Efendy, F (2008) menyampaikan peran perawat saat ronde keperawatan yaitu:

1. Peran perawat primer dan perawat *associate*:
 - a. Menyampaikan dan jelaskan data demografi serta data-data pendukung permasalahan klien
 - b. Menjelaskan diagnose keperawatan yang sudah ditegakkan
 - c. Menjelaskan intervensi yang sudah disusun dan diberikan serta yang belum dilakukan
 - d. Menjelaskan rasional (alasan ilmiah) tindakan keperawatan yang sudah diberikan
 - e. Menjelaskan hasil perkembangan yang didapat klien
 - f. Menggali kembali masalah-masalah keperawatan klien yang belum tereksplor
2. Peran perawat *Concelor*:
 - a. Memberikan justifikasi
 - b. Memberikan penghargaan (*reinforcement*)
 - c. Memvalidasi semua diagnose keperawatan, intervensi keperawatan maupun rasional tindakan yang sudah dilakukan
 - d. Memberi arahan dan koreksi
 - e. Mengintegrasikan konsep dan teori yang sudah dipelajari

F. Kriteria Klien & Hal yang Didiskusikan tentang Klien Saat Ronde

Menurut Nursalam dan Efendy (2008) criteria klien yang dapat dilakukan ronde keperawatan adalah:

1. Klien yang masih memiliki masalah keperawatan walaupun sudah mendapat tindakan-tindakan keperawatan
2. Klien dengan kasus penyakit langka, atau klien baru masuk dengan masalah yang kompleks

Sedangkan menurut Otieno (2021) hal-hal yang didiskusikan tentang klien :

1. Perubahan kesehatan pasien selama 12 atau 24 jam terakhir;
2. Bagaimana keadaan pasien saat ini;
3. Tinjauan pasien dengan hasil tes baru (laboratorium atau radiologi);
4. Rencana perawatan yang sudah diberikan dan akan diberikan;
5. Diskusikan kapan klien siap untuk dipulangkan.
6. Setiap orang dalam tim perawatan kesehatan akan memberikan pendapat dan ide mereka. Dokter biasanya akan menerima membuat keputusan akhir klinis dalam ronde bersama dengan pendapat tim lain.

G. Langkah-Langkah Ronde Keperawatan

Menurut Lees (2013) ada beberapa stase yang harus dilakukan sebelum ronde keperawatan dimulai yaitu:

1. Sebelum kegiatan dimulai (*antecedents*)
 - a. Menetapkan hasil investigasi temuan tentang kondisi klien
 - b. Mempersiapkan klien bahwa semua permasalahan kesehatan klien akan dikupas oleh Tim kesehatan yang merawatnya.

- c. Mendorong klien untuk memikirkan pertanyaan yang mungkin mereka miliki, yang sehingga dapat membantu menghindari atau melupakan 1 permasalahan penting menurut klien
 - d. Mengejar perspektif perawatan multidisiplin untuk didiskusikan di ronde keperawatan
2. Tanda-Tanda kritis selama proses kegiatan (*During*)

Ini mengacu pada kegiatan inti, dan bagian dari struktur integral dari ronde di ruangan:

- a. Tinjauan pasien yang tidak stabil atau makin memburuk;
 - b. Pengambilan keputusan dan pendokumentasian asuhan;
 - c. Tinjauan pasien pulang (*pre-discharge*);
 - d. Tinjau kemajuan pasien selama masa rawat inap mereka.
3. Konsekuensi (setelah)

Setelah ronde selesai, sejumlah kegiatan akan diperlukan:

- a. Organisasi tim;
- b. Kemajuan tugas;
- c. Komunikasi;
- d. Pengulangan informasi kepada klien;
- e. Motivasi tim kesehatan.

Sedangkan untuk ronde buat kenyamanan klien (*Patient comfort rounds*) menurut Otieno (2021) dapat dilakukan ronde per jam dan dengan dikombinasi 5-P yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan klien dan perawatan mereka, dengan meningkatkan akses keperawatan kesehatan yang tepat waktu, berkualitas, dan aman. Selanjutnya, pendekatan ini meningkatkan deteksi klien yang kondisi memburuk, meningkatkan kepuasan pasien, mengurangi tingkat jatuh, ulkus tekan, kesalahan pengobatan dan penggunaan lampu panggilan. Pemeriksaan atau pengawasan

setiap jam pada setiap klien setiap hari (dikurangi pada malam hari untuk memastikan istirahat yang cukup) memberikan perawatan dan pengalaman terbaik. Proses ronde sebagai berikut:

1. Perkenalkan diri kepada Klien Anda. Ceritakan sedikit tentang diri Anda, termasuk berapa lama Anda bekerja di profesi Anda, jabatan Anda, dan lain-lain.
2. Bangun hubungan dan menggunakan papan komunikasi; Menggunakan papan komunikasi pasien Anda 100% setiap hari berkontribusi sebagai factor penting dalam meningkatkan kepuasan pasien.
3. Jelaskan prosedur yang Anda lakukan/Cari persetujuan; "Karena kami ingin Anda mendapatkan perawatan terbaik, kami akan berkeliling setiap jam selama Anda berada di dalam ruangan. Kami tidak akan membangunkan Anda jika Anda sedang tidur kecuali dokter Anda telah meminta kami untuk melakukannya. Kami akan memeriksa rasa sakit Anda, kenyamanan Anda, dan menanyakan apakah Anda perlu menggunakan kamar mandi".

Nilai 5 Ps

1. *Pain* -Sakit: "Bagaimana rasa sakitmu?"
2. *Potition*- Posisi: "Apakah Anda nyaman?" [Bantu ubah posisi klien untuk kenyamanan.]
3. Potty – toilet/pispot: "Apakah Anda memiliki kebutuhan kamar mandi?"
4. *Periphery* – Sekeliling: "Apakah Anda membutuhkan saya untuk memindahkan telepon, lampu panggilan, tempat sampah, cangkir air, atameja di atas tempat tidur?" [Pindahkan telepon, lampu panggilan dan/atau tempat sampah dalam jangkauan. Atur meja di atas tempat tidur dan isi cangkir air. Pastikan semua peralatan terpasang. Hilangkan kekacauan yang tidak perlu.]

5. *Pump* - Pompa: Periksa pompa IV dan infus.

Penutup; Tutup dengan, “Apakah ada hal lain yang bisa saya lakukan untuk Anda selama saya di sini? Saya punya waktu.”

Prinsip ronde Manajer Perawat (*Nurse Managers' rounds/ Matron Rounds*) disampaikan oleh Close, A., & Castledine, G (2005) bahwa ronde Manajer Perawat (*Nurse Managers' rounds / matron rounds*) untuk member kesempatan dalam mengamati standar perawatan yang diberikan dan untuk menunjukkan di mana perbaikan dapat dilakukan. Mereka juga membantu untuk menyoroti ketika ada kebutuhan pelatihan dan pengembangan umum. Manajer perawat dapat menggunakan ronde untuk mengajar perawat junior, terutama dalam pemecahan masalah dan dalam menyoroti standar perawatan yang diharapkan dan apa yang harus dilakukan jika menjadi sulit untuk memenuhi standar ini.

Nurse Managers' rounds/Matron Rounds membantu manajer untuk merasakan beban kerja dan kemampuan tim untuk mengatasinya pada shift tertentu, dan oleh karena itu membantu dalam keputusan tentang penempatan kembali staf ke dan dari area lain. Seringkali ketika staf junior yang bertanggungjawab, mereka enggan untuk mengatakan ketika beban kerja berada di luar kapasitas staf yang dialokasikan untuk *shift* atau untuk meminta bantuan ketika ada pasien yang sangat kompleks yang perawatannya tidak mereka yakini. Perawat sering mengatakan bahwa mereka merasa tidak didukung dalam situasi klinis dan bahwa putaran ini member mereka kesempatan untuk meminta nasihat atau mencari bantuan dan dukungan tentang perawatan pasien atau masalah manajemen di bangsal, member mereka rasa percaya diri. Profesional kesehatan lainnya juga dapat menemui Manajer keperawatan untuk menyelesaikan

masalah dan mencari saran dan dukungan. Sering kali staf tidak ingin mengangkat masalah karena mereka merasa harus tahu bagaimana menangani semua situasi yang mereka hadapi. Mereka perlu merasa yakin bahwa mereka tidak akan diremehkan atau dikritik. Melalui agenda reformasi dan modernisasi, seperti: adanya agenda perubahan besar yang akan berdampak pada rumah sakit dan staf perawat. **Nurse Managers' rounds/ Matron Rounds** memberikan kesempatan untuk memastikan bahwa staf memiliki akses ke informasi tentang perubahan ini, tetapi juga untuk member mereka informasi tentang isu-isu lokal, seperti keadaan tempat tidur, jumlah penerimaan dan pasien yang menunggu di pusat gawat darurat, karena ini dapat mempengaruhi pekerjaan bangsal atau departemen.

Proses ronde keperawatan dalam pengajaran (*Teaching Rounds*) menurut Cooper (1982 dalam Reilly, D.E dan Obermann, 2002) ronde keperawatan dimulai dari mengenal pasien, lalu diikuti diskusi dengan klien, tekankan kontribusi klien terhadap pembelajaran mereka, diskusi dengan klien, lalu observasi, dan peragaan (demonstrasi). Namun diskusi tentang klien tanpa ada klien, karena peserta petugas intra professional akan membahas hasil observasi, wawancara, dan hasil intervensi yang sudah diberikan lalu dipertimbangkan dengan tambahan data yang didapat kemudian mengusulkan intervensi alternatif yang sesuai. Kesulitan dalam proses ronde keperawatan terkait privasi klien saat observasi, wawancara dan proses intervensi dengan mempertimbangkan jaminan klien mau berpartisipasi mensukseskan kegiatan ronde keperawatan. Maka diperlukan *informed consent* sehari sebelum kegiatan ronde akan dilakukan.

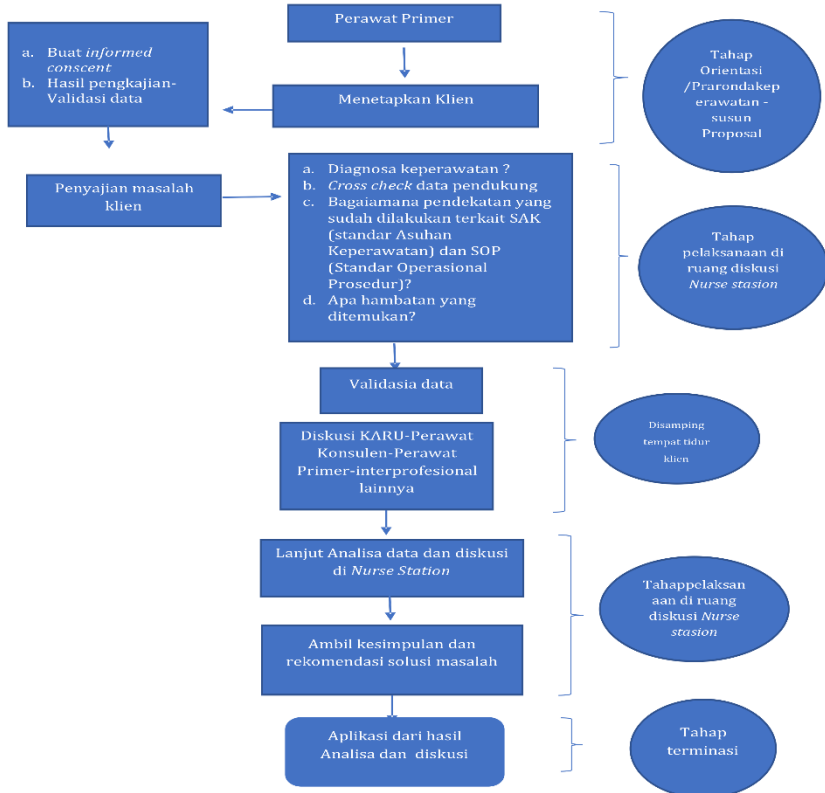
Close, A& Castledine, G (2005) menyampikan perencanaan ronde keperawatan dalam *Teaching Rounds* meliputi persiapan sebagai berikut:

1. Menentukan tujuan ronde pengajaran, di mana dan bagaimana itu akan dilakukan
2. Memilih klien yang sesuai
3. Mengamankan/mendapatkan persetujuan klien
4. Mengumpulkan semua data yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pasien, termasuk: pengkajian keperawatan, rencana asuhan dan catatan kemajuan
5. Memilih waktu yang sesuai dengan klien, rutinitas bangsal dan tuntutan organisasi
6. Mengidentifikasi mahasiswa dan staf perawat ruangan yang paling tepat untuk berpartisipasi dalam putaran pengajaran
7. Mempersiapkan isi pengajaran dan, jika perlu, peserta didik untuk metode dan harapan dari pengalaman
8. Mengorganisir sesi laporan balik yang relevan kepada staf klinis tentang masalah yang dihadapi atau kekhawatiran yang berkaitan dengan keperawatan dan perawatan pasien saat ini atau masa depan

Masih menurut Close, A& Castledine, G (2005) point utama dalam *Teaching Rounds* yaitu:

1. Berikan metode yang melibatkan staf dan mahasiswa dalam rincian spesifik kondisi klien.
2. Memungkinkan pemeriksaan aspek kunci dari asuhan keperawatan pada klien.
3. Fokus pada pengkajian, masalah keperawatan dan kekhawatiran klien dengan perawatan.
4. Menyediakan cara untuk mengevaluasi standar dan implementasi keperawatan berbasis bukti
5. Memberikan cara untuk menekankan peran penting keperawatan.

6. Menyediakan cara belajar yang fleksibel.
7. Tekankan pentingnya staf dan mahasiswa mengetahui klien yang dikelola.



Skema Langkah-Langkah Ronde Keperawatan
Modifikasi dari Nursalam (2014) Nursalam, dan Efendy, F (2008)

H. Hambatan Ronde Keperawatan

Riset dari Gonzalo et al (2014) terungkap bahwa ada beberapa hambatan untuk terlaksananya ronde keperawatan, yaitu:

1. Masalah privasi klien/klien sensitif
2. Kesulitan memahami bahasa (kemungkinan dibutuhkan penterjemah)

3. Tenaga perawat memiliki waktu yang terbatas (sibuk dengan pekerjaan rutinitas)
4. Dokter yang hadir memiliki waktu terbatas (missal saat ronde ada panggilan *emergency* yang perlu penanganan akut)
5. Koordinasi untuk waktu yang klop antar dokter dengan perawat menemui kesulitan
6. Perawat tidak merasa nyaman dalam pertemuan perawat-dokter-dokter Keterbatasan fasilitas fisik (runagan yang sempit,
7. Klien yang akan dijadikan kasus ronde memiliki kasus Isolasi Pernafasan (penyakit menular lainnya)

Melihat Skema langkah-langkah proses ronde keperawatan maka evaluasi pelaksanaan Ronde Keperawatan dapat dinilai mulai dari proses pra ronde (masa orientasi)-cek kelengkapan semua data dan administrasi terutama *informed consent*; pada fase proses pelaksanaan dapat dinilai bagaimana kekatifan semua peserta ronde , baik klien, perawat dan tenaga interprofessional lainnya; dan pada masa terminasi bagaimana kepuasan klien, cara berpikir semua tim yang terstruktur dan sistematis dalam berpikir kritis untuk semua tahapan dalam diagnose keperawatan, intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan beserta rasionalitasnya dalam implementasi keperawatan.

I. Proposal Ronde Keperawatan

Sebelum kegiatan ronde keperawatan dimulai, perawat primer harus menyampaikan proposal kepada Kepala ruangan untuk dapat ditindaklanjuti. Berikut adalah langkah dalam membuat proposal untuk kegiatan ronde keperawatan:

1. Tuliskan Judul di depan Cover Proposal

Misal:

Ronde Keperawatan Pada Klien dengan Chirosis Hepatis di Ruang...RS....

Logo RS

Pengusul:

Perawat Primer Ns.....

Ruang Rawat Inap.....

RS.....

Tahun...

2. Pendahuluan:

a. Latar belakang :

Sampaikan hal yang melatarbelakangi kenapa ronde keperawatan penting dilakukan di ruangan ini, data pendukung apa yang menguatkan bahwa kondisi situasi di ruangan khususnya pada klien yang akan dilakaukan ronde keperawatan penting, tambahkan data-data yang menunjang dari artikel-artikel jurnal yang membahas bahwa kegiatan ronde keperawatan bermafaat untuk memecahkan masalah klien dari kondisi umum dan mngerucut kepermasalahan inti klien sehingga perlu dilakukan ronde keperawatan.

b. Tujuan: tujuan umum dan khusus;

Sampaikan tujuan umum dari kegiatan ronde, secara garis besarnya apa tujuannya yang ingin dicapai dari kegiatan ronde keperawatan ini.

Kalau tujuan khusus dapat disampaikan dari mulai SDM perawatnnya apa yang akan dicapai (pengetahuan, psikomotor, dan afektif), dari sisi kliennya apa yang diharapkan, dari sisi interprofesional kesehatan apa yang akan didapat,

dari sisi administrasi SAK dan SOP apa yang akan dihasilkan dari kegiatan ronde

3. Sasaran

Sasaran yang dimaksud adalah Klien sebagai objek yang akan di kupas tuntas permasalahan kesehatannya beserta permasalahan kebutuhan dasarnya.

4. Materi:

Siapkan materi sesuai kasus penyakit klien, mulai dari Konsep Penyakitnya (etiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan dan pengobatannya);

Siapkan materi diagnose keperawatan yang muncul sesuai dari permasalahan diagnose medis yang dialami klien, dapat menggunakan buku NANDA atau SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) dari PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia)

Siapkan buku materi Intervensi keperawatan, dapat menggunakan NIC (*Nursing Intervention Care*) atau NOC (*Nursing Output Care*) atau SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dari PPNI

5. Metode

Metode dalam hal ini adalah cara kegiatan ini dilakukan yaitu *Nursing Round* buat Analisa konsep ronde keperawatan seklias (definisi ronde keperawatan)

6. Media:

Informed consent, file/dokumen status klien termasuk pemeriksaan radiologi dan laboratorium, Projector-LCD, Laptop, Kertas, Printer, Pulpen, Spidol *White board, White Board,*

7. Proses Ronde:

Buat tabel kegiatan mulai fase orientasi –fase kerja- fase terminasi terkait ronde keperawatan yang akan dilakukan:

Topik : Askep Klien dengan Chirosis Hepatis

Sasaran/Umur : nama klien inisial (tanggal lahir – bulan- tahun)

Hari & Tanggal Kegiatan:

Waktu :menit

Fase	Waktu	Kegiatan	Personal	Kegiatan Klien	Tempat
Fase orientasi	5 menit	Pembukaan	Karu	-	Di Ruang diskusi Nurse statiton
Fase Kerja	10 menit	Penyajian masalah atas data yang sudah didapat	Perawat Primer	-	Di Ruang diskusi Nurse statiton
	5 menit	Validasi data keKlien	Karu-Perawat konsulen-	Meresponstan yajawab yang diajukanataud	Ruangan klien di rawat
	10 menit	Diskusi disamping tempat tidur klien	Perawat primer Perawat <i>associate</i> , interprofes sional kesehatan lainnya, Klien	apat mengajukanpe rtanyaan	
Fase Kerja	20 menit	Analisa data diskusi untuk memberikan justfikasi dari pendapat Perawat	Perawat Konsuler Dokter Atau tenaga interprofes sional lainnya	-	Di Ruang diskusi Nurse statiton

		<p>konsuler-tenaga interprofesional lainnya yang terlibat dalam merawat klien dalam hal intervensi yang akan dilakukan</p> <p>Menentukan tindakan keperawatan pada masalah yang sudah diprioritaskan</p>			
Fase Terminasi	10 menit	Evaluasi dari intervensi yang sudah direkomenasikan	Karu	-	Di Ruang diskusi Nurse statiton
		Penutup			

8. Kriteria Evaluasi

Nilai berdasarkan dari :

Struktur; kegiatan ronde tuliskan dilaksanakan dimana, Peserta ronde yang hadir siapa saja dituliskan, persiapan pra roonde apa saja (informed consent, berkas dokumen-dokumen klien, membuat kontrak dengan interprofessional lainnya, dan lain-lain.

Proses; peserta ronde bagaimana mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir (keaktifannya, masukan-masukan yang disampaikan, respons klien selama proses.

Hasil; bagaimana tanggapan klien atas kegiatan yang sudah dilakukan? Bagaimana masalah klien apakah teratasi? (dapat juga diceritakan intervensi yang diberikan berdasarkan kesimpulan dari diskusi justifikasi yang diambil)

9. Pengorganisasian

- a. Kepala Ruangan :
- b. Perawat Konsulen :
- c. Perawat Primer :
- d. Perawat Associate :
- e. Dokter Inti yang merawat klien :
- f. Dokter konsultasi yang ikut merawat Klien:
- g. Ahli gizi :
- h. Ahli Fisioterapi :
- i. Notulen :

REFERENSI

- Biling, D., & Halstead, J. (2015). *Teaching in Nursing - A Guide for Faculty* (4th ed.). Saunders Elsevier.
- Close, A., & Castledine., G. (2005). Clinical Nursing Rounds Part 1: Matrons' Rounds. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(16).
- Close, A., & Castledine, G. (2005). Clinical Nursing Rounds Part 2: Nurse Management Rounds. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(16), 872-874. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.16.19731>
- Dewi, N. A. (2019). Optimizing the Implementation of Nursing Round and Nursing Handover in Fatmawati Hospital Jakarta. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 2(1), 48-54. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i1.65>
- Gonzalo, J. D., Kuperman, E., Lehman, E., & Haidet, P. (2014). Bedside interprofessional rounds: Perceptions of benefits and barriers by internal medicine nursing staff, attending physicians, and housestaff physicians. *Journal of Hospital Medicine*, 9(10), 646-651. <https://doi.org/10.1002/jhm.2245>
- Lees, L. (2013). *The nurse's role in hospital ward rounds*. <https://www.nursingtimes.net/Roles/Nurse-Managers/the-Nurses-Role-in-Hospital-Ward-Rounds-22-03-2013/>. <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/the-nurses-role-in-hospital-ward-rounds-22-03-2013/>
- Meade, C. M., Bursell, A. L., & Ketelsen, L. (2006). Effects of nursing rounds: On patients' call light use, satisfaction, and safety. *American Journal of Nursing*, 106(9), 58-70. <https://doi.org/10.1097/00000446-200609000-00029>

- Negarandeh, R., Hooshmand Bahabadi, A., & Aliheydari Mamaghani, J. (2014). Impact of regular nursing rounds on patient satisfaction with nursing care. *Asian Nursing Research*, 8(4), 282–285. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.005>
- Nursalam, dan Efendy F., . (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, M. N. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Otieno. (2021). Nursing Round A Must-To-Do In This Scientific Era. In <https://oduorotieno.wordpress.com>. <https://oduorotieno.wordpress.com/2021/02/17/nursing-round-a-must-to-do-in-this-scientific-era/>
- Rahmawati, I. N. (2021). Implementing nursing round to deal with unresolved nursing problem on patient with acute pain: A case report. *Journal of Public Health Research*, 10(2), 1–3. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2210>
- Reilly, D.E dan Obermann, M. H. (2002). *Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Shin, N., & Park, J. (2018). The Effect of Intentional Nursing Rounds Based on the Care Model on Patients' Perceived Nursing Quality and their Satisfaction with Nursing Services. *Asian Nursing Research*, 12(3), 203–208. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.003>
- Stella, S. (2019). Optimization of Nursing Management Rounds and Implementation of Discharge Planning in Fatmawati Hospital Jakarta. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 2(1), 117–128. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i1.80>

PROFIL PENULIS

Tatiana Siregar, lahir di Teluk Betung, 2 Agustus 1969. Lulus pendidikan SDN X Bandar Lampung tahun 1982, SMPN V Bandar Lampung (1985), SMAN III Bandar Lampung (1988), AKPER RS. Islam Jakarta (1991), S1 Keperawatan UI Depok (2006), Profesi Ners UI Depok (2007), S2 Manajemen Pelayanan Rumah Sakit di Universitas Esa unggul Jakarta (2013), S2 Manajemen Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2019). Menikah dengan Indra Ari Kristiana dan dikarunia dua orang anak Tsurayya Sahar dan Muhammad Mas'ud Abdussjakur. 1991–2004 bekerja di rumah sakit swasta di Jakarta dan Tangerang; tahun 2007–2011 mengajar di STIKes PERTAMEDIKA, tahun 2011 sampai dengan sekarang sebagai pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan-Program Studi S-1 Keperawatan dan D- III Keperawatan, Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta.



BAB 8

KONSEP MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DAN KOMITE KEPERAWATAN DALAM PENGAWASAN MUTU LAYANAN

(Nuraliah, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

STIK Indonesia Jaya; Jl. Towua No.114
Email Penulis: liyaha89@gmail.com

A. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan

1. Defenisi

Defenisi mutu sangat tergantung dengan siapa yang melihatnya. Hal ini berarti bahwa mutu akan tergantung dari sudut pandang pengguna atau pelakunya.Elizabeth (2015) dalam Depkes (2017) mengemukakan:

- a. Menurut pasien mutu adalah empati, menghargai dan tanggap sesuai dengan kebutuhan dan ramah.
- b. Menurut petugas kesehatan mutu adalah bebas melakukan sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang memenuhi standar.
- c. Menurut manajer rumah sakit adalah mendorong manager untuk mengatur staf dan pasien dengan baik.
- d. Menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cukup.

Mutu adalah keseluruhan ciri atau karakteristik produk atau jasa dalam tujuannya untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Mutu dalam pelayanan keperawatan adalah bagaimana memenuhi harapan pasien.Salah satu indikator dari mutu pelayanan keperawatan adalah apakah mutu pelayanan keperawatan

yang diberikan itu memuaskan pasien atau tidak. Nursalam (2014) menyebutkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya.

Peningkatan mutu pelayanan adalah derajat memberikan pelayanan secara efisien dan efektif sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien, memanfaatkan teknologi tepat guna dan hasil penelitian dalam pengembangan pelayanan kesehatan/keperawatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal (Nursalam, 2014).

2. Pengukuran Mutu Pelayanan kesehatan

Menurut Donabedian (1980) dalam Nursalam (2014), mutu pelayanan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel yaitu input, proses, dan output/outcome.

a. Input atau masukan adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi, dan informasi. Selain itu pada aspek fisik, penilaian juga mencakup pada karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan. Struktur berhubungan dengan pengaturan pelayanan keperawatan yang diberikan dan sumber daya yang memadai. Aspek dalam komponen struktur dapat dilihat melalui :

- 1) Fasilitas, yaitu kenyamanan, kemudahan mencapai pelayanan dan keamanan.
- 2) Peralatan, yaitu suplai yang adekuat dan seni menempatkan peralatan.
- 3) Staf, meliputi pengalaman, tingkat absensi, rata-rata *turnover* dan rasio pasien-perawat.

- 4) Keuangan, yaitu meliputi gaji, kecukupan dan sumber keuangan.
- 5) Tenaga, obat teknologi dan informasi.
- b. Proses adalah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien dan masyarakat). Setiap tindakan medis atau keperawatan harus selalu mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Program keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan. Pendekatan ini difokuskan pada pelaksanaan pemberian pelayanan keperawatan oleh perawat terhadap pasien dengan menjalankan tahap-tahap asuhan keperawatan. Pada penilaiannya dapat menggunakan teknik observasi maupun audit dari dokumentasi keperawatan. Indikator baik tidaknya proses dapat dilihat dari kesesuaian pelaksanaan dengan standar operasional prosedur, relevansi tidaknya dengan pasien dan efektifitas pelaksanaannya.
- c. Output/outcome adalah hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan yaitu berupa perubahan yang terjadi pada konsumen termasuk kepuasan dari pasien. Pendekatan ini adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan perawat terhadap pasien. Adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif. Baik tidaknya hasil dapat diukur dari derajat kesehatan pasien dan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan (Wijono 2000). Tanpa mengukur hasil kinerja dari rumah sakit/keperawatan tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula.

3. Dimensi Mutu

Penilaian mutu pelayanan keperawatan yang banyak dijadikan acuan adalah teori Fitzmmons dalam Triwibowo (2013) dengan lima dimensi mutu pelayanan yaitu:

- a. Bukti fisik (*Tangibles*), berkenaan dengan penampilan fasilitas fisik seperti gedung dan ruangan, kebersihan, kerapihan, kenyamanan ruangan, dan penampilan petugas.
- b. Keandalan (*Reliability*), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat atau akurat dan kemampuan memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan. Keandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
- c. Daya tanggap (*Responsiveness*), yaitu kesediaan dan kemampuan perawat untuk membantu pasien dan merespon permintaan mereka serta memberikan pelayanan yang cepat yang meliputi kecepatan petugas dalam menangani keluhan pasien. Dalam hal ini perawat cepat tanggap terhadap masalah atau keluhan yang disampaikan oleh pasien.
- d. Jaminan (*Assurance*), yaitu kegiatan untuk menjamin kepastian terhadap pelayanan yang akan diberikan kepada pasien, perawat mampu menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat dan menumbuhkan rasa aman bagi pasien. Jaminan juga berarti bahwa perawat selalu bersikap sopan dan menguasai pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani setiap pertanyaan atau masalah pasien. Perawat juga diharapkan mempunyai kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif kepada

pasien. hal ini meliputi kemampuan petugas atas pengetahuan terhadap jasa secara tepat.

- e. Empati (*Empathy*), yaitu membina hubungan yang baik dan memberikan perhatian personal kepada pasien. Perawat memahami masalah pasien dan bertindak demi kepentingan pasien (Nursalam, 2014).

4. Aspek Mutu

Mutu pelayanan keperawatan identik dengan mutu pelayanan rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari berbagai aspek yang berpengaruh. Aspek berarti termasuk hal-hal yang secara langsung atau tidak langsung berpengaruh terhadap penilaian. Menurut Jacobalis dalam sabarguna (2009) ada empat aspek mutu meliputi:

- a. Aspek klinis

Yaitu menyangkut pelayanan dokter, perawat, dan terkait dengan teknis medis.

- b. Efisiensi dan Efektifitas

Yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tak ada diagnosa dan terapi yang berlebihan.

- c. Keselamatan pasien

Yaitu upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya perlindungan jatuh dari tempat tidur dan kebakaran.

- d. Kepuasan pasien

Yaitu yang berhubungan dengan kenyamanan, keramahan dan kecepatan pelayanan.

5. Program Kendali Mutu Pelayanan Keperawatan

Kegiatan dalam mendukung pencapaian mutu pelayanan kesehatan, keperawatan sebagai bagian yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan juga memiliki andil dalam mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu. Upaya pemantauan yang berkesinambungan diperlukan untuk menilai mutu pelayanan keperawatan di sarana

kesehatan. Program pengendalian mutu yang menunjang tercapainya pelayanan keperawatan yang efisien dan efektif di sarana kesehatan. Sehingga diperlukan standar mutu dalam pelayanan keperawatan yang terdiri dari :

a. Struktur

- 1) Adanya kebijakan program pengendalian mutu pelayanan keperawatan di sarana kesehatan.
- 2) Adanya program pengendalian mutu pelayanan keperawatan.
- 3) Adanya standar pelayanan keperawatan.
- 4) Adanya mekanisme pelaksanaan program pengendalian mutu.
- 5) Adanya tim pengendalian mutu dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan.
- 6) Adanya sumber daya yang menandai dalam jumlah dan kualitas.

b. Proses

- 1) Menyusun alat pengendalian mutu sesuai dengan metoda yang dipilih.
- 2) Melaksanakan upaya pengendalian mutu antara lain : *audit keperawatan/ supervise keperawatan, Gugus Kendali Mutu, survey kepuasan pasien, keluarga/petugas, presentasi kasus dan ronde keperawatan.*
- 3) Menganalisa dan menginterpretasikan data hasil evaluasi pengendalian mutu.
- 4) Menyusun upaya tindak lanjut.

c. Hasil

- 1) Adanya dokumen hasil pengendalian mutu.
- 2) Adanya dokumen umpan balik dan upaya tindak lanjut.
- 3) Adanya dokumen hasil survey kepuasan pasien, keluarga dan petugas.

- 4) Adanya penampilan klinik tenaga keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan.
- 5) Menurunnya angka kejadian komplikasi sebagai akibat pemberian asuhan keperawatan antara lain : dekubitus, jatuh, pneumonia, pneumonia orthostatic, infeksi nasokomial, *drop foot*.

6. Ciri Mutu Yang Baik

Menurut Jacobalis dalam Sabarguna (2009) ciri mutu yang baik adalah:

- a. Tersedia dan terjangkau
- b. Tepat kebutuhan
- c. Tepat sumber daya
- d. Tepat standar profesi/etika profesi
- e. Wajar dan aman
- f. Mutu memuaskan bagi pasien yang dilayani

Pelayanan Medis yang baik menurut schulz dalam sabar guna (2009) adalah:

- a. Didasari oleh praktik medis yang rasional dan didasari oleh ilmu kedokteran dan keperawatan.
- b. Mengutamakan pencegahan
- c. Terjadinya kerjasama antara masyarakat dengan ilmuwan medis
- d. Mengobati seseorang sebagai keseluruhan
- e. Memelihara kerjasama antara dokter/perawat dengan pasien
- f. Berkoordinasi dengan pekerja social
- g. Mengkoordinasikan semua jenis pelayanan medis
- h. Mengaplikasikan pelayanan modern dari ilmu kedokteran/keperawatan yang dibutuhkan masyarakat.

7. *Quality Assurance* (Jaminan Mutu)

Jaminan mutu adalah bagaimana 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 (Wijoyono, 2000). 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 :

- 1) Audit internal dan surveilan untuk memastikan apakah proses pengerjaannya (pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien) telah sesuai dengan *standar operating procedure* (SOP)
- 2) Evaluasi proses
- 3) Mengelola mutu
- 4) Penyelesaian masalah, Sehingga sebagai suatu system (*input, proses, outcome*), menjaga mutu pelayanan keperawatan difokuskan hanya pada satu sisi yaitu pada proses pemberian pelayanan keperawatan untuk menjaga mutu pelayanan keperawatan.

Upaya menjaga mutu rumah sakit menurut Meinsheiner dalam Sabarguna (2009) dengan menerapkan model *quality assurance* di rumah sakit yang merupakan kegiatan-kegiatan yang saling terkait. Komponen model tersebut adalah:

- 1) Identifikasi Nilai

Artinya menentukan nilai-nilai atau aturan-aturan tertentu yang berlaku, seperti sterilisasi kamar operasi dan standar terapi yang ada.

- 2) Identifikasi Standard an Kriteria

Penentuan standar yaitu penentuan patokan tertentu, sedangkan kriteria adalah patokan baik dan buruk, benar salahnya pada tingkat tertentu.

- 3) Melakukan Penilaian

Penilaian dilakukan untuk menilai apakah ada penyimpangan atau tidak dari standar yang sudah ditetapkan.

4) Membuat Interpretasi

Hasil penilaian diolah seberapa jauh penyimpangan itu dan apa sebabnya.

5) Pembentukan Tindakan

Masalah yang ada dibuat alternatif tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasinya.

6) Memilih Tindakan

Dipilih tindakan yang terbaik dengan memperhatikan segala aspek.

7) Melakukan Tindakan

Melakukan tindakan yang terbaik sehingga dapat menyelesaikan masalah.

8. Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu layanan rumah sakit dapat dilihat dari terpenuhinya standar akreditasi rumah sakit. Salah satu fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 adalah tentang pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu. Terdapat 12 indikator program mutu nasional layanan rumah sakit menurut kemenkes dalam Sistem Manajemen Akreditasi Rumah Sakit (SISMADAK) yaitu:

**Tabel 1: 12 Indikator Mutu Nasional Layanan RS
Kemenkes**

No	Judul Indikator	Standar
1	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
2	Emergency respon time	<5 menit; 100%
3	Waktu tunggu rawat jalan	<60 menit
4	Penundaan waktu operasi elektif	2 hari; 0%

5	Kepatuhan jam visite dokter	>80%
6	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	<30 menit; 100%
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	80%
8	Kepatuhan cuci tangan	80%
9	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh	100%
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	80%
11	Kepuasan pasien dan keluarga	80%
12	Kecepatan respon terhadap complain	75%

Sumber: Sismadak V5.0.3

Menurut Depkes RI (2005) Indikator-indikator mutu pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap yaitu:

- a. 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 :

$(\text{jumlah hari perawatan di rumah sakit}) \times 100\%$

$(\text{jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam satu periode})$

- b. 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 :

(jumlah lama dirawat)

(jumlah pasien keluar (hidup + mati))

- c. 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 :

((jumlah tempat tidur × Periode) – Hari Perawatan)

(jumlah pasien keluar (hidup + mati))

- d. 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 :

Jumlah pasien dirawat (hidup + mati)

(jumlah tempat tidur)

e. NDR (*Net Death Rate*)

NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Rumus :

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

f. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Rumus :

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

B. Komite Keperawatan dalam Pengawasan Mutu Layanan Keperawatan

1. Konsep Komite Keperawatan

Melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 49 Tahun 2013 bahwa untuk meningkatkan mutu profesionalisme,serta menjamin mutu pelayanan kesehatan perlu dibentuk suatu wadah komite keperawatan dirumah sakit. Keberadaan komite keperawatan mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan disiplin profesi keperawatan. Komite Keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*Clinical Governance*) yang baik agar mutu pelayanan asuhan keperawatan dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Pimpinan Rumah Sakit, bertugas dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan professional

berkelanjutan (*Continuing Professional Development/ CPD*) termasuk didalamnya menentukan standar asuhan keperawatan.

Komite keperawatan terdiri dari 3 subkomite yaitu:

- a. Subkomite kredensial
- b. Subkomite mutu profesi
- c. Subkomite etik dan disiplin profesi

Pengorganisasian dalam Komite keperawatan terdiri dari Ketua, Sekretaris, Ketua Subkomite dan anggota subkomite. Dalam melaksanakan tugasnya Ketua Komite Keperawatan dibantu oleh Sub komite yang terdiri dari Sub komite kredensial, Sub komite mutu profesi dan Sub komite etik dan disiplin profesi. Ketua dan keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari berbagai pihak dengan mempertimbangkan sikap, professional, reputasi, perilaku dan memperhatikan usulan dari kelompok keperawatan.

2. Tugas, Fungsi Dan Wewenang Komite Keperawatan

Komite keperawatan dalam menjalankan tugasnya dilakukan oleh masing-masing subkomite yaitu:

a. Subkomite Kredensial

- 1) Penyusunan buku putih sebagai dokumen persyaratan terkait kopetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan sesuai dengan standar kopetensinnya
- 2) Penyusunan daftar rincian kewenangan klinis
- 3) Verifikasi persyaratan kredensial
- 4) Proses kredensial
- 5) Kredensial ulang
- 6) Laporan kredensial

b. Sub Komite Mutu Profesi

- 1) Penyusunan data dasar profil tenaga keperawatan dan bidan

- 2) Melakukan fungsi pendataan profil tenaga keperawatan dan bidan
- 3) Perencanaan pengembangan professional berkelanjutan
- 4) Melaksanakan fungsi perencanaan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga perawat untuk meningkatkan profesionalisme dan peningkatan SDM
- 5) Perencanaan pelatihan
- 6) Melaksanakan fungsi perencanaan pelatihan dan edukasi tambahan bagi tenaga keperawatan dan bidan
- 7) Audit dokumentasi asuhan keperawatan
- 8) Audit dokumentasi merupakan upaya evaluasi secara provisional terhadap mutu asuhan keperawatan dan kebidanan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya
- 9) Audit Kasus keperawatan
- 10) Audit kasus yang berfokus untuk sebuah kasus yang dilaporkan sebagai insiden keselamatan pasien, baik berupa kejadian Nyaris Cidera (KNC/Near Miss), Kejadian tidak diharapkan (KTD), Kejadian Sentinel dan kasus yang jarang terjadi untuk peningkatan pengetahuan.
- 11) Pendampingan pemberian asuhan keperawatan
- 12) Melakukan fungsi sebagai pendampingan dalam memberikan asuhan keperawatan

c. Subkomite etik profesi

- 1) Sosialisasi Kode Etik Profesi
- 2) Pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan
- 3) Penegakan disiplin profesi keperawatan
- 4) Penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik

- 5) Pencabutan kewenangan klinis dan atau surat penugasan klinis (*clinical appointment*)

C. Peran Komite Keperawatan (Sub Komite Mutu Profesi) dalam Audit Mutu Pelayanan Asuhan Keperawatan

Peran komite keperawatan dapat mempengaruhi peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan mempertahankan kompetensi dan menerima segala tanggung jawab setiap tindakan dan keputusan yang telah dibuat. Peran komite keperawatan dalam audit mutu asuhan pelayanan keperawatan adalah:

1. Penyusunan data dasar profil tenaga keperawatan

Data dasar tentang profil tenaga keperawatan diperoleh dengan berkolaborasi pada divisi keperawatan sehingga dapat diketahui profil tenaga keperawatan sesuai dengan area praktiknya berdasarkan jenjang kompetensinya.

2. Perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan

Subkomite Mutu membuat perencanaan pendidikan berkelanjutan dilakukan untuk meningkatkan kemampuan karyawan dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Subkomite Mutu melakukan perencanaan pengembangan pendidikan berkelanjutan dibuat setiap tahun sekali sesuai dengan kebutuhan, dan oleh ketua komite keperawatan diajukan kepada direktur utama dan akan dikordinasikan dengan bagian SDM dan DIKLAT.

Pendidikan yang dimaksud diatas adalah pendidikan yang mendapat gelar akademik atau profesi, kursus sesuai dengan kompetensi yang sesuai dengan pengembangan profesi.

3. Perencanaan pelatihan

Setiap tahun Subkomite Mutu Profesi membuat usulan pelatihan-pelatihan melalui Ketua Komite keperawatan kepada Direktur Utama dengan tembusan kepada Direktur Medis Perawatan. Usulan dibuat berdasarkan evaluasi kinerja berkesinambungan, kesepakatan dan keputusan dalam rapat Komite Keperawatan.

4. Audit dokumentasi asuhan keperawatan

Audit dokumen asuhan keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi keperawatan. Audit dokumen asuhan keperawatan dilaksanakan sebagai implementasi fungsi pemberian asuhan keperawatan yang baik di rumah sakit

Audit dokumen asuhan keperawatan di rumah sakit merupakan kegiatan evaluasi profesi secara sistemik terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap asuhan keperawatan di rumah sakit. Audit asuhan keperawatan diharapkan didapat tingkat kepatuhan tenaga keperawatan terhadap Standar Asuhan Keperawatan dengan praktek di lapangan. Hasil audit asuhan keperawatan menjadi masukan untuk penertiban pelaksanaan atau evaluasi isi Standar Asuhan Keperawatan.

Tatalaksana pelaksanaan audit asuhan keperawatan:

- a. Penetapan standar dan kriteria
 - 1) Tahap kedua audit asuhan keperawatan adalah penentuan kriteria atau standar profesi yang jelas, objektif dan rinci terkait dengan topik tersebut.
 - 2) Standar yang digunakan untuk melakukan audit asuhan keperawatan MPKP

- b. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit
 - 1) Pengambilan sampel dilakukan dengan metode pengambilan sampel atau penetapan sampel secara sederhana dalam kurun waktu 3 bulan.
 - 2) pemilihan dokumentasi yang akan diaudit. Pemilihan dokumen tersebut diambil sampel secara acak dengan jumlah 10% dari jumlah pasien tiap ruangan
 - 3) Pemilihan dokumen rekam medik adalah dokumen pasien yang dirawat lebih dari tiga hari
- c. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan
 - 1) Membandingkan sampel dengan standar/kriteria dan prosedur yang telah ditetapkan.
 - 2) Data kasus yang tidak memenuhi kriteria dipisahkan dan dikumpulkan untuk dianalisis
- d. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria

Kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria dianalisis oleh mitra bestari untuk ditetapkan apakah merupakan deviasi yang bisa diterima, yaitu penyimpangannya terhadap standar adalah "acceptable" karena penyulit atau komplikasi yang tak terduga sebelumnya (*unforeseen*), atau merupakan defisiensi, dimana deviasi tidak bisa diterima.
- e. Sosialisasi hasil audit

Hasil audit akan disosialisasikan kepada setiap kepala ruang untuk ditindak lanjuti dengan rekomendasi perbaikan dari komite keperawatan

f. Menerapkan perbaikan

Komite keperawatan membuat rekomendasi upaya perbaikan, mengadakan program pendidikan dan pelatihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya.

5. Audit Kasus asuhan keperawatan

Audit kasus merupakan audit asuhan keperawatan terfokus pada sebuah kasus dengan alasan tertentu, antara lain kasus yang dilaporkan sebagai Insiden Keselamatan Pasien, baik berupa Kejadian Nyaris Cedera (KNC/Near Miss), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel.

Secara umum, pelaksanaan audit kasus harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :

- a. Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing tenaga keperawatan
- b. Sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki
- c. Sebagai dasar bagi komite keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*)
- d. Sebagai dasar komite keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis

Tatalaksana pelaksanaan audit keperawatan :

- 1) Pemilihan topik yang akan dilakukan audit (kasus keselamatan pasien, kasus yang mengancam jiwa/kematian, kasus sulit)
- 2) Penetapan standar dan kriteria
 - a) Tahap kedua audit keperawatan adalah penentuan kriteria atau standar profesi yang jelas, objektif dan rinci
 - b) Penetapan standar dan prosedur (SAK)

- c) Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan
 - d) Membandingkan kasus dengan standar/kriteria dan prosedur yang telah ditetapkan.
 - e) Data prosedur/tindakan yang tidak memenuhi kriteria dipisahkan dan dikumpulkan untuk dianalisis
- 3) Melakukan analisis prosedur/tindakan yang tidak sesuai standar
- a) Prosedur/tindakan yang tidak sesuai standar
 - b) Analisis kasus dapat mengundang pakar/konsultan tamu dari luar rumah sakit bila diperlukan.
- 4) Menetapkan rekomendasi kasus
- a) Upaya perbaikan untuk kasus kematian
 - b) Upaya perbaikan/peningkatan pelayanan untuk kasus sulit
 - c) Penilaian terhadap kompetensi staf medis yang melakukan pelayanan, dasar pemberian /pencabutan/penangguhan/perubahan kewenangan klinis untuk kasus keselamatan pasien
- 5) Rencana reaudit
- a) Mempelajari topik yang sama setelah perbaikan dalam jangka waktu tertentu, misalnya 6 bulan.
 - b) Tujuan reaudit adalah untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan.
 - c) Tidak selalu harus dikerjakan.

REFERENSI

- Kemenkes RI. 2017. Manajemen Mutu Informasi Kesehatan 1: *Quality Assurance*
- Nursalam, 2014. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit. 2013. Tersedia online di http://manajemenrumahsakit.net/w_p-content/uploads/2017/02/PMKNo-49-tahun-2013-ttg-Komite-Keperawatan-RS.pdf, diakses tanggal 07 Agustus 2021 pukul 10.37 Wita
- RS Mardi Rahayu. 2014. Pedoman Pelayanan Komite Keperawatan. <https://www.scribd.com/document/366654826/Pedoman-Pelayanan-Komite-Keperawatan-Rumah-Sakit-Mardi-Rahayu-Kudus>. Tersedia online diakses pada tanggal 07 Agustus 2021 pukul 13.15 Wita
- Sabarguna. 2009. Manajemen Rumah Sakit. Cetakan 1. Jilid 2. Jakarta: Sagung Seto
- Sismadak V5.0.3. 2017. Indikator Mutu Nasional Kemenkes. Tersedia online di <http://sismadak.kars.or.id/>. Diakses pada tanggal 07 Agustus 2021 pukul 11.15 Wita
- Triwibowo C. 2013. Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit. Cetakan 1. Jakarta: CV. Trans Info Media

PROFIL PENULIS

Nuraliah

Lahir di Desa Tammangalle Kab. Polewali Mandar, 31 Desember 1975. Setamat dari SMAN Tinambung Tahun 1995 kemudian melanjutkan pendidikan DIII Keperawatan di Akper Depkes Makassar dan mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Tahun 1998. Pada Tahun 2006 melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan pada Tahun 2008 pendidikan Ners di Universitas Hasanuddin Makassar. Pada Tahun 2008 mendapat gelar S.Kep dan Tahun 2009 mendapat gelar Ns.



Pada Tahun 2013 melanjutkan pendidikan magister keperawatan dan mendapat gelar M.Kep dalam bidang manajemen keperawatan pada Tahun 2015 di Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini meniti karier sebagai Pegawai Negeri Sipil di RSUD Tora Belo Kab. Sigi Sulawesi Tengah dan sebagai pengajar di Universitas Tadulako, STIK Indonesia Jaya dan STIKES Widya Nusantara Palu. Penulis juga aktif di beberapa organisasi seperti PPNI Kab. Sigi, Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI) Propinsi Sulawesi Tengah sebagai anggota dan *trainer*, serta aktif di Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) Propinsi Sulawesi Tengah sebagai pengurus.

Email Penulis: liyaha89@gmail.com

BAB 9
POA DAN EBPN
(PLAN OF ACTION AND EVIDENCE-BASED
PRACTICE IN NURSING)
(Diah Ratnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom)

Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta.

A. Konsep POA

Perubahan masalah kesehatan, teknologi, dan kekuatan sosial yang terjadi di masyarakat menjadi alasan penting peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Indikator mutu pelayanan keperawatan berfokus pada kualitas pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Perawat adalah salah satu profesi sebagai bagian dari tim pemberi pelayanan kesehatan yang bertugas membantu klien atau pasien dalam kondisi sehat maupun sakit (Haryanto, 2007). Hal itu disebabkan perawat merupakan garda terdepan yang langsung melakukan asuhan keperawatan kepada klien, keluarga, dan kelompok yang mengalami masalah kesehatan, berisiko maupun yang memerlukan rehabilitasi.

Perawat harus memperhatikan keselamatan pasien sebagai indikator mutu pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien menjadi perhatian serius dalam beberapa tahun terakhir bagi pembuat kebijakan kesehatan dan penyedia layanan kesehatan dunia. Oleh sebab itu, terkait penerapan manajemen keperawatan berpedoman pada patient safety culture sesuai dengan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien (*Patient Safety Curriculum Guide*) dari World Health Organization /WHO (2011). Faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan program patient safety culture adalah proses manajemen keperawatan khususnya fungsi

perencanaan dalam hal ini kemampuan *plan of action*. *Plan of action* sebagai langkah awal yang penting untuk dilakukan perawat karena mengarahkan pencapaian tujuan berupa peningkatan kualitas mutu pelayanan keperawatan sehingga menjamin pasien menerima pelayanan keperawatan yang memuaskan.

1. Pengertian *Plan Of Action*

Plan of action adalah fungsi yang pertama dan penting dilalui dari proses karena mempengaruhi fungsi-fungsi manajemenlainnya. Berdasarkan Marquis dan Houston (2006), *plan of action* terdiri dari: rencana perubahan (*planning change*), rencana waktu (*time planning*), dan anggaran (*fiscal planning*). *Plan of action* adalah suatu bentuk pembuatan keputusan manajerial berdasarkan pengamatan terhadap lingkungan, penggambaran sistem dan sub system utama organisasi, misi dan filosofi organisasi, sumber daya yang dimiliki, peluang dan efektifitas dari tindakan alternatif (Gillies, 1994). Terry dan Rue (2008) mengemukakan *plan of action* sebagai proses pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan utama selama jangka waktu lama, dan rencana yang akan dilakukan agar sampai kepada tujuan. *Plan action* berisi desain dari pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada suatu sistem (Nursalam,2008).

Oleh karena itu, *plan of action* memberikan arahan dalam tujuan dan sifatnya dinamis, artinya pembuatan perencanaan dapat berubah mengikuti kondisi dan kebutuhan serta tujuan suatu organisasi. Selain itu, bentuk *plan of action* tertuang dalam dokumen tertulis atau daftar periksa untuk langkah-langkah atau tugas yang perlu diselesaikan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. *Plan of action* adalah bagian penting dari

proses perencanaan strategis dan membantu meningkatkan perencanaan kerja tim. Tidak hanya dalam manajemen keperawatan, tetapi *plan of action* dapat digunakan oleh individu untuk menyiapkan strategi untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan. Kesimpulannya, *plan of action* menjelaskan dengan sangat rinci mengenai strategi yang diterapkan untuk mencapai tujuan yang dikembangkan sebelumnya dalam proses keperawatan.

Plan of action biasanya mengacu pada: a) perubahan spesifik (komunitas dan sistem) yang harus dicari, dan b) langkah-langkah tindakan spesifik yang diperlukan untuk membawa perubahan di semua sector terkait, atau bagian, dari komunitas. Aspek kunci dari intervensi atau perubahan (komunitas dan sistem) yang akan dicari dan diuraikan dalam *plan of action*. Misalnya, dalam sebuah program yang misinya adalah untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap, salah satu strategi bisa dalam bentuk melatih perawat tentang pelaksanaan ronde keperawatan sebagai bagian pelayanan keperawatan. Beberapa langkah tindakan, dilakukan untuk mengembangkan ronde keperawatan yang sesuai kasus pasien yang umum terjadi di ruangrawat inap tersebut, untuk mengadakan simulasi ronde keperawatan untuk masing-masing perawat sesuai jabatan fungsionalnya di ruang rawat inap, dan untuk memasukkan beberapa pelatihan bagi perawat sesuai target kinerja perawat dan mutu pelayanan keperawatan

2. Tujuan

Menurut Douglas (dalam Swanbur, 2000) tujuan *plan of action* secara umum adalah membantu meminimalkan kegagalan, mempersiapkan rintangan di depan, dan membuat tindakan tetap di jalur. Selain itu, melalui

pembuatan *plan of action* yang efektif, perawat dapat meningkatkan produktivitas kerja dan tetap fokus pada diri sendiri. Berikut dibawah ini,tujuan khusus *plan of action* (Simamora, 2012; Marquis dan Houston, 2006; Swanbur, 2000):

- 1) Menemukan masalah yang harus diatasi
- 2) Menemukan kebutuhan yang harus dipenuhi dalam menyelesaikan masalah
- 3) Meningkatkan keefektifan penggunaan sumber daya manusia, sumber material, dan pelayanan
- 4) Menetapkan standar dalam pengawasan kualitas
- 5) Memberikan arah dalam melakukan program
- 6) Meminimalkan dampak dari perubahan
- 7) Membuat tindakan lebih efektif dan efisien sesuai kemampuan personel, dana, dan fasilitas yang ada
- 8) Meminimalkan risiko terkait pembuatan keputusan dan pemecahan masalah
- 9) Mengatasi hambatan yang mungkin akan muncul
- 10) Meningkatkan keberhasilan dalam mencapai sasaran atau tujuan sesuai waktu yang diharapkan

3. Manfaat *Plan Of Action*

Plan of action bermanfaat dalam membantu dalam penyusunan kegiatan, penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnose keperawatan (Dinarti&Mulyanti, 2017). *Plan of action* dalam keperawatan menjadi panduan atau petunjuk tertulis bagi perawat dengan level manajer dan pelaksana untuk melakukan tindakan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan menyelesaikan masalah kesehatannya. Manfaat *plan of action* yang lain, sebagai alat komunikasi antara sejawat perawat dan tim kesehatan lainnya,

meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi klien, serta mendokumentasikan proses dan criteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada beberapa manfaat dari *plan of action* yang harus diketahui, sebagaiberikut:

- a. Memberi arah yang jelas karena terdapat catatan tentang langkah-langkah apa yang harus diambil dan kapan langkah-langkah itu harus diselesaikan sehingga mengetahui persis apa yang perlu dilakukan
- b. Memiliki tujuan tertulis dan terencana dalam catatan sehingga termotivasi dan berkomitmen di seluruh kegiatan
- c. Mengklarifikasi kemajuan dalam mencapai tujuan yang direncanakan
- d. Mendokumentasikan solusi dan kegiatan yang direncanakan
- e. Memprioritaskan tugas dan tanggungjawab sesuai dengan batasan waktu yang direncanakan dalam pencapaian tujuan

4. Elemen-elemen dan Prosedur Pembuatan *Plan Of Action*

Sebagian besar *plan of action* menghasilkan dokumen tertulis yang disesuaikan dengan prioritas masalah dan berbentuk tabel yang berisi kegiatan, tujuan, metode, sasaran, waktu pelaksanaan, penanggung jawab dan orang yang terkait serta dapat ditulis oleh individu terlibat dalam proses perencanaan strategis atau, lebih banyak kemungkinan, oleh individu yang memfasilitasi strategis proses perencanaan (mis., konsultan, karyawan) (Huber, 2010). (Huber, 2010) Secara umum, dokumen *plan of action* berisi elemen, berikut:

1. Ringkasan eksekutif: Dua hingga tiga halaman enkapsulasi esensi dari rencana, ditulis dalam bahasa yang bisa dimengerti oleh semua orang.
2. Latar Belakang: Deskripsi institusi, sejarahnya, dan keadaan saat ini, termasuk sejarahnya prestasi, serta situasi itu mendorong proses perencanaan strategis
3. Misi, visi, dan nilai-nilai: Harus menggambarkan filosofi organisasi.
4. Tujuan dan strategi: Harus menggambarkan target tujuan dan strategi yang diidentifikasi untuk memastikan pencapaian tujuan.
5. Lampiran: Termasuk semua dokumentasi terkait dengan proses perencanaan strategis yang menggambarkan latar belakang informasi yang digunakan oleh perencana strategis untuk sampai pada rencana strategis

Perawat perlu memahami cara membuat plan of action ini supaya dapat bersinergi untuk mencapai tujuan atau pun cita-cita/harapan organisasi. Oleh karena itu, langkah dalam membuat suatu *plan of action* keperawatan diawali dengan perumusan tujuan diikuti langkah selanjutnya (Simamora, 2012; Olivarius et al., 2010, Gillies, 1994), dibawah ini:

1. Lakukan analisa situasi
Keberhasilan suatu program bisa dicapai jika perawat mampu memetakan masalah dengan metode analisa tertentu, seperti menggunakan analisis SWOT. Analisis SWOT bersifat deskriptif yang memberikan gambaran kondisi yang sedang dihadapi atau mungkin akan dihadapi. Komponen analisis SWOT, antara lain:
 - a. Strength (S) merupakan kekuatan dalam program layanan asuhan keperawatan pada saat belum dilakukan perubahan. Peninjauan kekuatan ini,

komponen yang dilihat dari kebijakan yang sudah ada, sumber daya perawat, kompetensi perawat, dana, dan sarana prasarana penunjang

- b. Weakness (W) adalah situasi atau kondisi yang merupakan kelemahan dari program layanan asuhan keperawatan. Hampir sama dengan komponen yang dilihat dalam Strength (S).
- c. Opportunity (O) adalah situasi atau kondisi yang merupakan peluang di luar keperawatan dan memberikan peluang berkembang bagi layanan asuhan keperawatan di masa depan. Misalnya, peluang dalam sector pendidikan berupa beasiswa dan banyaknya perguruan tinggi keperawatan, ataupun sector kesehatan berupa meningkatnya kebutuhan tenaga perawat, maraknya alat yang berbasis teknologi yang membantu kinerja perawat, dan masih banyak lagi.
- d. Threat (T) adalah situasi yang merupakan ancaman bagi keperawatan yang datang dari luar organisasi dan dapat mengancam eksistensi layanan keperawatan di masa datang. Contohnya, perekenomian yang melemah, masuknya tenaga perawat dari luar negeri, dan persepsi masyarakat terhadap kualitas perawat dalam negeri.

Tabel Matriks SWOT

Kosong (leave blank)	Strengths-S Catatlah kekuatan-kekuatan internal program	Weakness-W Catatlah kelemahan-kelemahan internal program
Opportunities-O Catatlah peluang-peluang eksternal yang ada	Strategi SO Daftar kekuatan untuk meraih keuntungan dari peluang yang ada	Strategi WO Daftar untuk memperkecil kelemahan dengan memanfaatkan keuntungan dari peluang yang ada
Threats-T Catatlah ancaman-ancaman eksternal yang ada	Strategi ST Daftar kekuatan untuk menghindari ancaman	Strategi WT Daftar untuk memperkecil kelemahan dan menghindari ancaman

2. Lakukan kaitan analisis situasi, visi dan misi

Analisis situasi, visi, dan misi sebagai suatu konsep yang memiliki interaksi yang erat, baik saat perumusan, pelaksanaan maupun evaluasi program layanan asuhan keperawatan. Setelah mengetahui kondisi dan masalah serta komponen yang menyebabkan munculnya masalah, visi dan misi dapat dibuat agar arah atau pergerakan perubahan dapat dilakukan. Visi merupakan sesuatu yang diharapkan, menggambarkan aspirasi masa depan, dan membangkit motivasi untuk berubah. Misi merupakan bentuk yang didambakan dan berupa pernyataan yang menegaskan visi melalui garis besar jalan yang akan diambil untuk sampai pada visi yang lebih dahulu dirumuskan.

3. Tentukan tujuan akhir

Jika tidak jelas tentang apa yang ingin dilakukan dan apa yang ingin dicapai, maka akan mudah membuat tidak tercapai tujuan atau gagal. Pada Langkah ini, harus ada inisiatif baru dengan mulai menentukan di mana tujuan awal berada dan di mana tujuan akhir ingin berada. Lalu lakukan analisis situasi dan jelajah isolasi yang mungkin sebelum memprioritaskan kegiatan dalam memecahkan masalah. Kemudian tulislah tujuan yang diharapkan dan sebelum melangkah kelangkah berikutnya, buatlah plan of action melalui kriteria SMART atau dengan kata lain, pastikan itu benar, seperti dibawah ini:

- a. Spesific/spesifik – terdefinisi dengan baik dan jelas
- b. Measurable/terukur – termasuk indikator yang terukur untuk melacak kemajuan
- c. Attainable/dapat dicapai - realistis dan dapat dicapai dalam sumber daya, waktu, uang, pengalaman, dan lain-lain yang dimiliki
- d. Relevanti/relevan – selaraskan dengan tujuan yang lain
- e. Timely/tepat waktu – memiliki tanggal penyelesaian

Gunakanlembarkerja SMART dibawahini, untuk menyederhanakan proses ini. Bagikan dengan kepada tim untuk mendapatkan masukan dari masing-masing orang.

Lembar Kerja SMART

Name :

Date :

Tujuan Dalam Pikiran	Tambahkan teks
-----------------------------	-----------------------

Apakah itu Spesifik? 	Tambahkan teks
--	-----------------------

Apakah itu Terukur? 	Tambahkan teks
---	-----------------------

Apakah itu bisa Dicapai? 	Tambahkan teks
--	-----------------------

<p>Apakah itu relevan?</p> <p style="text-align: center;">R</p>	<p>Tambahkan teks</p>
---	------------------------------

<p>Apakah tepat waktu?</p> <p style="text-align: center;">T</p>	<p>Tambahkan teks</p>
---	------------------------------

<p>Tujuan SMART</p>	<p>Tambahkan teks</p>
----------------------------	------------------------------

4. Penyusunan daftar berisi langkah-langkah yang harus diikuti

Pastikan bahwa setiap tugas didefinisikan dengan jelas dan dapat dicapai. Jika ditemukan tugas yang lebih besar dan lebih kompleks, pisahkan menjadi tugas yang lebih kecil yang lebih mudah dijalankan dan dikelola. Penyusunan daftar ini untuk memastikan bahwa seluruh tim terlibat dalam setiap proses, menyadari peran, dan tanggungjawab dalam program.
5. Prioritaskan tugas dan tambahkan tenggat waktu

Langkah yang tepat dilakukan untuk mengatur ulang daftar dengan memprioritaskan tugas. Perlu penjelasan prioritas langkah ini karena jika tidak ada

penjelasan maka dapat memblokir sub-langkah lain. Tambahkan tenggat waktu, dan pastikan itu realistis. Konsultasikan dengan orang yang bertanggung jawab untuk melaksanakannya untuk memahami kapasitasnya sebelum memutuskan tenggat waktu.

Action Plan

Target						
Jelaskan Tujuan Anda Di Sini :						
Deskripsi Tindakan	Departemen/ Karyawan Yang Bertanggung Jawab	Mulai Tanggal	Tenggat Waktu	Sumber Daya yang Dibutuhkan	Potensi hambatan	Hasil

6. Tetapkan Tonggak Sejarah

Tonggak sejarah dapat dianggap sebagai sasaran yang mengarah ketujuan utama di akhir. Keuntungan menambahkan tonggak adalah member alasan bagi anggota tim untuk menantikan sesuatu dan membantu tim tetap termotivasi meskipun tanggal jatuh tempo akhir masih jauh. Mulailah dari tujuan akhir dan kembalikan jalan tim ketika bersama-sama menetapkan tonggak sejarah. Ingatlah untuk tidak menyimpan terlalu sedikit atau terlalu banyak waktu di antara tonggak sejarah yang ditetapkan. Pada penerapannya akan baik untuk menempatkan tonggak sejarah terpisah dua minggu.

Format Plan Of Action

Sasaran						
Langkah Tindakan	Bertanggung Jawab	Mulai Tanggal	Tonggak Sejarah	Tenggat Waktu	Sumber Daya	Hasil yang Diinginkan

7. Identifikasi sumber daya yang dibutuhkan

Sebelum program dimulai, penting untuk memastikan bahwa proses pelaksanaan program nantinya sudah memiliki semua sumber daya yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas. Bila sumber daya saat ini tidak tersedia, maka terlebih dahulu perlu dibuat rencana untuk mendapatkannya. Upaya tersebut termasuk perencanaan mendapatkan anggaran. Penetapan kolom rencana tindakan diperlukan untuk menandai biaya setiap tugas jika ada.

8. Visualisasikan plan of action

Maksud dari langkah ini adalah untuk menciptakan sesuatu yang dapat dipahami oleh setiap orang dan yang dapat dibagikan kepada semua orang. Plan of action dapat disajikan dalam bentuk diagram alur, bagan Gantt, atau tabel, pastikan bahwa itu dengan jelas mengkomunikasikan elemen-elemen yang telah diidentifikasi sejauh ini terkait rencana, pemilik rencana, tenggat waktu, sumber daya, dll. Dokumen ini harus mudah diakses oleh semua orang dan harus dapat diedit.

9. Pantau, evaluasi, dan perbarui

Alokasikan waktu untuk mengevaluasi kemajuan yang Anda buat dengan tim Anda. Anda dapat menandai tugas yang diselesaikan seperti yang dilakukan pada rencana aksi akhir ini, dengan memperhatikan bagaimana Anda telah maju menuju tujuan. Ini juga akan memunculkan tugas-tugas yang tertunda atau tertunda, dalam hal ini Anda perlu mencari tahu mengapa dan menemukan solusi yang sesuai. Dan kemudian perbarui rencana tindakan yang sesuai.

B. Jenis-Jenis Plan Of Action dalam Manajemen Ruang Rawat

Ada tiga jenis *plan of action* (Mugianti, 2016; Marquis dan Houston, 2006; Sitorus dan Yulia, 2006), yaitu:

1. Rencana jangka panjang, yang disebut juga perencanaan strategis yang disusun untuk 3 sampai 10 tahun.
2. Rencana jangka menengah dibuat dan berlaku 1 sampai 5 tahun.
3. Rencana jangka pendek dibuat 1 jam sampai dengan 1 tahun.

Rencana jangka pendek dalam keperawatan meliputi rencana harian yang harus dikerjakan semua perawat, rencana bulanan yang dibuat oleh ketua tim/perawat primer dan kepala ruangan, sedangkan rencana tahunan yang dibuat oleh Kepala ruangan sendiri (Mugianti, 2016) berikut *tabel-tabel tersebut* dibawah ini. Rencana harian merupakan daftar kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan perannya masing-masing pada setiap shift. Daftar kegiatan disesuaikan dengan peran dan fungsi perawat. Rencana harian dibuat sebelum operan dilakukan dan dilengkapi pada saat operan dan *pre-conference*.

Setiap akhir bulan Ketua tim melakukan evaluasi tentang keberhasilan kegiatan yang dilakukan di timnya. Kegiatan-kegiatan yang mencakup rencana bulanan katim antara lain: mempresentasikan kasus dalam *case conference*, memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga, dan melakukan supervise perawat pelaksana. Disamping itu, setiap akhir bulan dan tahun Kepala Ruangan melakukan evaluasi hasil kegiatan dalam satu tahun yang dijadikan sebagai acuan rencana tindak lanjut serta penyusunan rencana bulanan dan tahunan berikutnya.

Rencana Harian Kepala Ruangan

Nama :
 Ruangan :
 Tanggal :
 Jumlah perawat :
 Jumlah pasien :

Waktu	Kegiatan	Keterangan
07.00	Operan Preconference (jika jumlah tim lebih dari 1), mengecek SDM dan sarana prasarana.	
08.00	Mengecek kebutuhan pasien (pemeriksaan, kondisi dll)	
09.00	Melakukan interaksi dengan pasien baru atau pasien yang memerlukan perhatian Khusus	
10.00	Melakukan supervise pada ketua tim/perawat pelaksana Perawat 1 (nama) (tindakan) Perawat 2 (nama)	

 (tindakan) Perawat 3(nama) (tindakan)	
11.00	Hubungan dengan bagian lain terkait rapat rapat terstruktur/insidentil	
12.00	Mengecek ulang keadaan pasien, perawat, lingkungan yang belum teratasi Ishoma	
13.00	Mempersiapkan dan merencanakan kegiatan asuhan keperawatan untuk sore, malam dan esok hari sesuai tingkat ketergantungan pasien Mengobservasi postconference	
14.00	Operan	

Rencana Harian Ketua Tim

Nama perawat :
 Ruangan :
 Tanggal :
 Nama pasien :

Waktu	Kegiatan	Keterangan
07.00	Operan Preconference (jika jumlah anggota tim lebih dari 1 orang) Membimbing makan dan memberi	
08.00	Pasien1 (tindakan) Pasien2 (tindakan)	

	Pasien3 (tindakan)	
09.00	Supervisi perawat (dapat diatur sesuai kondisi dan kebutuhan) Perawat1 (nama) (tindakan) Perawat2 (nama) (tindakan)	
10.00	Memimpin Terapi Aktivitas Kelompok	
11.00	Pasien1 (tindakan) Pasien2 (tindakan) Pasien3 (tindakan)	
12.00	Membimbing makan dan memberi obat pasien Ishoma	
13.00	Post conference dan menulis dokumentasi Memeriksa kelengkapan dokumentasi askep Alokasi pasien sesuai dengan perawat yang dinas	
14.00	Operan	

Rencana Harian Perawat Pelaksana

Nama perawat :
 Ruangan :
 Tanggal :
 Nama pasien :

Waktu			Kegiatan	Ket
07.00	14.00	21.00	Operan Preconference (jika 1 tim lebih dari 1 orang) Membimbing makan dan memberikan obat (dinas pagi)	
08.00	15.00	22.00	Pasien1 Pasien2 Pasien3	
09.00	16.00	23.00	Pasien4 Pasien5 Pasien6	
10.00	17.00	24.00	Pasien1 Pasien2 Pasien3	
11.00	18.00	05.00	Pasien4 Pasien5 Pasien6	
12.00	19.00		Membimbing makan dan member obat pasien Istirahat	
13.00	20.00	06.00	Post Conference (jika tim lebih dari satu orang) dan dokumentasi askep	
14.00	21.00	07.00	Operan	

RENCANA KEGIATAN BULANAN KEPALA RUANGAN

Bulan:

Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Minggu
1 Rapat Rgn Lap Bul	2 Supervisi Katim	3 Audit dok	4 Supervisi PA	5 Audit dok	6 Penkes Klp Klg	7
8 Rapat koord	9 Supervisi Katim	10 Audit dok	11 Supervisi PA	12 Audit dok	13 Case Conf	14
15	16 Supervisi Katim	17 Audit dok	18 Supervisi PA	19 Audit dok	20 PenkesKlp Klg	21
22 Menyus un jadwal	23 Supervisi Katim	24 Audit dok	25 Supervisi PA	26 Audit dok	27 Case Conf	28
Dinas						
29 Rapat Koord	30 Supervisi Katim	31 Audit dok				

Mengetahui Kepala Ruangan

(.....)

RENCANAKEGIATAN BULANAN KETUA TIM						
Bulan:						
Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Minggu
1 Rapat Ruangan	2 Supervisi PA	3 Supervisi PA	4 Supervisi PA	5 Supervisi PA	6 Case Conf Penkes Klg	7
8 Alokasi pasien	9 SupervisiP A	10 Supervisi PA	11 Supervisi PA	12 Supervisi PA	13 Case Conf Penkes Klg	14
15 Alokasi pasien	16 SupervisiP A	17 Supervisi PA	18 SupervisiP A	19 Supervisi PA	20 Case Conf Penkes Klg	21
22 Menyusu n Jadwal dinas Tim	23 SupervisiP A	24 Supervisi PA	25 Supervisi PA	26 Supervisi PA	27 Case Conf Penkes Klg	28
29 Menyusu n Laporan Tim	30 Koordinasi Dgn Katim	31 Menyusun Laporan				
	Menyusun Lap Bln	Bulanan				
Ketua Tim Kepala Ruangan (.....)(.....)						

C. Evidence - Based Practice In Nursing

1. Definisi Evidence - Based Practice In Nursing

Evidence-Based Practice in Nursing adalah penggunaan bukti yang berada diluar maupun didalam (*clinical expertise*), serta manfaat dan keinginan pasien untuk mendukung pengambilan keputusan sebagai asuhan keperawatan di pelayanan kesehatan (Melnik & Fineout-Overholt, 2011).

Pendapat lain dari *Evidence Based Practice* merupakan suatu kerangka kerja yang menguji, mengevaluasi dan menerapkan temuan-temuan penelitian dengan tujuan untuk memperbaiki pelayanan keperawatan kepada pasien (Carlson, 2010).

Evidence-Based Practice in Nursing (EBPN) sebagai suatu hasil sintesis dan penggunaan temuan penelitian ilmiah dari berbagai jenis penelitian termasuk *randomized control trial*, penelitian deskriptif, informasi dari laporan kasus di lapangan dan pendapat pakar. *Evidence-Based Practice in Nursing* merupakan satu kesatuan (lebih dari 1 penelitian) dari hasil penelitian terbaik yang telah dibuktikan melalui tahapan telaah dan sintesis yang digunakan sebagai pedoman dalam praktik keperawatan serta memberikan manfaat bagi penerima layanan keperawatan khususnya mengenai kesehatan (Dharma, 2013).

Evidence-Based Practice in Nursing merupakan suatu pemberian asuhan keperawatan pada individu atau sekelompok pasien dengan mempertimbangkan kebutuhan dan pilihan dari pasien tersebut dengan menggunakan teori atau informasi serta praktik yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian secara teliti, jelas dan bijaksana dalam pembuatan keputusan (Hapsari, 2011). Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa EBPN adalah suatu integritas (lebih dari 1 penelitian) dari bukti hasil penelitian *ilmiah* dan menggunakan berbagai desain penelitian baik *randomized control trial*, deskriptif, informasi dari laporan kasus dan pendapat pakar melalui tahapan telaah dan sintesis yang bermanfaat bagi penerima layanan keperawatan.

2. Tujuan *Evidence-Based Practice in Nursing*

Dharma (2011) berpendapat penggunaan hasil penelitian pada tatanan praktik keperawatan bertujuan untuk:

1. Memberikan landasan yang objektif dan rasional dalam praktik keperawatan dari pengalaman klinik dan dibuktikan dahulu kebenarannya secara ilmiah dan fakta ilmiah, kemudian dijadikan dasar dalam melaksanakan praktik keperawatan (*Evidence-Based Practice in Nursing*). Perawat yang memiliki pengalaman kemudian melakukan tindakan keperawatan atas dasar fakta ilmiah akan menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas.
2. Memberikan bukti bahwa praktik keperawatan dilandasi oleh penerapan prinsip-prinsip ilmiah (*scientific method*) yang relevan dan terkini (*up to date*). Dengan menerapkan *Evidence-Based Practice in Nursing* atau praktik keperawatan dilandasi bukti ilmiah, memberikan bukti bahwa praktik keperawatan dilandasi oleh dasar ilmu pengetahuan yang didapat melalui penelitian.
3. Melatih kemampuan perawat untuk berfikir kritis dan rasional seorang perawat dalam menghadapi suatu masalah fenomena. Ketika menghadapi suatu masalah atau menemukan suatu fenomena perawat mengeksplorasi berbagai sumberi ilmiah untuk mengetahui gambaran permasalahan atau fenomena dan mencari solusi yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.
4. Sebagai salah satu ciri dan praktik keperawatan profesional *Evidence-Based Practice in Nursing* merupakan suatu cara untuk membuktikan bahwa perawat adalah profesional.
5. Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, tujuan akhir dari penerapan EBPN adalah meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan EBPN yang merupakan

suatu cara untuk mencapai indikator-indikator kualitas pelayanan keperawatan.

6. Sebagai dasar untuk menyusun pertanyaan penelitian berikutnya, efektifitas penerapan hasil penelitian dalam praktik keperawatan melalui evaluasi proses dan evaluasi hasil. Hasil evaluasi dijadikan untuk menyusun pertanyaan penelitian berikutnya untuk topik yang relevan.

3. Tahapan *Evidence-Based Practice in Nursing*

Secara umum terdapat empat komponen dalam penerapan EBPN (Dharma, 2011) meliputi:

- 1) Telaah dan sintesis hasil penelitian
- 2) Implementasi
- 3) Evaluasi efektifitas penerapan EBPN terhadap pelayanan pasien
- 4) Pertimbangan terhadap konteks dimana hasil penelitian diterapkan yang mencakup keterlaksanaan berdasarkan aspek pembiayaan, sumber daya manusia yang terlibat dalam penerapan EBPN, ketersediaan fasilitas pendukung dan kebijakan institusi.

Banyak model yang dapat digunakan sebagai kerangka kerja untuk melakukan EBPN. Berikut tahapan dalam pelaksanaan EBPN menurut model IOWA:

1. Memilih topik EBPN

Evidence based nursing practice bermula dari adanya factor pencetus (*trigger*) yang berasal dari masalah yang ditemukan dalam praktik dan pengetahuan keperawatan. *Trigger* yang baik adalah pemicu yang berfokus pada kedua aspek baik masalah maupun pengetahuan. *Trigger* yang berfokus pada masalah dapat didefinisikan melalui berbagai data seperti data kegiatan peningkatan mutu institusi, data *bench marketing*, data finansial dan data tentang masalah klinik. Memilih topik EBPN

mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan institusi. Topik EBPN yang relevan dengan kebutuhan dan kemampuan institusi akan mendapatkan dukungan dari pimpinan dari pihak lain yang terkait.

2. Membentuk TIM

Setelah penentuan topik EBPN, tahap selanjutnya adalah membentuk TIM atau kelompok kerja yang terlibat dalam pelaksanaan EBPN. Tim ini bertanggung jawab dalam mengembangkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi pelaksanaan EBPN. Penentuan anggota tim yang terlibat dalam pelaksanaan EBPN sangat tergantung pada topik EBPN. Tugas awal dari EBPN adalah menyusun pertanyaan EBPN. Topik yang sebelumnya ditetapkan kemudian disusun dalam bentuk pertanyaan klinik. Pertanyaan yang jelasakan mempermudah tim dalam menspesifikan tipe pasien, jenis intervensi, outcome dan desain penelitian yang relevan dijadikan sebagai rujukan. Metode yang dapat digunakan untuk merumuskan pertanyaan EBPN adalah metode yang dikenal dengan istilah PICO yaitu P: *Patient/population/problem* (gambaran sekelompok pasien yang memiliki masalah), I: *Intervention/ treatment* (intervensi atau prosedur utama), C: *Comparison Intervention/treatment* (intervensi alternative atau standar yang dibandingkan dengan intervensi utama), O: *Outcome* (hasil yang diharapkan). Pada penelitian EBPN dibutuhkan kerjasama TIM dari berbagai macam pihak agar dapat terlaksana dengan baik.

Tabel Analisis PICO

Unsur PICO (terapi)	Analisis
P (<i>Patient/population/problem</i>)	
I (<i>Intervention/treatment</i>)	
C (<i>Comprasion Intervention/treatment</i>)	
O (<i>Outcome</i>)	

3. Mengumpulkan hasil penelitian yang relevan

Mengumpulkan hasil penelitian yang relevan dilakukan dengan mengeksplorasi berbagai referensi yang dapat digunakan sebagai sumber EBPN diantaranya: publikasi hasil penelitian di jurnal elektronik, atau laporan hasil penelitian dipertustakaan dan buku teks. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan jawaban dari pertanyaan EBPN dan menentukan intervensi yang paling tepat untuk diterapkan pada kasus. Cara merujuk hasil penelitian perhatikan *level evidence* dan penelitian-penelitian lain yang mendukung hasil penelitian tersebut. Perhatikan juga waktu penelitian dilakukan, sebaiknya pilih penelitian yang terkini.

4. Melakukan kritik jurnal

Kritik jurnal merupakan tahapan penting dalam EBPN. Hasil penelitian yang nantinya digunakan sebagai rujukan ditelaah lebih dulu kelayakannya dan dianalisis apakah menggambarkan fakta sebenarnya. Pada konteks ini diperlukan kemampuan membaca aktif yaitu membaca dengan terlebih dahulu merencanakan apa yang ingin diketahui dari suatu jurnal.

5. Sintesis hasil penelitian

Sintesis penelitian ini adalah suatu proses mengintegritasikan beberapa hasil penelitian yang dianggap memenuhi unsure validitas, kepentingan dan

kemampuan pelaksanaan untuk menghasilkan suatu temuan baru yang akan diterapkan sebagai *evidence based nursing practice* (EBPN), dalam menentukan hasil penelitian yang akan disintesis harus mempertimbangkan kemiripan karakteristik sampel dengan populasi pasien dan relevan penelitian dengan karakteristik sampel dengan populasi pasien dan relevansi penelitian dengan topik pertanyaan EBPN.

6. Prosedur Baru dalam Praktik Keperawatan atau Uji Coba Intervensi

Evidence based nursing practice sebelum mengimplementasikannya perlu uji coba yang penting dilakukan sebagai prosedur tetap di institusi. Uji coba memberikan evaluasi gambaran apakah prosedur dapat menyumbangkan banyak keuntungan dan bias terlaksana dengan baik. Jika hasil evaluasi masih ditemukan banyak hambatan, maka desain dari EBPN dapat direvisi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan institusi. Berikut beberapa kegiatan dalam tahap uji coba EBPN:

a. Menentukan Tujuan

Tujuan penerapan EBPN dalam unit percontohan mengacu pada tujuan umum dan tujuank husus.

b. Mengumpulkan Data Dasar

Data dasar diperlukan untuk menyusun strategi yang tepat guna mencapai keberhasilan EBPN pada unit percontohan. Sebagus apapun rencana penerapan EBPN, tetapi jika tidak didukung oleh sarana dan prasarana, sumber daya manusia dan kebijakan institusi maka tidak akan mencapai hasil yang optimal.

c. Membuat Desain atau Petunjuk Penerapan EBPN

Petunjuk EBPN memberikan arah dan pedoman dalam melaksanakan intervensi atau prosedur baru.

- Petunjuk dibuat secara operasional berupa instruksi/prosedur kerja, tahapan kegiatan, uraian tugas anggota tim yang terlibat, metode pendokumentasian dan pelaporan.
- d. Mengimplementasikan EBPN pada Unit Percontohan
Setelah semua tahapan persiapan dilaksanakan, tahap selanjutnya adalah mengimplementasikan EBPN pada unit percontohan. Keseluruhan standard operasional prosedur pada tahap ini telah dirancang dan diaplikasikan dibawah kontrol dan evaluasi dari evaluator yang termasuk bagian dari tim EBPN.
 - e. Melakukan Evaluasi Proses dan Evaluasi Hasil
Aspek yang dievaluasi mencakup pencapaian tujuan umum dan tujuan khusus EBPN. Selain itu evaluasi menyeluruh juga dilakukan terhadap kelemahan dan kelebihan intervensi baru.
 - f. Memodifikasi Pedoman Praktik
Berdasarkan hasil evaluasi kemudian dilakukan modifikasi terhadap pedoman/petunjuk pelaksanaan EBPN yang kurang sempurna. Modifikasi dilakukan pada bagian-bagian tertentu yang sulit dilaksanakan dan memberikan hasil yang kurang memuaskan.
 - g. Menetapkan Perubahan Baru
Komitmen berbagai pihak yang terkait untuk bersama-sama menerapkan perubahan baru (EBPN) sangat diperlukan dalam tahap ini. Penetapan perubahan baru harus diikuti dengan upaya untuk mempertahankan dan membudayakan intervensi baru dalam praktik keperawatan.
 - h. Desiminasi Hasil
Tahap akhir adalah deseminasi hasil kepada seluruh umur yang terlibat dalam penerapan EBPN.

REFERENSI

- Biling, D., & Halstead, J. (2015). *Teaching in Nursing - A Guide for Faculty* (4th ed.). Saunders Elsevier.
- Carlson, E. A. (2010). Evidence-Based Practice for Nurses: Appraisal and Application of Research. *Orthopaedic Nursing*, 29(4), 283-284.
- Close, A., & Castledine., G. (2005). Clinical Nursing Rounds Part 1: Matrons' Rounds. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(16).
- Dharma, Kelana Kusuma (2011). *Metode Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Penelitian)*. Jakarta: FKUI.
- Dinarti & Mulyanti. (2017). *Dokumen Keperawatan : Bahan Ajar Keperawatan. Edisi: Cetakan ke-1. Jakarta: Indo.Kemkes.BPPSDM*
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing Management, A System Approach*. 3rd edition. WB Saunders Company. Philadelphia.
- Hapsari, E. D. (2011). PENGANTAR EVI D E N C E B A S E D NURSING. *Universitas Gadjah Mada*.
- Haryanto. (2007). *Konsep Dasar Keperawatan Dan Pemetaan Konsep*. Jakarta: Salemba Medika.
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management* (4th ed.). SAUNDERS ELSEVIER.
- Nursalam, dan Efendy F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2006). *Leadership Roles And Roles Management Functions In Nursing:Theory And Application*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M. (2012). *Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice. Nursing Administration Quarterly*, 36(2), 127- 135.

- Mugianti, S. (2016). Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan. In *Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Nursalam, M. N. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sitorus, Ratna & Yulia. (2006). Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit. Jakarta. EGC.
- Simamora, R. (2012). Buku ajar manajemen keperawatan. Jakarta: EGC.
- Swanbur, RC. (2000). Pengantar kepemimpinan & manajemen keperawatan untuk perawat klinis. Jakarta: EGC.
- Terry, George R. , & Rue, Leslie W. (2008). Dasar-Dasar Manajemen, Bumi Aksara: Jakarta
- Olivarius, N., Kousgaard, M., Reventlow, S., Quelle, D., & Tulinius, C. (2010). Dynamic Strategic Planning in a Professional Knowledge-Based Organization. *Journal of Research Administration*, 41(1), 35–48.
- World Health Organization (WHO). (2011). Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. In *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data WHO*.

PROFIL PENULIS

Diah Ratnawati

lahir di Jakarta, 16 Juni 1983, lulus pendidikan SD Negeri Menteng 02 Jl. Tegal 10 Jakarta Pusat tahun 1995, SMP Negeri 115 Jakarta tahun 1998, SMU Negeri 8 Jakarta tahun 2001, Program Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Universitas Indonesia tahun 2005, Program Profesi Ilmu Keperawatan FIKES UPN 'Veteran' Jakarta



tahun 2009, Program Magister Ilmu Keperawatan FIK Universitas Indonesia tahun 2013, dan pendidikan terakhir Program Spesialis Keperawatan Komunitas FIK Universitas Indonesia tahun 2014. Karir sebagai dosen dimulai dari tahun 2007 – sekarang mengajar Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Ners Keperawatan, dan D- III Keperawatan, Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta. Peminatan bidang keperawatan kesehatan masyarakat/ komunitas, keluarga, dan gerontik.

BAB 10

INDIKATOR PELAYANAN KESEHATAN YANG BERKAITAN DENGAN PEMANFAATAN DAN EFISIENSI TEMPAT TIDUR RAWAT INAP

(Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Universitas Muhammadiyah Lamongan; Ds. Soko 03/01,
Kecamatan Glagah, Kabupaten Lamongan, 085645042494
Email: nurulqowi@gmail.com

A. Konsep Pelayanan Kesehatan

1. Definisi

Pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat (Puspitasari & Jalilah, 2020). Definisi pelayanan kesehatan Mustofa et al., (2020) adalah pelayanan jasa yang berusaha memenuhi kebutuhan manusia di bidang kesehatan, yang mana penyediaannya dilakukan oleh pemerintah secara langsung maupun melalui kerjasama pihak masyarakat atau swasta dengan pertimbangan bahwa pelayanan tersebut dibutuhkan oleh orang banyak.

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu kesatuan dari berbagai elemen kesehatan yang berkaitan secara teratur dengan tujuan mempromosikan dan memulihkan atau menjaga kesehatan perorangan, keluarga, dan kelompok masyarakat. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan (Ariga, 2020). Pelayanan

kesehatan diberikan ke masyarakat dalam bentuk pengobatan dan perawatan. Petugas kesehatan, medis dan nonmedis, bertanggungjawab untuk memberi pelayanan yang optimal (Putri & Murdi, 2019).

2. Bentuk dan Jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan dibagi berdasarkan pelayanan yang diberikan pada tingkat pelayanan tersebut. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan menurut Mamik (2014) terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer), pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder), pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier).

1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (Primer)

Pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan yang bersifat dasar dan dilakukan bersama masyarakat. Pelayanan kesehatan tingkat pertama ini biasanya dilakukan oleh dokter umum (Tenaga medis), perawat (tenaga paramedis). Pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat ketika sakit. Pelayanan kesehatan ini bersifat ambulatory services (berobat jalan), sehingga lebih fokus pada penyakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk mempertahankan status kesehatannya. Contoh: Puskesmas, Klinik pratama.

2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder)

Pelayanan kesehatan sekunder bersifat spesialis dan subspecialis terbatas. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier adalah rumah sakit, tempat mendapatkan pelayanan lanjutan. Pelayanan kesehatan ini sifatnya pelayanan inpatient services. Beberapa pasien memerlukan perawatan inap, yang tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Contoh: Rumah sakit tipe C dan Rumah Sakit Tipe D.

3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier)

Pelayanan kesehatan tersier adalah pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan subspesialis serta subspesialis luas. Pelayanan kesehatan tersier dilakukan oleh dokter subspesialis. Pasien yang dirawat pada pelayanan kesehatan tersier adalah pasien yang dirujuk dari pelayanan kesehatan sekunder. Contoh: RS tipe A dan RS tipe B.

3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, berlomba-lomba untuk memperbaiki kualitas layanannya. Menurut Ariga (2020), Suatu pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila:

- a. Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*)

Fasilitas pelayanan kesehatan tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat selalu ada saat dibutuhkan

- b. Dapat diterima (*acceptable*) dan bersifat wajar (*appropriate*)

Pelaksanaan layanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat, adat dan budaya,

- c. Mudah dicapai (*Accessible*)

Fasilitas pelayanan kesehatan mudah diakses oleh masyarakat, tidak hanya terkonsentrasi di perkotaan saja, tetapi juga di wilayah pedesaan.

- d. Mudah dijangkau (*Affordable*)

Biaya pelayanan kesehatan dapat dijangkau masyarakat secara luas, sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Biaya yang mahal hanya dapat dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat.

e. Bermutu (*Quality*)

Mutu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan layanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

4. Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Masyarakat memiliki beberapa cara dalam mempertahankan keadaan sehat mereka. Keputusan untuk mendatangi tempat pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Cifaldi (2015) menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor tersebut antara lain:

b. Faktor ekonomi dan demografi

1) Ekonomi

Seseorang dengan penghasilan yang lebih tinggi akan lebih memilih untuk mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan ketika sakit, dibandingkan dengan seseorang dengan penghasilan yang rendah. Masyarakat dengan kondisi ekonomi yang baik akan menyisihkan penghasilan mereka untuk biaya kesehatan.

2) Pendidikan

seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mengeluarkan biaya 10% untuk melakukan perawatan kesehatan dibandingkan dengan seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah

3) Usia

Usia menjadi penentu pemanfaatan pelayanan kesehatan. Usia yang lebih tua (>80 tahun) akan lebih sering dirawat di rumah sakit daripada yang berusia lebih muda.

4) Gender

Perempuan akan lebih sering menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan daripada laki-laki. Pengeluaran biaya layanan kesehatan pasien laki-laki akan lebih tinggi dibandingkan pasien perempuan.

c. Perokok

Beberapa penelitian menunjukkan efek buruk merokok terhadap kesehatan masyarakat. Seseorang dengan kebiasaan merokok atau riwayat merokok akan lebih sering mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan seseorang yang tidak merokok.

d. Status kesehatan

1) Status kesehatan

Status kesehatan individu telah terbukti menjadi prediktor terkuat untuk pemanfaatan perawatan kesehatan. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki persepsi yang lebih baik tentang kesehatannya, maka sedikit dari mereka yang menjalani perawatan rawat inap/ layanan dokter.

2) Akses menuju fasilitas kesehatan

Akses ke fasilitas kesehatan juga mempengaruhi penggunaan layanannya. Fasilitas kesehatan yang minim dokter dan perawat menjadi penghalang potensial untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan.

3) Lokasi masyarakat

Jarak antara tempat tinggal masyarakat dengan fasilitas pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Tempat tinggal di desa dan di kota pun akan mempengaruhi perawatan kesehatan yang akan dilakukan. Populasi

pedesaan memiliki proporsi warga senior yang lebih tinggi dan pendapatan rata-rata yang lebih rendah. Jarak rata-rata yang ditempuh penduduk pedesaan untuk mendapatkan perawatan kesehatan mereka hampir dua kali lipat dari penduduk perkotaan. Penduduk pedesaan juga kurang puas dengan perawatan kesehatan mereka dari pada penduduk perkotaan dan lebih mungkin untuk menerima penyedia non dokter.

4) Asuransi Kesehatan Tambahan

Seseorang yang memiliki cakupan asuransi mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan. Asuransi kesehatan yang dimiliki tersebut dapat menanggung biaya perawatan. Seseorang yang memiliki asuransi atau cakupan yang lebih komprehensif cenderung menggunakan lebih banyak perawatan kesehatan.

5) Asuransi Resep dan Pengeluaran untuk Pemanfaatan Perawatan Kesehatan

Seseorang yang memiliki asuransi resep obat dapat mengurangi biaya perawatan, dan dapat digunakan untuk biaya perawatan yang lainnya.

B. Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat atau tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang berguna dalam pengukuran peningkatan mutu untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan (Supriyanto & Wulandani, 2011). Definisi lain dari mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta

penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Puspitasari & Jalilah, 2020). Tujuan yang paling utama dalam pelayanan kesehatan adalah menghasilkan *outcome* yang menguntungkan bagi pasien, provider dan masyarakat. Pencapaian *outcome* yang diinginkan sangat tergantung dari mutu pelayanan Kesehatan (Iman & Lena, 2017).

Fasilitas kesehatan seperti rumah Sakit dan puskesmas juga klinik atau balai pengobatan yang didalamnya terdiri atas pelayanan yang beragam seperti pemeriksaan, perawatan, farmasi, laboratorium, termasuk pelayanan rekam medis merupakan organisasi jasa pelayanan umum yang melayani masyarakat secara langsung, oleh karena itu rumah sakit dan puskesmas harus memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan harapan pasien (Iman & Lena, 2017). Tujuan memenuhi kebutuhan dan harapan pasien adalah untuk mencapai mutu pelayanan yang optimum (Supriyanto & Wulandani, 2011).

2. Perspektif Mutu Layanan Kesehatan

Menurut Pohan (2004), terdapat beberapa perspektif mutu layanan kesehatan, yaitu:

1) Perspektif pasien/ masyarakat

Pasien merasakan pelayanan kesehatan yang bermutu jika pasien merasa kebutuhannya dipenuhi, diperlakukan dengan sopan santun, tepat waktu, tanggap, merespon keluhannya, dan mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit.

2) Perspektif pemberi layanan kesehatan

Pemberi layanan kesehatan mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan layanan kesehatan

sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana luaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan itu.

3) Perspektif penyandang dana

Penyandang dana atau asuransi kesehatan menganggap bahwa layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang efisien dan efektif. Pasien diharapkan dapat disembuhkan dalam waktu sesingkat mungkin sehingga biaya layanan kesehatan dapat menjadi efisien.

4) Perspektif pemilik sarana layanan kesehatan

Pemilik sarana layanan kesehatan berpandangan bahwa layanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif layanan kesehatan yang masih terjangkau oleh pasien/ masyarakat, yaitu pada tingkat biaya ketika belum terdapat keluhan pasien dan masyarakat.

5) Perspektif administrator layanan kesehatan

Kebutuhan akan supervisi, manajemen keuangan dan logistik akan memberikan suatu tantangan dan kadang-kadang administrator layanan kesehatan kurang memperhatikan prioritas sehingga timbul persoalan dalam layanan kesehatan.

3. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Zeithaml, Berry dan Pasuraman (1985) dalam Iman & Lena (2017) mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang dipergunakan oleh para pelanggan dalam mengevaluasi kualitas pelayanan/ jasa. Dimensi tersebut antara lain:

1) Bukti Langsung (*tangibles*)

Mutu pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan secara langsung oleh penggunaannya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai sehingga para tenaga kesehatan akan bekerja secara optimal dalam memberikan pelayanan kesehatan. Perbaikan sarana seperti sarana komunikasi dan juga perlengkapan pelayanan yang tidak langsung.

2) Keandalan (*reliability*),

Kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan. Dimensi ini mengandung arti bahwa pelayanan yang diberikan tepat waktu, akurat sesuai yang ditawarkan (misal tertuang dalam brosur pelayanan).

3) Daya Tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap yaitu para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap. Tingkat kesiapan dalam melayani sesuai prosedur yang berlaku dan tentunya untuk bisa memenuhi harapan pelanggan. Pelayanan kesehatan yang responsif/ cepat tanggap terhadap kebutuhan pelanggannya kebanyakan ditentukan oleh sikap petugas yang bertugas di garis depan pelayanan.

4) Jaminan (*Assurance*)

Jaminan mencakup kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya risiko atau keragu-raguan. Hasil riset menunjukkan bahwa dimensi ini meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan.

5) Empati (*Empathy*)

Empati diartikan sebagai kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan. Dimensi ini juga

terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setia saat jika para pengguna jasa membutuhkan bantuannya.

4. Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan

Depkes RI (2008) menetapkan indikator penilaian mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- i. Indikator yang mengacu pada aspek medis
- ii. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS
- iii. Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien.
- iv. Indikator mutu yang berkaitan dengan tingkat kepuasan pasien.

Efisiensi merupakan indikator yang mendasari kinerja seluruh rumah sakit. Untuk mengetahui tingkat efisiensi yang ada di rumah sakit tidak cukup dengan menggunakan data mentah saja tetapi juga harus mengolah data-data indikator tersebut. menyajikan efisiensi penggunaan tempat tidur dan menampilkan empat indikator rawat inap yaitu BOR, LOS, TOI, dan BTO (Irmawati et al., 2018). Pada penilaian efisiensi, maka diperlukan suatu nilai ideal yang menyeimbangkan kualitas medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan aspek pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit (Sudra, 2010).

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi efisiensi pelayanan rawat inap rumah sakit menurut Hidayat (2008) adalah: .

1) Faktor internal rumah sakit

Faktor internal rumah sakit meliputi faktor input dan faktor proses pelayanan. Faktor input terdiri dari sarana pelayanan, lingkungan pelayanan, organisasi, tenaga medis, dan petugas kesehatan lainnya.

Sedangkan faktor proses pelayanan meliputi pelayanan sesuai prosedur, sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan dan komunikasi pelayanan.

2) Faktor eksternal rumah sakit

Faktor kondisi pasien meliputi demografi, epidemiologi, sosial ekonomi, maupun permintaan akan layanan kesehatan.

Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit yaitu *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Bed Turn Over* (BTO), *Average Length of Stay* (AVLOS), dan *Turnover Interval* (TOI). Adapun penjelasan lebih detail padasetiap indikatornya adalah sebagai berikut:

a. BOR

Indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) merupakan prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit (Darmawan, 2021). BOR ideal adalah 60-80% (Sintaasih, 2021).

Nilai BOR yang rendah mengindikasikan pemakaian tempat tidur yang digunakan untuk merawat pasien. Jumlah pasien yang sedikit menyebabkan kesulitan ekonomi bagi pihak rumah sakit karena pendapatan terbesar Rumah Sakit diperoleh dari perawatan pasien. Selain itu, BOR yang rendah dapat menyebabkan tingginya biaya pemeliharaan sarana prasarana (Dwianto & Lestari, 2012) dan dapat menjadi ancaman terhadap efisiensi pelayanan medis karena ada biaya yang hilang tanpa menghasilkan sesuatu (Muninjaya, 2004). Pemakaian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate*) yang rendah berakibat tempat tidur yang dapat digunakan kembali juga semakin rendah (*Bed Turn*

Over) serta makin panjangnya tempat tidur yang kosong (*Turnover Interval*) (Respati et al., 2012).

Angka BOR yang tinggi (> 85%) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi (Handayani, 2018). Nilai BOR yang tinggi juga menggambarkan beban kerja petugas kesehatan di rumah sakit tersebut semakin berat (Sidiq & Afrina, 2017). Beban kerja yang tinggi dalam waktu yang lama dapat menyebabkan kelelahan pada petugas kesehatan. Rumah saki perlu mempertimbangkan pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur apabila nilai BOR selalu melebihi 85% (Handayani, 2018).

Adapun rumus BOR adalah sebagai berikut

Rumus :

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \times 100\%$$

b. BTO

Indikator *Bed Turn Over* (BTO) merupakan frekuensi rata-rata tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (Sintaasih, 2021). Indikator ini menggambarkan tingkat efisiensi pemakaian tempat tidur (Darmawan, 2021). BTO ideal dalam satu tahun yaitu satu tempat tidur dipakai 40-50 kali (Handayani, 2018). Nilai BTO yang tinggi menunjukkan bahwa setiap tempat tidur yang tersedia digunakan oleh semakin banyak pasien (Irmawati et al., 2018).

BTO yang tinggi memberikan efek positif dan negatif. Sisi positif dari nilai BTO yang tinggi yaitu memberikan keuntungan bagi pihak rumah sakit karena tempat tidur yang telah disediakan aktif menghasilkan pemasukan.

Sisi negatifnya, beban kerja tim perawatan sangat tinggi dan tempat tidur tidak sempat dibersihkan karena terus digunakan pasien secara bergantian. BTO yang cenderung selalu tinggi ini mudah menimbulkan ketidakpuasan pasien, mengancam keselamatan pasien (*patient safety*), menurunkan kinerja kualitas medis, dan meningkatkan kejadian infeksi nosokomial karena TT tidak sempat dibersihkan atau disterilkan (Sudra, 2010). Adapun rumus BTO adalah sebagai berikut:

Rumus :

$$\text{BTO} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

c. AvLOS

Indikator *average length of stay* (AvLOS) merupakan rata-rata lama perawatan seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dan gambaran mutu pelayanan (Darmawan, 2021). AvLOS ideal berkisar 6-9 hari (Sintaasih, 2021), sedangkan Nilai AvLOS ideal yang disarankan yaitu antara 3-12 hari (Sudra, 2010).

Pada aspek medis, angka *Length of Stay* (LOS) yang tinggi dapat menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat di rumah sakit lebih lama. Apabila dilihat dari aspek ekonomis, nilai LOS yang tinggi mengindikasikan biaya yang harus dibayar oleh pasien kepada pihak rumah sakit juga tinggi. Oleh karena itu, adanya keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis untuk menentukan nilai LOS yang ideal (Sudra, 2010). Kebijakan dari manajemen rumah sakit perlu diambil untuk menjaga nilai lama hari pasien dirawat (LOS) agar sesuai nilai

LOS ideal. Rumah Sakit perlu memperhatikan keahlian dan ketrampilan tenaga medis yang sesuai standar dan meningkatkan pelayanan yang bermutu (Irmawati et al., 2018).

Adapun rumus AvLOS adalah sebagai berikut:

Rumus:

$$\text{AvLOS} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah psien keluar (hidup+mati)}}$$

d. TOI

Indikator *turnover interval* (TOI) adalah rata-rata jumlah hari tempat tidur RS tidak dipakai dari saat kosong sampai terisi berikutnya (Sintaasih, 2021). Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur (Darmawan, 2021). TOI ideal yaitu pada kisaran 1-3 hari (Handayani, 2018).

Nilai TOI yang kecil menandakan waktu yang singkat tempat tidur kosong/ tidak dipaia. Hal ini memberikan keutungan ekonomis bagi rumah sakit, tetapi memberikan kerugian bagi pasien karena tempat tidur tidak sempat disiapkan secara baik. Dampak yang dapat terjadi pada pasien dari nilai TOI yang kecil yaitu risiko tinggi terjadinya infeksi nosokomial, beban kerja tim medis meningkat yang dapat menurunkan kepuasan pasien pada perawatan pasien akan menurun, dan keselamatan pasien tidak terjamin (Sudra, 2010).

Adapun rumus dari TOI adalah sebagai berikut:

Rumus :

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur x Periode}) - \text{Hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

REFERENSI

- Ariga, R. A. (2020). *Buku Ajar Implementasi Kesehatan dan Keperawatan*. Deepublish.
- Cifaldi, M. (2015). Factors affecting health services utilization in the medicare population: Would providing prescription drug coverage to medicare recipients affect their use of health care resources?" In Investing in Health. *The Social and Economic Benefits of Health Care Innovation*. <https://doi.org/2015>; 119-141. Permanent link to this document: [http://dx.doi.org/10.1016/S0194-3960\(01\)14006-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0194-3960(01)14006-0)
- Darmawan. (2021). *Manajemen Rumah Sakit "Informasi Cakupan Capaian Target pelayanan, Manajemen Mutu, Manajemen Efisiensi Pelayanan, Biaya Ekonomi Penyakit, Pendidikan dan Pelatihan" di Rumah sakit*. Penerbit Adab.
- Dwianto, & Lestari, T. (2012). *Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Grafik Barber Johnson Pada Bangsal Kelas III Di RSUD Pandan Arang Boyolali Periode Triwulan Tahun 2012*. APIKES Mitra Husada.
- Handayani, P. W. (2018). *Pengantar Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)*. PT Raja Grafindo Persada.
- Hidayat, A. A. A. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Salemba medika.
- Iman, A. T., & Lena, D. (2017). *Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK). Manajemen Mutu Informasi Kesehatan I: Quality Assurance*. Pusat Pendiidkan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Edisi tahun 2017.
- Irmawati, I., Garmelia, E., Lestari, S., & Melasoffie, D. M. (2018). Efficiency Use Of Beds Based Johnson Barber Graphics Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Berdasarkan Grafik

- Barber Johnson. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(2), 61–62.
- Mamik. (2014). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Zifatama Jawara.
- Muninjaya, A. A. G. (2004). *Manajemen Kesehatan*. EGC.
- Mustofa, A., Roekimiati, S., & Lestari, D. S. (2020). *Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. CV Jakad Media Publishing.
- Pohan, I. S. (2004). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. EGC.
- Puspitasari, R., & Jalilah, N. H. (2020). *Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan*. Penerbit Adab.
- Putri, P. M., & Murdi, P. B. (2019). Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan sebagai Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. *Wacana Hukum*, 25(1).
- Respati, T., Djoerban, B., & Maryani, H. (2012). Penerapan Metode Barber Johnson Untuk Menilai Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit Di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 4(1 Jun). <https://doi.org/10.22435/bpsk.v4i1Jun.1552>
- Sidiq, R., & Afrina, R. (2017). Kajian Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit. *Idea Nursing Journal*, 8(1), 29–34.
- Sintaasih, D. K. (2021). *Knowledge Management dan Peran strategic Partner Sumber Daya Manusia dalam Organisasi: Konsep dan Aplikasi dalam Penelitian*. Penerbit Media Sains Indonesia.
- Sudra. (2010). *Statistik Rumah Sakit*. Graha Ilmu.
- Supriyanto, S., & Wulandani, R. . (2011). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Health Advocacy.

PROFIL PENULIS

Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep.

seorang Dosen S1 pendidikan Ners di Universitas Muhammadiyah Lamongan sejak Tahun 2018. Dosen muda ini lahir di Lamongan, 12 September 1991. Penulis menyelesaikan program sarjana dan magister keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya. Beliau juga mengawali karirnya di Universitas Airlangga dengan menjadi seorang perawat di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Airlangga, Surabaya pada Tahun 2014-2016. Selanjutnya penulis “pulang kampung” dengan menjadi dosen di Kabupaten Lamongan.



Di Universitas Muhammadiyah Lamongan, penulis sebagai pengampu mata kuliah manajemen keperawatan. Penulis mulai mempelajari manajemen keperawatan sejak duduk di bangku sarjana, dilanjutkan ketika bekerja di RS Universitas Airlangga. Ketertarikan penulis pada manajemen keperawatan dilanjutkan dengan memilih peminatan manajemen pada studi magisternya. Sekarang beliau menjadi salah satu anggota Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI).

Penulis juga sebagai pengampu mata kuliah sistem informasi, dan keperawatan dasar. Penulis aktif dalam melakukan penelitian dan pengembangan aplikasi asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI.

Email Penulis: nurulqowi@gmail.com

PENUTUP

Kami Tim Penulis Buku '**MANAJEMEN KEPERAWATAN-NURSING MANAGEMENT**'.

Terdiri Dari

Chely Veronica Mauruh, S.Kep.,Ns.,M.Kep ; Andi Nur Indah Sari, S.Kep.Ns, M.Kep ; Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep ; Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns.,M.Kep ; Diah Fitri Purwaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep ; Suratmi, S.Kep.,Ns.,M.Kep ; Tatiana Siregar, S.Kep.,Ns.,MM.,M.Kep ; Nuraliah, S.Kep.,Ns.,M.Kep ; Diah Ratnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom ; Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Mengucapkan Terima Kasih untuk semua Pihak yang terlibat dalam Pembuatan Buku ini dan Semoga Suatu saat kami bisa melanjutkan Tulisan kami di edisi selanjutnya dengan Tema Buku yang sama ataupun berbeda.

"Remember your dreams and fight for them. You must know what you want from life. There is just one thing that makes your dream become impossible: the fear of failure." Paulo Coelho

"Ingat mimpimu dan perjuangkan. Kamu harus tahu apa yang kamu inginkan dari hidup. Hanya ada satu hal yang membuat mimpimu menjadi tidak mungkin: takut gagal." Paulo Coelho

TIM PENULIS